



## Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ψυχιατρική κλινική

Ουζούνη Χριστίνα<sup>1</sup>, Νακάκης Κωνσταντίνος<sup>2</sup>

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λαμίας
2. Καθηγητής Εφαρμογών Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λαμίας

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρότι εδώ και δεκαετίες η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης θεωρούνται αμφιλεγόμενες παρεμβάσεις, διότι εγείρουν ηθικά και νομικά ζητήματα που αφορούν τη στέρηση της ελευθερίας του ασθενή, ωστόσο, η εφαρμογή τους είναι πολύ συχνή, κυρίως για την αντιμετώπιση της βίαιης εκτός ελέγχου συμπεριφοράς των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρική κλινική.

**Ο σκοπός** της παρούσας ανασκόπησης ήταν η βιβλιογραφική αναζήτηση των θεμάτων που προκύπτουν από τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ψυχιατρικές κλινικές.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, Cinahl, BNI, PsycINFO και Scopus με λέξεις κλειδιά σχετικές με το θέμα της ανασκόπησης.

**Αποτελέσματα:** Ο σωματικός περιορισμός και η απομόνωση ως θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ψυχιατρική κλινική εφαρμόζονται για την παροχή φυσικής προστασίας στον ίδιο τον ασθενή, στους άλλους νοσηλεύομενους, αλλά και στο προσωπικό της κλινικής, καθώς και για τη διασφάλιση του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Με το σωματικό περιορισμό επιδιώκεται η άρση της κινητικότητας του ασθενή και με τη χρήση του δωματίου απομόνωσης η ελάττωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων που επιτείνουν τη διεγερτική συμπεριφορά των ασθενών. Για τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης έχουν διαμορφωθεί κατευθυντήριες γραμμές που ως κύριο σκοπό έχουν τη διασφάλιση του θεραπευτικού πλαισίου της εφαρμογής τους. Ωστόσο, οι τρέχουσες τάσεις που υπάρχουν αναφορικά με τη χρήση περιοριστικών μέτρων είναι η ελαχιστοποίηση έως και η κατάργησή τους.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπευτική χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού διασφαλίζεται όταν ακολουθούνται οι οδηγίες και οι κατευθυντήριες γραμμές εφαρμογής τους. Ωστόσο, ο βασικός στόχος των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των νοσηλευτών που εμπλέκονται άμεσα στις διαδικασίες εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων είναι η ελαχιστοποίησή τους, που επιτυγχάνεται με τη διαρκή εκπαίδευση και την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού.

**Λέξεις Κλειδιά:** Σωματικός περιορισμός, απομόνωση, ψυχικά ασθενείς, επιθετική συμπεριφορά, νοσηλευτές.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Δρ Ουζούνη Χριστίνα, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λαμίας, 3<sup>ο</sup> χιλ. Π.Ε.Ο Λαμίας Αθηνών, 35100 Λαμία, E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

## The use of restraint and seclusion in a psychiatric ward

Ouzouni Christina<sup>1</sup>, Nakakis Konstantinos<sup>1</sup>

Lecturer in Nursing, Technological Educational Institute of Lamia

### ABSTRACT

Whilst the use of restraint and seclusion has been common place in psychiatric practice for decades to control patients' uncontrolled, violent behaviour it raises ethical and legal concerns.

**The aim** of this review was to identify through the literature the issues arising from the use of restraint and seclusion in a psychiatric ward.

**Material and Methods:** A literature search was performed in Medline, Cinahl, BNI, PsycINFO, and Scopus databases with keywords relevant to the subject of this review.

**Results:** Restraint and seclusion as therapeutic interventions are used in a psychiatric ward to provide physical protection for the patient, for other patients and for the staff, at the same time maintaining the ward's therapeutic milieu. Restraint aims at restricting patients' body mobility and the use of seclusion aims to decrease sensory stimuli that increase patients' agitation. Guidelines have been developed for the use of restraint and seclusion to ensure the

implementation of a therapeutic plan. Current practice advocates minimal use of either intervention with the aim of ultimately abolishing both practices. However, the existing current trends regarding the use of restrictive measures are to minimize until abolish them.

**Conclusions:** The therapeutic use of seclusion and restraint is acceptable when practitioners follow the appropriate instructions and guidelines. However, the main goal of health professionals, especially nurses, who are directly involved in the implementation of those restrictive measures, is to minimize their use. This could be achieved through training and adequate staffing levels.

**Keywords:** physical restraint, seclusion, psychiatric patients, aggressive behaviour, nurses.

**Corresponding Author:** Dr Ouzouni Christina, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Lamia, 3rd Km Old National Road, Lamia – Athens, 35100 Lamia, Greece, E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περιοριστικές πρακτικές που εφαρμόζονται σε χώρους ψυχιατρικής νοσηλείας σε περιπτώσεις δύσκολα διαχειρίσιμης επιθετικότητας και βίας ασθενών περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο το σωματικό περιορισμό και την απομόνωση.<sup>1</sup> Η χρήση τους έχει απασχολήσει επί δεκαετίες τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τις οργανώσεις και τα σωματεία των ασθενών, καθώς και τους οργανισμούς πιστοποίησης ποιότητας νοσηλείας, δεδομένου ότι η κλίμακα εφαρμογής τους συμπεριλαμβάνεται στους δείκτες ποιότητας σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.<sup>2,3,4</sup>

Ο σωματικός περιορισμός αφορά στη φυσική καθήλωση (*physical restraint*), που συμπεριλαμβάνει τη μέθοδο συγκράτησης του ασθενή με τα χέρια και στη μηχανική καθήλωση (*mechanical restraint*)<sup>1,5</sup> που γίνεται με τη χρήση ειδικού εξοπλισμού (συνήθως μάντων) ή ενδυμάτων<sup>6,7</sup> και εφαρμόζεται με σκοπό τη σωματική συγκράτηση ασθενών που εμφανίζουν επιθετικές και εκτός ελέγχου εκδηλώσεις, σε σημείο που να θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό

τους, τους άλλους ασθενείς, το προσωπικό αλλά και γενικότερα το θεραπευτικό περιβάλλον (*therapeutic milieu*) της ψυχιατρικής μονάδας.<sup>8,9</sup> Η απομόνωση αφορά στην εξασφάλιση ατομικής νοσηλείας με τον περιορισμό του ασθενή σε ένα ήσυχο και ειδικά διαμορφωμένο χώρο, με σκοπό τη διαχείριση της διέγερσής του και των συνεπειών της και ενδεχομένως, στην ύφεση ακραίας συμπτωματολογίας από αισθητηριακή υπερφόρτωση. Οι δύο αυτές περιοριστικές πρακτικές χρειάζεται να εφαρμόζονται κάτω από την άμεση επίβλεψη των νοσηλευτών για να εξασφαλίζεται πρωτίστως, η προστασία και η ασφάλεια των εξαιρετικά διεγερτικών ασθενών.<sup>10,11,12</sup>

