

ΕΝΤΥΠΟ  
ΚΩΔΙΚΟΣ  
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ  
108/198  
Κ.Δ.Δ.  
ΕΛΛΑΣ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ  
Κ.Δ.Δ.  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ  
ΠΟΡΤ  
ΠΑΥΕ  
ΕΛΛΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ' ΚΤΙΡΙΟ · 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 36 - Τεύχος 3 - Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 1997



**NOSILEFTIKI**

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 36 - No 3 - September - December 1997



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Άρθρο σύνταξης Δρ. Α. Παπαδαντωνάκη	163
2. 21ο Συνέδριο Νοσηλευτικής του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, Ιούνιος '97, Βανκούβερ Μ. Καλαφάτη	165
3. 29η Συνεδρίαση των Εθνικών Αντιπροσωπειών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών Μ. Μαλγαρινού	172
4. Νοσηλευτική Θεωρία και πράξη Οδύοντας προς τον 21ο αιώνα Δρ. Στέλλα Κοτζαμπασάκη	175
5. Φροντίδα στη Νοσηλευτική: Μια άλλη άποψη Π. Δημητρίου	185
6. Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή Χρ. Λεμονίδου	189
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή εκπαιδευτικού στον κλινικό χώρο κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας Ευρ. Παπασταύρου	198
8. Ο διαβητολογικός νοσηλευτής και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα Ελ. Δημητριάδου	209
9. Κυρίαρχες έννοιες και προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας Δ. Παπαγεωργίου	215
10. Κλινική Επιβλεψη-Ρόλοι, μοντέλα και στρατηγικές που μπορούν να ενθαρρύνουν την αντανακλαστική πρακτική (Reflective Practice) Μ. Μαντζώρου	226
11. Συζητήστε τρόπους με τους οποίους οι θεωρίες και δεξιότητες της συμβουλευτικής μπορούν να αναπτύξουν τη νοσηλευτική πρακτική Αθ. Μόσχου - Κάκκου	233
12. Εκπαιδευτική προετοιμασία διευθυντών νοσηλευτικών υπηρεσιών (ΔΝΥ) ώστε να ανταποκρίνονται σε μελλοντικές προκλήσεις Μ. Μπατσολάκη	247
13. Η αναγκαιότητα της εισαγωγής αλλαγών στη Νοσηλευτική Δρ. Ε. Χαραλαμπίδου	265
14. Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων: Ηθικές διαστάσεις του προβλήματος Μ. Πριάμη, Χ. Πλάτη	272
15. Περιεχόμενα του Έτους 1997	282
16. Οδηγίες για τους συγγραφείς	284

## CONTENTS

1. Editorial Dr. A. Papadantonaki	163
2. ICN 21st Quadrennial Congress June 1997, Vancouver M. Kalafati	165
3. 29th Meeting of the National Representatives of ICN M. Malgarinou	172
4. Nursing theory and practice Approaching the 21st century Dr. St. Kotzabassaki	175
5. Caring in Nursing: a different view P. Dimitriou	185
6. The role of clinical Nurse Practitioner Chr. Lemonidou	189
7. Clinical role of nurse teacher in terms of clinical areas: critical analysis of the literature Eur. Papastaurou	198
8. Diabetologic nurse and self management education El. Dimitriadou	209
9. Fundamental Concepts and Approaches of Quality Assurance D. Papageorgiou	215
10. Clinical Supervision - Roles, models and strategies which can encourage the reflective practice M. Mantzorou	226
11. Discuss ways in which counselling theory and skills be used to enhance Nursing practice Ath. Moschou - Kakkou	233
12. Educational Needs and nurse managers M. Batsolaki	247
13. The need to introduce changes in Nursing Dr. E. Charalabidou	265
14. Behavior control of the violent patients: ethical considerations M. Priami, Ch. Plati	272
15. Contents of the year 1997	282
16. Instructions to authors	284

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών  
Ελλάδος  
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος  
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου  
Α. Καλοκαιρινού  
Α. Παπαδαντωνάκη  
Ε. Πατηράκη  
Α. Πορτοκαλάκη  
Ε. Χαραλαμπίδου

### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

### ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.  
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

### ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» » 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

# Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων: Ηθικές διαστάσεις του προβλήματος