Ο σωματικός περιορισμός και η απομόνωση έχουν δεχθεί κριτική, και η εφαρμογή τους σε χώρους ψυχιατρικής νοσηλείας έχει προκαλέσει επιστημονικές αντιπαραθέσεις, με αποτέλεσμα συχνά να έχει αμφισβητηθεί η θεραπευτική τους αξία.<sup>13,14,15,16</sup> Οι περιοριστικές αυτές πρακτικές εμφανίζονται ως δυνητικά επιβλαβείς<sup>17</sup> επειδή έχουν αναφερθεί σοβαρές συνέπειες από την



ακατάλληλη ή τη μη ενδεδειγμένη χρήση τους, που μπορεί να επιφέρουν τραυματισμούς, σημαντικές βλάβες ή ακόμη και θάνατο.<sup>6,18,19,20</sup> Επίσης, έχουν διαπιστωθεί αρνητικές συνέπειες από την εφαρμογή των πρακτικών περιορισμού στην ψυχολογική σφαίρα των ασθενών,<sup>2</sup> στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η επιδείνωση της διέγερσης, η εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών<sup>21</sup> και οι αντιδράσεις μετατραυματικού στρες.<sup>9,22</sup> Ακόμη έχει αναφερθεί από ασθενείς ότι, μέσα από τις διαδικασίες εφαρμογής αυτών των περιοριστικών μεθόδων αναβίωσαν εμπειρίες βίας που τους είχαν ασκηθεί παλαιότερα και τις είχαν εκλάβει ως τιμωρία και στέρηση της ελευθερίας τους. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί η δοκιμασία δύσκολων συναισθημάτων από ασθενείς, με τη διατύπωση διαμαρτυριών για την έλλειψη ενημέρωσης και την απουσία υποστήριξης που είχαν από το προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων κατά την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων.<sup>9,23,24,25</sup> Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης ως περιοριστικές κλινικές πρακτικές εγείρουν νομικά θέματα που ενέχουν ακόμη και ποινικές ευθύνες για τις συνέπειες της εφαρμογής τους, καθώς και ηθικά ζητήματα, επειδή στη χρήση τους υπάρχει η έννοια της επιβολής και του περιορισμού της ελευθερίας του ασθενή.<sup>26,27,28</sup> Ωστόσο, παρά την αμφισβήτηση που έχει δεχτεί η χρήση του

σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης, τις έντονες θέσεις που υπάρχουν και τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την κατάργηση της εφαρμογής τους,<sup>29</sup> τα συγκεκριμένα περιοριστικά μέτρα εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ευρέως στην ψυχιατρική κλινική πράξη μέσα στο πλαίσιο της επείγουσας ψυχιατρικής φροντίδας, ως μέτρα ελέγχου της επιθετικής συμπεριφοράς και θεραπείας των ψυχικά ασθενών, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς.<sup>10,24,30,31</sup> Άλλωστε υπάρχουν επιστημονικές αναφορές που αναδεικνύουν τις θεραπευτικές διαστάσεις της χρήσης περιοριστικών μέτρων<sup>10,32,33</sup> με την προϋπόθεση να ακολουθούνται οι κατευθυντήριες γραμμές που προτείνονται για τη βελτίωση της χρήσης τους<sup>17,34</sup> και να προσδιορίζονται με σαφήνεια οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις για την εφαρμογή τους.<sup>16,23</sup> Επισημαίνεται, ότι συχνά αναφέρεται η παραδοχή ότι η χρήση του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης κάποιες φορές είναι αναγκαία ως έσχατη παρέμβαση, όταν οι λιγότερο περιοριστικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές.<sup>6,22,24,35</sup> Ως οι πλέον σημαντικές θέσεις για τη μείωση της χρήσης του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης αναφέρονται, η επαρκής στελέχωση, η αυξημένη προσοχή και η προσωπική φροντίδα του ασθενή, καθώς και η λήψη προληπτικών μέτρων που αφορούν την εμφάνιση ή την αποτροπή επικείμενης

επιθετικής συμπεριφοράς και γενικότερα ακραίων εκδηλώσεων από τους ασθενείς.<sup>36</sup> Επίσης, αναδύεται η ανάγκη για ενημέρωση και κατάρτιση του προσωπικού των ψυχιατρικών μονάδων και ιδιαίτερα των νοσηλευτών, σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις του περιορισμού και της απομόνωσης, αλλά και για την εκπαίδευσή τους σε λιγότερο περιοριστικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων ασθενών σε ψυχιατρική κλινική.<sup>22,36</sup>

Ο **σκοπός** της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να αναζητηθούν θέματα που προκύπτουν αναφορικά με τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ψυχιατρικές κλινικές, είτε ενισχύοντας την εφαρμογή τους, είτε αποτρέποντάς την.

### **Μέθοδος ανασκόπησης της βιβλιογραφίας**

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα 1978 έως το 2009 μέσω των βάσεων δεδομένων Cinahl, Medline, Psycinfo, BNI και Scopus με τους συνδυασμούς των λέξεων "restraint", "mechanical restraint", "seclusion", "quite room", "behavioral control", "aggression", "psychiatric patient", "psychiatric unit". Από τα άρθρα που εντοπίστηκαν κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση, ανασκοπήθηκαν μόνο όσα

αναφέρονταν στη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ενήλικες.

### **Αποτελέσματα**

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αντιφατικές απόψεις μεταξύ των ερευνητών. Υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός που εφαρμόζονται σύμφωνα με επιστημονικές ενδείξεις συμβάλλουν στη θεραπεία των ψυχικά ασθενών και θέσεις που θεωρούν ότι αποτελούν αναχρονιστικές παρεμβάσεις, οι οποίες δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη σύγχρονη ψυχιατρική πρακτική.<sup>31</sup>

Η στοχοθεσία της διαχείρισης του νοσηλευόμενου σε ψυχιατρική κλινική μέσω της καθήλωσης περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό τη καταστολή της διέγερσης του ασθενή, την αποτροπή της πραγματοποίησης σοβαρής επιθετικής πρόθεσης, την αποφυγή της εμπλοκής του σε επικίνδυνες καταστάσεις για τον εαυτό του και τους άλλους,<sup>23</sup> την αποκατάσταση της ασφάλειας στο κλινικό περιβάλλον, καθώς και την προσαρμογή του με τη συναίνεσή του στο θεραπευτικό πλαίσιο της κλινικής με την υιοθέτηση αποδεκτών και μη επικίνδυνων συμπεριφορών.<sup>2</sup>

Στις περισσότερες μελέτες των δύο τελευταίων δεκαετιών, η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός σε ψυχιατρικές



μονάδες αναφέρεται ως μια αμφισβητούμενη παρέμβαση<sup>6,13,15</sup> και υποστηρίζεται ότι σε περιπτώσεις που ενδεχομένως εφαρμόζονται χωρίς να υπάρχει σύνδεση με θεραπευτικούς στόχους, διακυβεύονται τα δικαιώματα των ασθενών, οι οποίοι δικαιούνται να τους παρέχεται φροντίδα και θεραπεία σε ένα όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον.<sup>22,37</sup>

Ως ενδείξεις για τη θεραπευτική χρήση του σωματικού περιορισμού αναφέρονται η ασφάλεια του ασθενή και του προσωπικού της ψυχιατρικής κλινικής, η διαχείριση της διέγερσης των ασθενών, καθώς επίσης η αποτροπή των τάσεων αυτοκαταστροφής.<sup>38,39</sup>

## **Επιθετική συμπεριφορά και μέτρα περιορισμού**

Η επιθετική συμπεριφορά των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές είναι συχνή και εκτιμάται ότι ένας στους επτά ασθενείς εκδηλώνει κάποια στιγμή βίαιη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Επίσης, έχει εκτιμηθεί ότι σχεδόν το μισό νοσηλευτικό προσωπικό έχει γίνει θύμα βίαιης επίθεσης σε ψυχιατρικές κλινικές.<sup>40</sup>

Παρότι η πλειονότητα των επιθετικών εκδηλώσεων από ασθενείς σε ψυχιατρικές κλινικές δεν καταλήγει σε σωματικό τραυματισμό, ωστόσο, οι ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα που εμπλέκονται, ενδέχεται να είναι σοβαρές με συνακόλουθο

θυμό, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ενοχής, αυτομομφής και ντροπής.<sup>22,23,41</sup>

## **Η χρήση του σωματικού περιορισμού**

Ο σωματικός περιορισμός μπορεί να αφορά στη «δια χειρός» μέθοδο συγκράτησης του ασθενή από τα τέσσερα άκρα για να επιτευχθεί η ακινητοποίησή του<sup>7,42</sup> και για να του χορηγηθεί επείγουσα ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή (αντιψυχωσικά σκευάσματα, βενζοδιαζεπίνες και συνδυασμός τους)<sup>23</sup> μετά από εκτίμηση που έχει γίνει, προκειμένου να ελεγχθεί η διέγερση και να αποτραπεί βέβαιη επιθετική συμπεριφορά, ή να ανασταλεί εξελισσόμενη βίαιη συμπεριφορά. Επίσης, μπορεί να αφορά στη σωματική συγκράτηση (καθήλωση) του ασθενή με μηχανικά βοηθητικά μέσα, για την άρση της κινητικότητάς του<sup>6,7</sup> με τη χρήση εξοπλισμού, για να αποφευχθούν οι συνέπειες της εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς, αυτοτραυματισμού και ετεροκαταστροφικών εκδηλώσεων (τραυματισμό άλλων ατόμων, πρόκληση υλικών ζημιών) που διαταράσσουν το θεραπευτικό περιβάλλον της ψυχιατρικής κλινικής, αλλά και για να χορηγηθεί η επείγουσα φαρμακευτική αγωγή με ασφάλεια, που ως σκοπό έχει τη ταχεία καταστολή του ασθενή.<sup>23</sup>

Οι μελέτες που αφορούν στο σωματικό περιορισμό αναφέρονται ως επί το πλείστον στη συχνότητα και στους λόγους εφαρμογής του, στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και

εκδηλώσεις των ασθενών στους οποίους εφαρμόζεται,<sup>23</sup> καθώς επίσης και στις μεταβλητές που αφορούν στο προσωπικό.<sup>8,43</sup> Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών στους οποίους εφαρμόζονται μέτρα περιορισμού, επισημαίνεται το ανδρικό φύλο, η χρήση ουσιών, η νεαρή ηλικία και η ιδιότητα του μετανάστη.<sup>8,24,38</sup> Ως παράμετροι που συνδέονται με τη λήψη απόφασης για εφαρμογή της καθήλωσης<sup>8</sup> αναφέρονται η πλημμελής κλινική αξιολόγηση, η απειλητική και η καταστροφική συμπεριφορά, η προαποφασισμένη εφαρμογή της καθήλωσης κατά την εισαγωγή των ανήσυχων ασθενών προς διευκόλυνση του προσωπικού, η απουσία κλίματος συνεργασίας, η πραγματοποίηση σε προηγούμενες νοσηλείες βίαιων πράξεων, η κατάχρηση ουσιών,<sup>38</sup> ο ανεπαρκής αριθμός του προσωπικού<sup>11,38</sup> και η περιορισμένη εκπαίδευσή του<sup>16,38</sup> καθώς και η οργανωτική δομή και κουλτούρα της ψυχιατρικής μονάδας.<sup>22</sup> Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για την εφαρμογή της δια χειρός συγκράτησης, η οποία πλήττει την ευαισθησία και την οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας, έχοντας δυσμενή αποτελέσματα σε μια ψυχιατρική μονάδα.<sup>16</sup> Οι πλέον συχνοί λόγοι για την εφαρμογή της καθήλωσης που έχουν καταγραφεί είναι οι ορατοί κίνδυνοι που απειλούν την ασφάλεια του ασθενή και του προσωπικού,<sup>11</sup> η ανεξέλεγκτη διέγερση και επιθετικότητα,<sup>8</sup> η

διαχείριση της διέγερσης και της βίαιης συμπεριφοράς, η παρουσία ψευδαισθήσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε πράξεις αυτοτραυματισμού και οι μη ελεγχόμενες τάσεις αυτοκτονίας.<sup>10,38,39</sup>

Επίσης έχει αναφερθεί η θεραπευτική διάσταση του σωματικού περιορισμού, καθώς αναφέρεται ότι τα δύο τρίτα των ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε είχαν την αίσθηση της φροντίδας, ανάλογα με τη στάση και συμπεριφορά του προσωπικού που περιελάμβανε την ενημέρωση του ασθενή κατά τη διαδικασία εφαρμογής του σωματικού περιορισμού και την προθυμία για παροχή βοήθειας και ψυχολογικής στήριξης.<sup>33</sup> Ωστόσο, η χρήση του σωματικού περιορισμού συνιστάται μόνο όταν έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές άλλες παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοσθεί για την ασφάλεια του ασθενή και του περιβάλλοντος και χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι είναι η τελευταία επιλογή για την αντιμετώπιση της βίαιης και εκτός ελέγχου συμπεριφοράς ασθενών.<sup>8,22,23,43</sup>

### **Η χρήση της απομόνωσης**

Σε οργανωμένες ψυχιατρικές μονάδες προβλέπεται η ύπαρξη δωματίου απομόνωσης, δηλαδή ενός κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου για να εξασφαλίζεται η προστασία των ασθενών σε περιόδους που είναι εξαιρετικά ανήσυχοι και για να είναι διαχειρίσιμες οι επιθετικές και εκτός ελέγχου



εκδηλώσεις που αποδιοργανώνουν το θεραπευτικό ψυχιατρικό περιβάλλον.<sup>10</sup>

Κατά την εφαρμογή της απομόνωσης ο ασθενής νοσηλεύεται ακούσια σε έναν ειδικό χώρο, στον οποίο είναι περιορισμένος, καθώς είναι συνήθως κλειδωμένος. Ο χώρος αυτός είναι κατάλληλα διαμορφωμένος, ήσυχος και αισθητηριακά λιτός, ώστε να παρέχει στον ασθενή μόνο τις απαραίτητες ανέσεις, αλλά και παράλληλα να του εξασφαλίζει σωματική προστασία από ενδεχόμενο τραυματισμό.