Μ. Πριάμη, Χ. Πλατή,

Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

---

**Μ. ΠΡΙΑΜΗ, Χ. ΠΛΑΤΗ Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων: Ηθικές διαστάσεις του προβλήματος.** Η βίαιη συμπεριφορά που εκδηλώνεται από έναν αριθμό ψυχικά πασχόντων ασθενών, οι πιθανές αιτίες που την προκαλούν και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της συζητούνται στο άρθρο αυτό. Έγινε ειδική αναφορά στην απομόνωση των ασθενών ως μέθοδο ελέγχου συμπεριφοράς, στην αποτελεσματικότητά της, καθώς και στα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τη χρήση της. Το ενδιαφέρον της μελέτης επικεντρώθηκε στη συμβολή των νοσηλευτών στη διευθέτηση της βίαιης συμπεριφοράς. **Νοσηλευτική 3: 272-280, 1997.**

---

Η μακρά ιστορία της κοινωνικής ανάπτυξης ασχολήθηκε με τον άνθρωπο, σε μια ατέλειωτη προσπάθεια να κατανοήσει, προβλέψει, επηρεάσει και ελέγξει την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Σε πολλές περιπτώσεις, με την επίκληση της σημασίας του κοινού καλού, χρησιμοποιήθηκαν διάφορες πρακτικές όπως βασανισμοί, εγκλεισμοί και άλλοι τύποι περιορισμού, προκειμένου να καταπιεστεί το άτομο και να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της κοινωνικής ηθικής. Με την πάροδο του χρόνου τα γεγονότα έδειξαν ότι ο μηχανισμός της καταστολής δεν έδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η νομοθεσία που αναπτύχθηκε λίγο αργότερα, ως προς αυτήν την πλευρά της ζωής, λειτούργησε, σε μεγάλο βαθμό, περισσότερο ως έκφραση δημόσιας ηθικής, παρά ως καταπίεση της ιδιωτικής ελευθερίας.

Η επιτυχία των τεχνικών ελέγχου της συμπεριφοράς σε άτομα όπως τρόφιμοι φυλακών, ψυχικά ασθενείς, καθώς και ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που ζητούν ψυχιατρική βοήθεια για λόγους αυτοεκπλήρωσης και αυτοπραγμάτωσης, αποτέλεσε πηγή διχογνωμιών στις ατέλειωτες συζητήσεις των ειδικών<sup>1</sup>.

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την παροχή πιο ανθρώπινης θεραπείας στους ψυχικά πάσχοντες ασθενείς, συνετέλεσε στην εμφάνιση πολλών μελετών, οι οποίες ασχολήθηκαν με τη βία, τις αιτίες που την προκαλούν και τις τεχνικές ελέγχου που χρησιμοποιούνται, προκειμένου να κατασταλεί η βίαιη συμπεριφορά. Αυξανόμενο ενδιαφέρον παρατηρείται επίσης σε μελέτες που ασχολούνται με τα ηθικά διλήμματα που αναφέρονται κατά την εφαρμογή των μεθόδων ελέγχου της συμπεριφοράς.

Οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται για τον έλεγχο συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων ασθενών είναι ο σωματικός περιορισμός όπως ακινητοποίηση των κάτω άκρων με δερμάτινες ζώνες, μανδύες, απομόνωση και χημική καταστολή<sup>2</sup>.

## Αίτια βίαιης συμπεριφοράς

Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων συμμετέχει στην ανάπτυξη βίαιης συμπεριφοράς στον άνθρωπο. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν, κάπως εμπειρικά, να διακριθούν σε δύο μεγάλες ομάδες τους εσωτερικούς ή ενδογενείς και τους περιβαλλοντικούς. Οι δεύτεροι, συνήθως, παρουσιάζονται κατά την αναπτυξιακή περίοδο και αντιδρούν με το άτομο, αυξάνοντας ή μειώνοντας την τάση της βίας.

## Νευροφυσιολογικοί Παράγοντες

Μέχρι το 1970 οι ερευνητές βασισμένοι σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι παρουσίασαν σπασμούς με βίαιη συμπεριφορά, θεώρησαν την περιοχή του μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου ως υπεύθυνη για την επιθετική συμπεριφορά<sup>3</sup>.