Το δωμάτιο απομόνωσης ως χώρος με μειωμένα περιβαλλοντολογικά ερεθίσματα, δρα κατασταλτικά σε ακραίες εκδηλώσεις του ασθενή, αποτρέπει τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού, ελαττώνει τις πιθανότητες εμπλοκής του με άλλα άτομα,<sup>23</sup> καθώς επίσης δίνει τη δυνατότητα στο προσωπικό να διατηρεί στενή επίβλεψη και παρακολούθηση της κατάστασής του.

Υποστηρίζεται συχνά ότι η εφαρμογή της απομόνωσης επιλέγεται μόνο ως λύση έσχατης ανάγκης<sup>23,35</sup> και δεν πρέπει ποτέ να αποτελεί προκαθορισμένο μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού ή τιμωρία, γιατί οι ασθενείς συχνά τη βιώνουν ως οδυνηρή τραυματική εμπειρία με συνοδά συναισθήματα τρόμου, θυμού, επιθετικότητας, εξευτελισμού, ταπείνωσης, εγκατάλειψης, φόβου, απώλειας ελέγχου και ευαλωτότητας.<sup>22,23,25</sup>

## **Η επικινδυνότητα του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης**

Η ασφαλής χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης διαπιστώθηκε ότι δεν υποστηρίζονται επαρκώς βιβλιογραφικά και επισημαίνεται η μεγάλη προσοχή που απαιτείται για τη χρήση τους.<sup>23,35</sup> Επίσης, αναφέρεται ότι ο σωματικός περιορισμός, ενδεχομένως, να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών,<sup>32</sup> ή κάποιες φορές αρνητική έκβαση ακόμη και για τη ζωή τους, καθώς έχουν συσχετισθεί θάνατοι από την εφαρμογή του.<sup>20,44,45</sup> Οι θάνατοι προκλήθηκαν από ασφυξία (*restraint asphyxia, positional asphyxia*) ή εισρόφηση σε πρηνή θέση και σε ύπτια θέση αντίστοιχα,<sup>18,23,46</sup> από διαταραχές του καρδιακού ρυθμού<sup>23</sup> (καρδιακές νόσοι, αυξημένη σωματική πάλη, υπερδιέγερση και υπερπροσπάθεια, αναπνευστικά προβλήματα, ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή που προκαλεί αρρυθμίες) και από θρόμβωση<sup>47,48</sup> λόγω πολύωρης ακινησίας ή ιδιαίτερα σφικτής ακινητοποίησης των άκρων.<sup>49</sup>

Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την κατάληξη αρρώστων στους οποίους εφαρμόστηκε σωματικός περιορισμός είναι η παχυσαρκία,<sup>23</sup> επειδή σε πρηνή θέση υπάρχει σημαντικό φορτίο βάρους στον κορμό, η πλημμελής εκτίμηση των οργανικών επιπλοκών από την παρατεταμένη ακινητοποίηση του ασθενή, η χορήγηση

νευροληπτικών και γενικότερα της φαρμακευτικής καταστολής που ενδεχομένως μειώνει τα αντανακλαστικά,<sup>50,51</sup> καθώς και η παρουσία ντελίριο.<sup>51,52</sup> Ακόμη, ο σωματικός περιορισμός κάποιες φορές συνδέεται με αιφνίδιο θάνατο του οποίου ο ακριβής μηχανισμός δεν μπορεί να προσδιοριστεί με σαφήνεια.<sup>23,52</sup> Σύμφωνα με τα πρότυπα (*standards*) της Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), πρέπει να αναφέρεται άμεσα και να διερευνάται η συσχέτιση κάθε θανάτου κατά τη διάρκεια εφαρμογής περιοριστικών μέτρων, αλλά και όταν παρατηρείται ότι έχει συμβεί θάνατος σε ασθενή μέσα σε 24 ώρες από την άρση των μέτρων ή ακόμη μέσα σε μία εβδομάδα, επειδή ενδεχομένως η χρήση τους να συνδέεται άμεσα ή να έχει συμβάλει έμμεσα στη κατάληξη του ασθενή.<sup>4</sup> Επιπλέον, αναφέρονται οι κίνδυνοι που αφορούν στη ψυχολογική σφαίρα των ασθενών από τη τραυματική βίωση της επιβολής του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης, αλλά και στις πρακτικές δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή τους σε επίπεδο αυτοφροντίδας και εξυπηρέτησης των σωματικών τους αναγκών. Υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο η χρήση περιοριστικών μέτρων να προκαλέσει την αναβίωση τραυματικών καταστάσεων βίας που οι νοσηλευόμενοι ασθενείς έζησαν στο παρελθόν με αποτέλεσμα την πρόκληση δευτερογενούς “τραύματος”.<sup>9,25</sup>

## Νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας κατά την ψυχιατρική νοσηλεία ασθενών, καθώς και στη δημιουργία ευκαιριών για την αποτελεσματική διαχείριση δυνητικά επικίνδυνων συμπεριφορών, με στόχο την αποδόμηση των συνθηκών που οδηγούν στην χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης.<sup>22</sup> Στα πλαίσια της φροντίδας για πρόληψη της κλιμάκωσης ανεξέλεγκτων συμπεριφορών, χρειάζεται να εξαντλούνται οι διαθέσιμες εναλλακτικές μέθοδοι προτού ληφθεί η απόφαση για τη χρήση περιοριστικών μέτρων.<sup>34,36,37</sup>

Ωστόσο, όταν οι ψυχολογικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αποκλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς, τότε εξετάζεται ως λύση έσχατης ανάγκης η εφαρμογή του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης<sup>23,24,35</sup>

Το προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων χρειάζεται να είναι επαρκές ως προς τον αριθμό και εκπαιδευμένο στην κατανόηση των κινδύνων που συνδέονται με τη χρήση περιοριστικών μέτρων,<sup>23</sup> στην παρακολούθηση και στην εκτίμηση των σωματικών και ψυχολογικών αναγκών του ασθενή, καθώς επίσης στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση απρόβλεπτων και επειγουσών καταστάσεων, οι οποίες





ενδεχομένως να θέσουν σε κίνδυνο την ακεραιότητα ή και τη ζωή του νοσηλευόμενου.<sup>4,22,28,53</sup> Προς αποφυγή οποιασδήποτε απρόβλεπτης συνέπειας, λόγω της εφαρμογής σωματικού περιορισμού, για την οποία χρειάζεται άμεση παρέμβαση, είναι καθοριστική η συνεχής παραμονή μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού πλησίον του ασθενή. Συνεπώς, για τη φροντίδα αλλά και τον περιορισμό της επικινδυνότητας, προτείνεται να εξασφαλίζεται η παρακολούθηση “ένα προς ένα” του ασθενή που περιορίζεται σωματικά<sup>23</sup> ή η στενή επίβλεψή του όταν νοσηλεύεται σε δωμάτιο απομόνωσης, για ενδεχόμενες μεταβολές στις παραμέτρους των ζωτικών του σημείων (θερμοκρασία, συχνότητα αναπνοών, καρδιακή συχνότητα, αρτηριακή πίεση),<sup>23,52</sup> αλλά και όσον αφορά στην ψυχική του και στη διανοητική του κατάσταση (επίπεδο συνείδησης, εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων/δυστονίες<sup>4,23,51,54</sup> Όταν κατά την εφαρμογή του σωματικού περιορισμού χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τη ταχεία καταστολή του διεγερτικού ασθενή, κάθε πέντε με δέκα λεπτά και για μία τουλάχιστον ώρα χρειάζεται να πραγματοποιείται εκτίμηση της κατάστασής του.<sup>23</sup> Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία ή παρατηρηθούν πρόδρομα σημεία κυάνωσης, ακανόνιστη ή επιπόλαια αναπνοή, αλλά και οποιασδήποτε άλλες σοβαρές οργανικές

μεταβολές, τα μέτρα περιορισμού αίρονται άμεσα και χορηγείται επείγουσα φροντίδα. Γι’ αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε εξοπλισμό υποστήριξης ζωής (απινιδωτής, αναπνευστήρας) και σε επείγουσα φαρμακευτική αγωγή.<sup>23,55</sup> Εάν ο ασθενής έχει περιορισθεί σωματικά σε πριηνή θέση, χρειάζεται να διευκολύνεται και να ελέγχεται η αναπνοή του και γι’ αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για τη διασφάλιση της βατότητας των αεροφόρων οδών και τον έλεγχο της αναπνευστικής του επάρκειας.<sup>4,23</sup> Επίσης, η πρόληψη ενδεχόμενης θρόμβωσης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου από την παρατεταμένη ακινησία λόγω του σωματικού περιορισμού, θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη χορήγηση προληπτικά αντιπηκτικής αγωγής.<sup>50</sup> Συνεπώς, ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να είναι ενημερωμένος για την ευπάθεια των νοσηλευόμενων (άσθμα, ΧΑΠ, πνευμονία παχυσαρκία, αγγειακή νόσος, καρδιολογικές νόσοι) στους οποίους εφαρμόζονται περιοριστικές πρακτικές και για τους κινδύνους που ενέχει η χρήση αυτών των μέτρων.<sup>20,22</sup>

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παρατήρηση και την περιοδική εκτίμηση του ασθενή, καθώς και οι παρεμβάσεις που χρειάστηκε να εφαρμοστούν, καταχωρούνται λεπτομερώς και αιτιολογημένα στα φύλλα νοσηλείας του. Ακόμη, χρειάζεται να

καταγράφεται η επικοινωνιακή συνδιαλλαγή με τον ασθενή που αφορά στις αντιδράσεις του και στην ανταπόκρισή του στα μέτρα περιορισμού, με ιδιαίτερη έμφαση στην εκτίμηση της ύφεσης των συμπτωμάτων του και στη δυνατότητά του να αιτείται και να αναφέρεται σε επιλογές που αφορούν στον έλεγχο της συμπεριφοράς του, με δεδομένο ότι οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών αποσκοπούν στο να κατευθύνουν τον ασθενή να ανακτήσει τον αυτοέλεγχό του.<sup>23</sup>

Ένας σημαντικός επιπλέον λόγος που χρειάζεται να παρακολουθείται άμεσα ο ασθενής από άτομο του προσωπικού της κλινικής, είναι το γεγονός ότι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να αισθανθεί εγκατάλειψη, παραμέληση ή και εξευτελισμό όταν βρεθεί στη δύσκολη θέση να αναγκάζεται να φωνάζει για ό,τι χρειάζεται, αναφορικά με την κάλυψη των σωματικών του αναγκών. Για το λόγο αυτό επιβάλλεται να του παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα για τη χορήγηση υγρών και τροφής, καθώς και η δυνατότητα να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα. Επισημαίνεται, ότι ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει την παρακολούθηση και τη φροντίδα του ασθενή κατά τη διάρκεια του περιορισμού δεν πρέπει να έχει εμπλακεί άμεσα στη διαδικασία εφαρμογής του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης.<sup>4</sup> Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι βίαιος και υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο να τεθεί υπό περιορισμό, αλλά υπάρχει και η βεβαιότητα ή

η πιθανότητα να έχει μαζί του όπλο, μαχαίρι, αναπτήρα ή αντικείμενα με τα οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του ή σε άλλους, του προτείνεται να τα αφήσει κάπου, ώστε να απομακρυνθούν κατόπιν από το προσωπικό ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα συνεργασίας για την απόσπασή τους θα χρειασθεί να παρέμβει το προσωπικό ασφαλείας.<sup>23,56</sup>

Μετά τη λήξη του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης χρειάζεται να παρέχονται ευκαιρίες στον ασθενή για αυτοέκφραση και λεκτικοποίηση των συναισθημάτων του αναφορικά με τη βίωση του σωματικού περιορισμού, ώστε να μην εγγραφεί στη μνήμη του αρνητικά και αποτελέσει γι' αυτόν τραυματική εμπειρία.<sup>23</sup>

### **Ηθική διάσταση και επιπτώσεις των περιοριστικών μέτρων**

Η παραβίαση της ελευθερίας και κατά συνέπεια της αυτονομίας του νοσηλευομένου ασθενή<sup>39</sup> με την εφαρμογή περιοριστικών πρακτικών που αναπόφευκτα διέπονται από τη χρήση επιβολής για τη διαχείριση της κατάστασής του, καταργεί τη βουλευτική του έκφραση, αλλά και το δικαίωμα του για αυτοδιάθεση που μοιραία τον οδηγεί στην αμφισβήτηση της ανθρώπινης υπόστασής του, στην κατακρήμνιση της αυτοεκτίμησής του και στην απώλεια της αξιοπρέπειας του.<sup>24</sup> Ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς δε θέλουν να αναφέρονται στον περιορισμό που



υπέστησαν, στην προσπάθειά τους να απωθήσουν αυτήν την οδυνηρή εμπειρία, η οποία έχει καταγραφεί τραυματικά στο μνημονικό τους υλικό.<sup>9</sup> Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές αλλά και τις απόψεις ερευνητών υποστηρίζεται ότι, ως δεδομένη αρχή κατά την εφαρμογή και τη διάρκεια του σωματικού περιορισμού πρωτίστως είναι ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή.<sup>23,56</sup> Άλλωστε και στην Ελλάδα σύμφωνα με τον νόμο 3418 άρθρο 28, παρ 1 αναφέρεται ότι *«Ο ψυχίατρος πρέπει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία σύμφωνα με τις γνώσεις του και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.»* Επίσης, κατά την εφαρμογή του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης έχουν εντοπισθεί αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς, από τη μη ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στις ανάγκες τους για κατανόηση, ενσυναισθητική επικοινωνία και ενημέρωση.<sup>24,25,33</sup>

Από την πλευρά τους οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν διλημματικές καταστάσεις και την παραδοξότητα της επιλογής αν είναι ηθικό να εφαρμόζουν περιοριστικές πρακτικές ή όχι,<sup>20,24,37</sup> επειδή, ενώ διδάσκονται να σέβονται την αυτονομία και τα δικαιώματα των ασθενών χρειάζεται να εφαρμόζουν