Ο ρόλος του μετωπιαίου λοβού και της επιληψίας παραμένει αμφιλεγόμενος. Οι μελέτες που ακολούθησαν έδειξαν ότι η βία στους επιληπτικούς ασθενείς ήταν σπάνια. Αλλά και οι επόμενες μελέτες δεν βρήκαν διαφορά στα επίπεδα της βίας μεταξύ επιληπτικών και μη ατόμων<sup>4</sup>.

Όσο ο Monroe<sup>5</sup> δίνει μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα της επιληψίας, της επιχειλιακής επεισοδιακής δυσλειτουργίας και της βίας. Επισημαίνει ακόμη ότι η επιφάνεια του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος είναι μία αδρή μέτρηση της υποκροταφικής δραστηριότητας και ότι ασθενείς με επεισοδιακή δυσλειτουργία συχνά απαντούν στην αντιεπιληπτική αγωγή.

## Γενετικοί Προσδιοριστές

Η έρευνα σε σχέση με τη βία, τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει στραφεί προς τις χρωμα-

τωσωματικές ανωμαλίες και ειδικότερα στις ανωμαλίες των ΧΥΥ χρωματοσωμάτων. Η έρευνα των Schiari και συν.<sup>6</sup> δεν απέδειξε συσχέτιση μεταξύ ΧΥΥ και ΧΧΥ ανωμαλίες με τη βία. Πάντως, ο ρόλος των αναφερομένων χρωματοσωμάτων είναι αμφίβολος και οποιαδήποτε σχέση με τη σύλληψη εγκλημάτων συνδέεται προφανώς, με άλλους παράγοντες όπως χαμηλή νοημοσύνη κ.α. Οι μελέτες που ακολούθησαν απέτυχαν να αποδείξουν ότι επιλεγμένοι δίδυμοι με βίαια εγκλήματα δεν συσχετίστηκαν με τη βία των γονέων τους βιολογικά<sup>7</sup>.

## Ορμόνες

Η βία μπορεί να συνδέεται με ενδοκρινικά νοσήματα όπως του Cushing's ή τον υπερθυρεοειδισμό. Πάντως, ο ρόλος των ανδρογόνων, της υπογλυκαιμίας και του προεμνηνορρυσιακού συνδρόμου παραμένει αμφιλεγόμενος.

Σε πρόσφατες μελέτες δεν συσχετίστηκε η βίαιη συμπεριφορά με τα ανδρογόνα, γεγονός, που επιτρέπει την υπόθεση ότι για την εκδήλωση της βίας, προφανώς, ευθύνονται άλλοι παράγοντες, όπως ο ρόλος των προσδοκιών της κοινωνίας κ.α.<sup>8</sup>.

Ως προς την υπογλυκαιμία και τη σχέση της με τη βία από τις σχετικές μελέτες προκύπτει ότι σε ακραίες περιπτώσεις βίας, η υπογλυκαιμία μπορεί να παίξει κάποιο ρόλο. Συνήθως, η βία παρατηρείται σε άτομα με συγκεκριμένη προσωπικότητα και με εκλυτικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες<sup>9</sup>.

## Νευροδιαβιβαστές

Σύμφωνα με τον Brown και τους συνεργάτες του<sup>10</sup>, η ιστορία της επιθετικής συμπεριφοράς και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς συσχετίστηκαν με ελαττωμένα επίπεδα του 5-hydroxyindolacetic acid 5-υδροξυνδολακετικό οξύ (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY).

Ο Lidberg και οι συνεργάτες του<sup>11</sup> το 1985 βρήκαν ότι σε δύο ομάδες ανδρών που μελέτησαν (την πρώτη ομάδα που έκανε ανθρωποκτο-

νίες και τη δεύτερη που διέπραξε αυτοκτονίες) υπήρχαν χαμηλές συγκεντρώσεις του 5-ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι άτομα που διέπραξαν εγκλήματα με ασυνήθιστη σκληρότητα, εκείνοι που έδρασαν παρορμητικά είχαν χαμηλότερα επίπεδα του 5-ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ, από εκείνους που είχαν προσχεδιάσει το έγκλημα<sup>12</sup>.

Σχολιάζοντας τα ευρήματα οι ερευνητές θεωρούν ότι χαμηλές συγκεντρώσεις του 5-ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ μπορεί να αποτελεί σημείο παρορμητικότητας μάλλον, παρά ειδικό τύπο βίας.

## Ψυχιατρικές Διαταραχές

Ο αριθμός των ψυχιατρικών ασθενών που καταδικάστηκε για εγκλήματα είναι μεγαλύτερος από εκείνον του γενικού πληθυσμού.

Πάντως, οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν αποτελούν ομοιογενή πληθυσμό, αυτό αποφαίνεται από τις διαφορετικές διαγνώσεις. Για παράδειγμα, μερικοί εισάγονται με την ένδειξη της σχιζοφρένειας, μανίας, νοτικής καθυστέρησης και άλλοι για οργανικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών του αλκοολισμού, των φαρμάκων<sup>13</sup> κ.α.

## Αλκοόλ και Φάρμακα

Η σχέση του αλκοόλ με τη χρήση βίας είναι γνωστή και τούτο γιατί υπό την επίδραση του αλκοόλ μειώνονται οι αναστολές και το άτομο προβαίνει σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Επιπλέον, μειώνεται η αντιληπτική και γνωσιακή ετοιμότητα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της κρίσης.

Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ισχυρή σύνδεση αλκοόλ και συγκεκριμένων εγκλημάτων που προκύπτουν μετά από φιλονικίες. Η κατάχρηση του αλκοόλ περιλαμβανομένων και των φαρμάκων: αμφεταμίνες, κοκαΐνη, παραισθησιογόνα και ήπια ηρεμιστικά, βρέθηκε να συνδέονται με βίαιη συμπεριφορά<sup>14</sup>.

Τα ναρκωτικά παίζουν καθοριστικό ρόλο στη χρήση βίας, εξαιτίας των δραστηριοτήτων που συνδέονται για την απόκτησή τους. Αναφέ-

ρεται ότι το 1/3 των εγκλημάτων που συμβαίνουν στον ανδρικό πληθυσμό σχετίζονται με τη χρήση των ναρκωτικών.

## Αναπτυξιακοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τους Kempe και Helfer<sup>15</sup>, η παιδική κακοποίηση βρέθηκε να σχετίζεται με βίαιη συμπεριφορά, που εκδηλώνεται κατά την ενηλικίωση του παιδιού. Η συζυγική βία σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα βίας στα παιδιά, ενώ η τηλεοπτική βία θα μπορούσε να συσχετιστεί με μεταγενέστερη επιθετική συμπεριφορά.

Κοινωνικά φαινόμενα όπως αυξημένοι δείκτες παιδικής κακοποίησης, ενδοοικογενειακή βία, καθώς και η βία που τα μαζικά μέσα ενημέρωσης παρουσιάζουν, θα πρέπει να μας προβληματίσουν, γιατί διαμορφώνουν τη βίαιη συμπεριφορά της επόμενης γενιάς των νέων μας.

## Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση της βίας με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Τα ευρήματα αυτών των μελετών συσχέτισαν τη βίαιη συμπεριφορά με διάφορες μεταβλητές όπως την κοινωνική ανισότητα, το μίσος και την εκθρότητα των μειονεκτούντων ομάδων έναντι των ευημερούντων, την οικογενειακή κατάσταση, τις φυλετικές διακρίσεις κ.α.

Η εργασία των Messner και Tardiff<sup>16</sup>, στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι η οικονομική ανισότητα σχετίζεται με το έγκλημα. Οι επικρατέστεροι παράγοντες που εντοπίστηκαν σ' αυτή τη μελέτη ήταν η απόλυτη φτώχεια και η οικογενειακή διάλυση.

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές η βίαιη συμπεριφορά είναι ένας κύκλος που τον συνθέτουν η φτώχεια, η αποστέρηση, η διάλυση του οικογενειακού θεσμού, η ανεργία και η δυσκολία διατήρησης προσωπικών δεσμών, οικογενειακής δομής και κοινωνικού ελέγχου.

## Φυσικό Περιβάλλον

Ο συνωστισμός πολλών ατόμων που βρί-

σκονται σε στενή επαφή και σε περιορισμένο υποστηρικτικό χώρο μπορεί να σχετίζεται με τη βία.

Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ζέστης και επιθετικής συμπεριφοράς. Η μέτρια ζέστη προκαλεί δυσφορία και αυξάνει την επιθετικότητα. Ενώ η εξαιρετικά υψηλή θερμοκρασία ελαττώνει την επιθετικότητα<sup>17</sup>.