περιοριστικά μέτρα για την προστασία και ασφάλεια των νοσηλευόμενων που εκδηλώνουν εκτός ελέγχου συμπεριφορές.<sup>15,24,37</sup> Το γεγονός ότι η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης που εφαρμόζονται σε χώρους ψυχιατρικής νοσηλείας είναι μια συναισθηματικά αγχωτική και οδυνηρή διαδικασία για όλους, αυτό μπορεί να διαταράξει τη θεραπευτική σχέση ιδιαίτερα μεταξύ των νοσηλευτών που εμπλέκονται άμεσα στην εφαρμογή τους και του περιοριζόμενου ασθενή, αλλά και να αυξήσει ενδεχομένως την επιθετικότητα των ασθενών.<sup>15,22,29</sup> Συνεπώς, το θέμα της διαχείρισης της επιθετικότητας ή της διέγερσης σε ψυχιατρική κλινική, οδηγεί σε ένα δίλημμα ανάμεσα στη διατήρηση της προσωπικής ελευθερίας και αυτονομίας του ασθενή και στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων σε καταστάσεις που υπάρχει κίνδυνος για την ασφάλεια του ίδιου και των άλλων.<sup>5,24</sup> Επιπλέον, το οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας μιας ψυχιατρικής μονάδας ενδεχομένως, να ενισχύει τη χρήση περιοριστικών μέτρων π.χ. ανεπαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα αυτό να έχει επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς, όσο και στο προσωπικό και να υπονομεύει την παροχή ποιοτικής φροντίδας.<sup>32</sup>

## Ενδείξεις χρήσης σωματικού περιορισμού και απομόνωσης

Για τη χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού, όπως και για όλες τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε ένα πλαίσιο θεραπείας υπάρχουν ενδείξεις και αντενδείξεις. Οι ενδείξεις που κάνουν απαραίτητη τη χρήση περιοριστικών μέτρων χρειάζεται να στοιχειοθετούνται με σαφήνεια και να εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη πραγματοποιηθεί άλλες παρεμβάσεις που αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές, ή εφόσον εκτιμηθεί ότι δεν υπάρχουν εναλλακτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.<sup>4,22,23</sup> Γενικά, ως ενδείξεις για τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης θεωρούνται η αποτροπή επικίνδυνων αυτοκαταστροφικών και ετεροκαταστροφικών εκδηλώσεων. Ειδικότερα υπάρχουν ενδείξεις για την εφαρμογή τους σε διαταρακτική συμπεριφορά που ανατρέπει ή επιβαρύνει το θεραπευτικό περιβάλλον της ψυχιατρικής κλινικής, σε σοβαρές καταστροφές (απόπειρα εμπρησμού, καταστροφή επίπλων κ.ά) και σε επιτακτική ανάγκη μείωσης των αισθητηριακών ερεθισμάτων που δέχεται ο ασθενής. Ακόμη, ως ένδειξη αναφέρεται η περίπτωση κατά την οποία υπάρχει αίτημα από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος διατηρεί εναισθησία αλλά δεν έχει έλεγχο των παρορμήσεων, προκειμένου να μη βλάψει άλλους.<sup>23</sup>

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι για να εφαρμοσθεί σε θεραπευτικό πλαίσιο ο σωματικός περιορισμός και η απομόνωση, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά από τους νοσηλευτές οι ακόλουθες παραμέτροι:<sup>4,22,56,57</sup>

- η τήρηση των θεσπισμένων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και του νομικού πλαισίου που υπάρχει, καθώς αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή τους.
- η εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων ως έσχατη λύση και μόνο όταν άλλες παρεμβάσεις για την προστασία και την ασφάλεια του ασθενή ή και των άλλων έχουν αποτύχει.
- η ενημέρωση και αιτιολόγηση στον ασθενή της πρόθεσης εφαρμογής περιοριστικών μέτρων για να δοθεί η δυνατότητα συνεργασίας και ανασυγκρότησης της εκτός ελέγχου συμπεριφοράς του.
- η απόκτηση επικαιροποιημένης γνώσης που ενισχύει τις εξειδικευμένες δεξιότητες των νοσηλευτών για τη χρήση των περιοριστικών πρακτικών και συνδέεται με την ασφαλή και τη θεραπευτική χρήση τους.
- η επίγνωση των ηθικών διαστάσεων της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων για τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του νοσηλευόμενου ασθενή, την



ικανοποίηση των σωματικών και ψυχολογικών του αναγκών, την εξασφάλιση της ιδιωτικότητας και παροχή όσο το δυνατόν μεγαλύτερης άνεσης.

- η κατάλληλη και ασφαλής χρήση του εξοπλισμού που είναι αναγκαίος για την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων για την αποφυγή επικίνδυνων συνεπειών.
- η εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων με στενή επίβλεψη του ασθενή και παροχή αυξημένης φροντίδας για αποτροπή τυχόν επιπλοκών.
- η εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων για όσο το δυνατόν βραχύτερο χρονικό διάστημα.
- η καταγεγραμμένη αιτιολόγηση της χρήσης των περιοριστικών μέτρων και η διαδικασία εφαρμογής τους σε ειδικό έντυπο με σκοπό την παρακολούθηση του ασθενή και αποτροπή ενδεχόμενης κατάχρησής τους.

## **Αντενδείξεις χρήσης απομόνωσης και σωματικού περιορισμού**

Η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια, οι οποίοι ενδεχομένως να επιβαρυνθούν από τη μείωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων,<sup>58</sup> ως τιμωρία,<sup>59</sup> ως υποκατάστατο θεραπείας, ως αντίδραση σε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά ή για την

εξυπηρέτηση ή ευκολία του προσωπικού, καθώς επίσης και σε ασθενείς που εμφανίζουν παθολογικά αστάθεια.<sup>23,60</sup> Επίσης, αποφεύγεται να εφαρμόζονται σε ασθενείς που γνωρίζουμε ότι έχουν βιώσει τραυματικά κατά το παρελθόν την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, καθώς και λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>9</sup>

## **Κατευθυντήριες οδηγίες χρήσης σωματικού περιορισμού και απομόνωσης**

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ευρεία διαφοροποίηση στη συχνότητα χρήσης του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης, ανάλογα με τη χώρα εφαρμογής τους και υπάρχει ελάχιστη εναρμόνιση και έλλειψη σταθερών προτύπων εντός και μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, όσον αφορά στη θεραπεία και στη διαχείριση των επιθετικών ασθενών.<sup>5,30</sup>

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένες σε Εθνικό επίπεδο κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης και ο τρόπος εφαρμογής τους διαφοροποιείται σε κάθε ψυχιατρικό τμήμα. Ωστόσο, σύμφωνα με το ν.2071/1992, στο άρ. 98 παρ.4 αναφέρεται ότι «Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.»