## Η απομόνωση ως μέσον ελέγχου της συμπεριφοράς

Μταξύ των μεθόδων ελέγχου της συμπεριφοράς είναι και η απομόνωση του ασθενούς. Για το πρόβλημα της απομόνωσης υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία. Ο προβληματισμός κατά πόσον άσχετοι παράγοντες με τη συμπεριφορά του ασθενούς όπως περιβάλλον μονάδας, στελέχωση, σύστημα αξιών προσωπικού κ.α., είναι δυνατόν να επηρεάζουν τη συχνότητα χρήσης της απομόνωσης διερευνάται σε πολλές μελέτες.

Η απομόνωση είναι χώρος κατάλληλα κατασκευασμένος, που παρέχει ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή, του οποίου η συμπεριφορά θα μπορούσε να αποβεί επικίνδυνη για τον ίδιον και τους άλλους<sup>18</sup>.

Σκοπός του περιορισμού είναι να ελέγξει ανεπιθύμητες συμπεριφορές και περιλαμβάνει ποικιλία μεθόδων όπως τροποποίηση συμπεριφοράς, κοινωνική απομόνωση - σε ειδικό χώρο-, φυσικό περιορισμό και χημική καταστολή.

## Χαρακτηριστικά Απομόνωσης

Η θεωρητική βάση της απομόνωσης του ασθενή σε ειδικά κατασκευασμένο χώρο στηρίζεται σε τρεις αλληλοεξαρτώμενες αρχές.

- α) της συγκράτησης
- β) της απομόνωσης και
- γ) της μείωσης των αισθητικών ερεθισμάτων.

Η αντίληψη της συγκράτησης περιορίζει το περιβάλλον στο χώρο που λειτουργεί το άτομο. Η απομόνωση παρέχει ανάπαυση στον ασθενή, σε σχέση με τη δυσφορία και τις δυσκολίες που αισθάνεται κατά τις διαπροσωπικές του σχέσεις

με τους άλλους. Επιπλέον, η απομόνωση εξασφαλίζει στο άτομο μια μονότονη ηρεμία, η οποία τον ανακουφίζει από τα διάφορα ερεθίσματα, τα οποία για τους πολλούς είναι φυσιολογικά, ενώ για άτομα με μανία είναι ανυπόφορα<sup>19</sup>.

Για να αποφασιστεί αν πρέπει ή όχι να οδηγηθεί ο ασθενής στην απομόνωση ή να υποστεί το σωματικό περιορισμό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη συγκεκριμένα κριτήρια, που θεσπίστηκαν από την ομάδα εργασίας της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Τα κριτήρια είναι:

1. Πρόληψη επικείμενης βλάβης σε τρίτους, όταν όλα τα άλλα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν αναποτελεσματικά ή ακατάλληλα.
2. Πρόληψη επικείμενης βλάβης στον ίδιο τον άρρωστο, όταν όλα τα άλλα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν αναποτελεσματικά ή ακατάλληλα.
3. Πρόληψη σοβαρής διαταραχής στο θεραπευτικό πρόγραμμα και σημαντική καταστροφή στο περιβάλλον.
4. Μέρος καθιερωμένου προγράμματος θεραπείας συμπεριφοράς.
5. Μείωση ερεθισμάτων που δέχεται ο άρρωστος.
6. Μετά από αίτημα του αρρώστου<sup>20</sup>.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η σημασία των κριτηρίων είναι σημαντική και τούτο γιατί κατά την ώρα της απόφασης μπορεί να εκδηλωθεί διάσταση από μέρους του προσωπικού με αρνητικές συνέπειες στη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας.

Ο Green και οι συνεργάτες του<sup>21</sup> αναφέρουν ότι ο διχασμός ανάμεσα στο προσωπικό παρατηρείται πολύ συχνά. Μερικοί από το προσωπικό υποστηρίζουν ότι πρέπει να επιβληθούν περισσότερα περιοριστικά μέτρα και χαρακτηρίζονται ως «άκαμπτοι» και άλλοι ζητούν μεγαλύτερη ανεκτικότητα προς τον άρρωστο και θεωρήθηκαν «αναποφάσιστοι».

Πάντως, για να εφαρμοστούν τα κριτήρια θα πρέπει να υπάρχει σύμφωνη γνώμη του προσωπικού και όπου είναι δυνατόν και του αρρώστου και να έχουν χρησιμοποιηθεί προηγουμένως όλα τα «άλλα μέτρα» που αναφέρονται στα κριτήρια.