Η επιτροπή για την πιστοποίηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης

(JCAHO)<sup>4</sup> έχει αναθεωρήσει τις κατευθυντήριες γραμμές αναφορικά με τη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης. Ο σκοπός αυτής της αναθεώρησης είναι η ελαχιστοποίηση της εφαρμογής τους, καθώς επίσης η παροχή της απαραίτητης ασφάλειας και προστασίας στα άτομα που περιορίζονται σωματικά ή νοσηλεύονται σε δωμάτιο απομόνωσης<sup>3,12,32</sup> Σύμφωνα με την JCAHO χρειάζεται να υπάρχουν γραπτές πολιτικές και διαδικασίες που αφορούν στη χρήση του περιορισμού ή του δωματίου απομόνωσης και μέσα από αυτές να προσδιορίζονται τα άτομα του προσωπικού που εξουσιοδοτούνται για την εντολή της εφαρμογής περιοριστικών μέτρων, καθώς και η εκπαίδευση που επιβάλλεται να έχουν.<sup>4</sup> Επίσης, πρέπει να καθορίζονται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες τα μέτρα περιορισμού πρέπει να διακόπτονται, τα άτομα που μπορούν να αναλαμβάνουν την ευθύνη παρακολούθησης, εκτίμησης και αξιολόγησης των ασθενών στους οποίους εφαρμόζονται, αλλά και να ορίζονται οι προθεσμίες για την επαναξιολόγηση των “περιορισμένων” ασθενών.<sup>4,23</sup> Η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης του περιοριζόμενου ασθενή (σωματική και ψυχολογική) και η αντίδρασή του στην περιοριστική παρέμβαση είναι μείζονος σημασίας και προσδιορίζει την ανάγκη για συνέχιση ή διακοπή του

σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης.<sup>4,22,23</sup>

Ο στόχος του ορισμού αυτών των πολιτικών και των διαδικασιών για την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων είναι η αποφυγή της βίας σε επείγουσες ψυχιατρικές παρεμβάσεις και η ασφάλεια των ασθενών που είναι εξαιρετικά ευάλωτοι κάτω από αυτές τις συνθήκες.<sup>4,22</sup>

### **Τάσεις μείωσης περιοριστικών μέτρων**

Από την επισκόπηση ερευνών που αναφέρονται σε προγράμματα μείωσης της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων, διαφαίνεται η προσπάθεια που γίνεται για την απεμπλοκή των πλαισίων ψυχιατρικής φροντίδας από τη χρήση τους. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την δραστηριοποίηση των διοικήσεων και την ενεργή συμμετοχή τους στη μείωση της χρήσης του σωματικού περιορισμού και η απομόνωσης, καθώς και την αλλαγή της οργανωτικής δομής και κουλτούρας των χώρων υγείας στους οποίους εφαρμόζονται.<sup>22,29,32,53</sup>

Συνεπώς, ο στόχος κάθε μονάδας ψυχικής υγείας χρειάζεται να είναι η ελαχιστοποίηση των περιστατικών απομόνωσης και σωματικού περιορισμού με την πρόληψη της επιθετικότητας μέσω της παρατήρησης των ασθενών και των αλλαγών που τους συμβαίνουν κατά την έναρξή τους,<sup>61,62</sup> την άμεση εκτίμησή τους και την έγκαιρη



παρέμβαση με μη περιοριστικά μέτρα (θεραπευτική επικοινωνία, έγκαιρη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής)<sup>23,62</sup> και την αναδιάρθρωση της κουλτούρας της ψυχιατρικής μονάδας με την προώθηση αλλαγών σε επίπεδο δομής και λειτουργίας.<sup>4,32</sup> Επίσης, καθοριστικοί παράμετροι για την ελαχιστοποίηση της χρήσης του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης είναι η βελτίωση των γενικότερων συνθηκών νοσηλείας,<sup>32 61,62</sup> η εγκαθίδρυση θεραπευτικού περιβάλλοντος που θα είναι σε ετοιμότητα να διαχειριστεί τη βία και την επιθετική συμπεριφορά και η αύξηση της αναλογίας προσωπικού – ασθενών. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η κατάλληλη και η διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα αποκλιμάκωσης της επιθετικής συμπεριφοράς,<sup>22,61,63</sup> καθώς και η άσκησή του στη μέθοδο αναστοχασμού (*reflexion*) μετά τη χρήση περιοριστικών μέτρων, όπως επίσης και η ενσωμάτωση στην κλινική πρακτική τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων.<sup>12</sup> Ο αναστοχασμός των επαγγελματιών υγείας μιας ψυχιατρικής κλινικής που έχουν εμπλακεί στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, βοηθά στην “απολογιστική διαδικασία” που απαραίτητα πρέπει να πραγματοποιείται μετά τη χρήση σωματικού περιορισμού ή του δωματίου απομόνωσης επειδή βοηθά στην αναθεώρηση και συνεπώς στη διόρθωση καταστάσεων,

συνθηκών και τεχνικών, με σκοπό τη ανάπτυξη υποδειγματικής φροντίδας και βέλτιστης διαχείρισης των δυσκολιών που προκύπτουν από νοσηλεύμενους ασθενείς που εμφανίζουν επιθετικές ή εκτός ελέγχου εκδηλώσεις. Ο προσδιορισμός των γεγονότων που οδήγησαν στην εφαρμογή περιοριστικού μέτρου, η ανεύρεση εναλλακτικών συμπεριφορών, χειρισμών και παρεμβάσεων που θα μπορούσε να είχαν χρησιμοποιηθεί στη δεδομένη περίπτωση για την πρόληψη υποτροπής ή γενικότερα της επιθετικής συμπεριφοράς,<sup>61,62</sup> συμβάλουν στη μείωση των περιστατικών εφαρμογής περιοριστικών μέτρων.<sup>4,32</sup> Τέλος, οι τροποποιήσεις στη φιλοσοφία των θεραπευτικών προσεγγίσεων στις μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας που βασίζονται στην τεκμηριωμένη φροντίδα, ενδεχομένως να επηρεάσουν την συχνότητα εφαρμογής περιοριστικών μέτρων και τις προσπάθειες για εξάλειψή τους.<sup>22</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού παρά την αμφισβήτηση που έχουν δεχθεί, φαίνεται ότι είναι δύσκολο να εξαιρεθούν και εφαρμόζονται για την παροχή προστασίας και ασφάλειας σε χώρους ψυχιατρικής νοσηλείας. Ωστόσο, πρέπει να εφαρμόζονται όταν είναι απολύτως αναγκαίο και ως έσχατη λύση, εφόσον άλλες μη περιοριστικές παρεμβάσεις για την αποκλιμάκωση και την αντιμετώπιση της

βίαης και της εκτός ελέγχου συμπεριφοράς των νοσηλευόμενων ασθενών έχουν αποτύχει. Σε περίπτωση που θεωρηθεί αναγκαία η χρήση του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης είναι επιβεβλημένο να τηρούνται οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις για την εφαρμογή τους, όπως διαμορφώνονται σύμφωνα με τις επικαιροποιημένες κατευθυντήριες γραμμές για την προστασία της ζωής και των δικαιωμάτων των ασθενών, ώστε η εφαρμογή τους να τεκμηριώνεται κατάλληλα. Προτεραιότητα στη χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης είναι η σωματική και ψυχική προστασία του ίδιου του ασθενή, με έμφαση στη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του και την εφαρμογή κατάλληλων περιοριστικών μεθόδων που δεν θα του προκαλέσουν βλάβη.

Παρά το γεγονός ότι σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού θεωρείται αναγκαία και αναπόφευκτη, ο στόχος κάθε ψυχιατρικής μονάδας είναι η ελαχιστοποίηση της εφαρμογής τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bergk J, Einsiedler B, Steinert T. Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clinical trials* 2008, 5(4):356-363.
2. Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009, 16(1):99-105.
3. Lazarou P, Oikonomopoulou Chr. Quality indicators for mental health services assessment International trends and Greek factuality. *Nosileftiki* 2007, 46(2):199-214.
4. Joint commission standards on Restraint and seclusion. Nonviolent crisis intervention, 2009.
5. Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. a case vignette study in 16 European countries. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* 2009, 24(2):135-141.
6. Paterson B, Duxbury J. Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics* 2007, 14(4):535-545.
7. Gallego VF, Perez EM, Aquilino JS, CC Angulo, G Estarlich. Management of the agitated patient in the emergency department. *Emergencias* 2009, 21:121-132.
8. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric services* 2009, 60(2):231-239.
9. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint





- for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002, 9(4):465-473.
10. Ouzouni Chr. The therapeutic use of seclusion in a psychiatric clinic. *Nosileftiki* 2006, 45(1):68-77.
11. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemporary nurse* 2002, 13(2-3):126-35.
12. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2009, 16(5):440-446.
13. Prinsen EJ, van Delden JJ. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of medical ethics* 2009, 35(1):69-73.
14. Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in mental health nursing* 2009, 30(3):159-164.
15. Moran A, Cocoman A, Scott PA, Matthews A, Staniulienė V, Valimaki M. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2009, 16(7):599-605.
16. Gerolamo, A.M. The conceptualization of physical restraint as a nurse-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing* 2006, 20(4):175-185.
17. Marks W. Physical restraints in the practice of medicine. Current concepts. *American Medical Association* 1992, 152(11):2203-2206.
18. Parkes J, Carson R. Sudden Death During Restraint: Do Some Positions Affect Lung Function. *Medicine, Science and the Law* 2008, 48(2):137-114.
19. Stratton SJ, Rogers C, Brickett K, Gruzinski G. Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *The American journal of emergency medicine* 2001, 19(3):187-191.
20. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 2003, 48(5):330-337.
21. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ, Clark RD. Mental Illness and the Use of Restraints in Nursing Homes. *The Gerontologist* 1992, 32(2):164-170.
22. APNA: Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint, revised 2007. Available at [http://www.apna.org/files/public/APNA\\_SR\\_Position\\_Statement\\_Final.pdf](http://www.apna.org/files/public/APNA_SR_Position_Statement_Final.pdf). Accessed 11.10. 2008.
23. Christodoulou Chr, Mihopoulos J, Lykouras El. The management of aggressive behavior in a general hospital. *Hellenic*

- 
- Psychiatry General Hospital* 2008, 5(1):28-36.
24. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *The online journal of knowledge synthesis for nursing* 2003, 10:1.
25. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in mental health nursing* 2004, 25(6):559-78.
26. VanDerNagel JE, Tuts KP, Hoekstra T, Noorthoorn EO. Seclusion: the perspective of nurses. *International Journal of law and Psychiatry* 2009, 32(6):408-412.
27. Colaizzi, J. Seclusion & restraint: a historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2005, 43(2):31-37.
28. Clark, MA. Involuntary admission and the medical inpatient: Judicious use of physical restraint. *Med Surgical Nursing* 2005, 14(4):213-219.
29. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric services* 2008, 59(10):1198-1202.
30. Janssen WA, Noorthoorn EO, de Vries WJ, Hutschemeakers GJ, Lendemeijer HH, Widdershoven GA. The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *International journal of law and psychiatry* 2008, 31(6):463-470.
31. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *International journal of mental health nursing* 2005, 14(1):44-53.
32. Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *The Psychiatric quarterly* 2007, 78(1):73-81.
33. Chien W, Chan CWH, Lam L, Kam C. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling* 2004, 59(1):80-86.
34. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2004, 42(9):34-44.
35. Nelstrop L et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult
-



- 127 psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2006, 3(1):8-18.
36. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in precrisis and crisis situations, *Psychiatric services* 2008, 59(12):1376-1378.
37. Bigwood S, Crowe M. It's part of the job, but it spoils the job: a phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health nursing* 2008, 17(3):215-222.
38. Migon, MN, Coutinho, ES, Huf, G, Adams, CE, Cunha, GM, & Allen, M. H. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *General Hospital Psychiatry* 2008, 30(3):263-268.
39. Cheung PPY, Yam BMC. Patient autonomy in physical restraint. *Journal of Clinical Nursing* 2005, 14 Suppl 1:34-40.
40. Royal College of Psychiatrist. Health care commission National Audit of Violence 2006-2007. *Final Report. Royal College of Psychiatrists*, London, 2007.
41. Needham I, Abderbalden C, Halfens R, Fischer J, Dassen T. Non-somatic effects of patients aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005, 49(3):283-296.
42. Steward D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009, 16:749-757.
43. Whittington R, Gillian A, Lancaster C, Meehan S, Lane D Riley. Physical restraint of patients in acute mental health care settings: patient, staff, and enviromental factors associated with the use of a horizontal restraint position. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2006, 17(2):253-265.
44. Currier GW, Allen MH. Emergency Psychiatry: Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services* 2000, 51(6):717-719.
45. Siebert CF, Thogmartin JR: Restraint-Related Fatalities in Mental Health Facilities: report of two cases. *The American journal of forensic medicine and pathology* 2000, 21(3):210-212.
46. Lancaster GA, Whittington R, Lane S, Riley D, Meehan C. Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2008, 15(4):306-312.
47. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical

- restraints. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2001, 103(1):73-75.
48. Dickson BC, Pollanen MS. Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. *Journal of forensic and legal medicine* 2009, 16(5):284-286.
49. Hägg S, Spigset O. Antipsychotic-induced venous thromboembolism: a review of the evidence. *CNS Drugs*. 2002, 16(11):765-776.
50. Davison S. The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005, 11:362-370.
51. Brice JH, Pirrallo RG, Racht E, Zachariah BS, Krohmer J. Management of the violent patient. *Prehospital emergency care* 2003, 7(1):48-55.
52. Morrison A, Sadler D. Death of a psychiatric patient during physical restraint. Excited delirium-a case report. *Medicine, science, and the law* 2001, 41(1):46-50.
53. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, Joffe G. Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspectives in psychiatric care* 2009, 45(3):198-207.
54. Preval H, Klotz SG, Southard R, Francis A. Rapid-acting IM ziprasidone in a psychiatric emergency service: a naturalistic study. *General hospital psychiatry* 2005, 27(2):140-144.
55. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced nursing* 2008, 64(6):538-548.
56. National Institute for Health Clinical Excellence. Violence the short term manegemenet Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments Clinical guidelines 25, Issued: February 2005.
57. Wise M, Rundell J. Clinical Manual of Psychosomatic Medicine. A guide of consultation-liaison psychiatry. American Psychiatric Publishing, 2005.
58. Palazzolo J. About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *Encephale* 2004, 30(3):276-84.
59. Roberts D, Crompton D, Milligan E, Groves A. Reflection on the use of seclusion: in an acute mental health facility. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2009, 47(10):25-31.
60. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 1994, 151:1584-1591.
61. Delaney, K.R. & Johnson, M.E. Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2006, 12(4):1-10.



62. Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L, Marino D. Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *The Psychiatric quarterly* 2005, 76(1):51-65.
63. Curie CG. SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. *Psychiatric services* 2005, 56(9):1139-1140.