Στη βιβλιογραφία συχνά τονίζεται ότι ο περιορισμός με τη μέθοδο της απομόνωσης δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται ως τιμωρία του αρρώστου με την έννοια ανταπόδοσης κάποιας πράξης. Αυτή η φιλοσοφία μπορεί να υιοθετείται από τα σωφρονιστικά καταστήματα όμως, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από τα θεραπευτικά ιδρύματα. Είναι απαράδεκτο να εφαρμόζεται για τη διευκόλυνση του προσωπικού ή των άλλων νοσηλευομένων και για την απρόσκοπτη εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων της κλινικής.

Αντένδειξη επίσης αποτελεί η ανάγκη για στενή παρακολούθηση, η τάση για αυτοκαταστροφή ή εάν ο ασθενής επιθυμεί την απομόνωση, προκειμένου να αποφύγει τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα<sup>22,23</sup>.

### **Απόψεις για την αποτελεσματικότητα της απομόνωσης ως μέσον ελέγχου της συμπεριφοράς**

Μέχρι σήμερα δεν παρέχονται στοιχεία που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της απομόνωσης. Μελέτες που υποστήριζαν ότι η απομόνωση λειτουργεί προστατευτικά δεν κατάφεραν να αποδείξουν ότι δεν:

- α) παρείχαν την αναμενόμενη εντατική φροντίδα
- β) επαναλήφθηκε η επιθετική συμπεριφορά και ότι
- γ) εμφανίστηκαν επιπλοκές<sup>24</sup>

Στην εργασία των Strumpf και Evans<sup>25</sup> σε σχετικό ερώτημα οι άρρωστοι απάντησαν ότι δεν μπόρεσαν να εξηγήσουν το λόγο για τον οποίο απομονώθηκαν, ούτε κατάφεραν να εκτιμήσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα της απομόνωσης.

Ο Roper και οι συνεργάτες του<sup>26</sup> κατά τη διάρκεια ποιοτικού ελέγχου που πραγματοποίησαν σε ένα νοσοκομείο, βρήκαν ότι ο περιορισμός, ως προς τον αριθμό ήταν υψηλότερος την ημέρα από τη νύχτα και ότι η φαρμακοθεραπεία δεν μείωσε το χρόνο παραμονής του αρρώστου στην απομόνωση. Επίσης, οι νοσηλευτές του ίδιου νοσοκομείου ανέλαβαν μελέτη με σκοπό να αναπτύξουν και σταθεροποιήσουν ένα σχέδιο φροντίδας με βελτιωμένη τεκμηρίωση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μείωση του

περιορισμού. Σε άλλο νοσοκομείο αναφέρθηκε ότι σημειώθηκε μεγάλη επιτυχία στη μείωση των καταπιεστικών τεχνικών, χρησιμοποιώντας μάλλον τον άνθρωπο, παρά την απομόνωση και τα μηχανικά μέσα. Στη μονάδα ενηλίκων του ίδιου ιδρύματος, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στη μέση τιμή του χρόνου παραμονής των ασθενών στην απομόνωση<sup>27</sup>.

Οι Σαραντίδης και Τριποδιανάκης<sup>28</sup> σε παρόμοια μελέτη αναφέρουν ότι η συμμόρφωση δεν επηρεάστηκε από τη χρήση της απομόνωσης στο δείγμα που μελέτησαν. Ακόμη οι άρρωστοι που απομονώθηκαν κατανάλωσαν περισσότερο χρόνο του προσωπικού για ηπιότερες μορφές επιτήρησης και αντιμετώπισης της διαταρακτικής συμπεριφοράς. Άλλοι ερευνητές θεώρησαν την απομόνωση, απόδειξη αποτυχίας της έγκαιρης έναρξης της θεραπευτικής παρέμβασης.

Μελέτες που διερεύνησαν την άποψη του νοσηλευτικού προσωπικού των ψυχιατρικών ιδρυμάτων σχετικά με την εφαρμογή της απομόνωσης στους αρρώστους, οι απαντήσεις παρουσίασαν διχογνωμίες.

Ένας μεγάλος αριθμός προσωπικού απάντησε ότι η απομόνωση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της βίαιης συμπεριφοράς και την προστασία των ατόμων.

Στη μελέτη των Cangan και Shopflocher<sup>29</sup>, το προσωπικό απάντησε ότι η απομόνωση είναι απαραίτητη και πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο μετά από επαναλαμβανόμενες βίαιες επιθέσεις.

Ο Plutchik και οι συνεργάτες του<sup>30</sup>, βρήκαν ότι το προσωπικό θεωρούσε την απομόνωση προτιμότερη για την τροποποίηση της συμπεριφοράς και την επαναφορά του συναισθηματικού ελέγχου.

Ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι χρησιμοποιεί την απομόνωση ως το τελευταίο μέσον.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η σύνθεση της στελέχωσης της ψυχιατρικής μονάδας με νοσηλευτικό προσωπικό. Στις εργασίες των Levy's και Hartocollis<sup>31</sup>, Convertino και συν.<sup>32</sup>, έδειξαν ότι η αύξηση της χρήσης της απομόνω-

σης σχετίστηκε σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με την αύξηση της αναλογίας πρακτικών ανδρών. Σε μερικές μελέτες οι διαφορές αφορούσαν τα ωράρια εργασίας, ενώ σε άλλες μελέτες δεν αναφέρονται διαφορές. Οι Mattson και Sacks<sup>33</sup> δηλώνουν ότι η εμπειρία των μελών του προσωπικού μπορούσε να παίξει σημαντικό ρόλο στην χρήση της απομόνωσης.

Οι Braisford και Stevenson<sup>34</sup>, οι οποίοι μελέτησαν τη στάση του προσωπικού στο χειρισμό βίαιης και απρόβλεπτης συμπεριφοράς ψυχιατρικών ασθενών, αναφέρουν ότι η συμπεριφορά του προσωπικού συμβάλλει στην επιδείνωση της βίαιης συμπεριφοράς των ασθενών, ειδικά όταν είναι «υπερεξουσιαστική».

Αντίθετα, ψυχιατρικά ιδρύματα που στελεχώνονται με καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρείται έντονος προβληματισμός, αν η απομόνωση ηρεμεί τον ασθενή ή πυροδοτεί την εκθρότητα.

Σε πρόσφατες σχετικά μελέτες μερικοί νοσηλευτές απάντησαν με βεβαιότητα ότι η απομόνωση ερεθίζει τους ασθενείς περισσότερο. Άλλοι ομολόγησαν ότι ο περιορισμός επισπεύδει την παλινδρομική συμπεριφορά και κάνει τους ασθενείς να αποσύρονται ακόμη πιο πολύ<sup>35</sup>.

Οι Evans και Strumpf<sup>36</sup>, βρήκαν ότι μετά την απελευθέρωσή τους από την απομόνωση, οι ασθενείς παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα άγχους, θυμού, οργής, κατάθλιψης, ένιωσαν ταπεινωμένοι, ενώ κυριαρχούσαν αισθήματα μοναξιάς, εγκατάλειψης και απώλειας της αξιοπρέπειάς τους.

## Ηθικές διαστάσεις του ελέγχου συμπεριφοράς

Η Davis<sup>37</sup> ισχυρίζεται ότι ο έλεγχος της συμπεριφοράς δημιουργεί αναρίθμητα ηθικά διλήμματα, όπως της στέρσης από τον ασθενή του θεμελιώδους δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής. Η ίδια τονίζει ότι βασικό ηθικό πρόβλημα, σχετικό με τον έλεγχο της συμπεριφοράς, είναι το δίλημμα που προκύπτει από το ερώτημα, πώς είναι δυνατόν να διασφαλιστεί η

προσωπική ελευθερία όταν εκλογικεύεται η καταστολή της;

Πιο φιλελεύθερες απόψεις χαρακτηρίζουν τον έλεγχο συμπεριφοράς ως απάνθρωπο, παραβίαση της ατομικής επιλογής και απειλή της προσωπικότητας<sup>38</sup>.

Ο Halleck<sup>39</sup> θεωρεί ότι ο έλεγχος συμπεριφοράς, πολλές φορές σχεδιάζεται κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να ικανοποιεί τις επιθυμίες άλλων και όχι των ασθενών.

Οι Davis και Aroskar<sup>40</sup> συνδέουν τον έλεγχο συμπεριφοράς με την προσωπική ολοκλήρωση του ασθενή και ρωτούν :

- Δεν έχει το άτομο δικαίωμα να είναι αυτό που είναι ανεξάρτητα από την κληρονομικότητα και την περιβαλλοντική του προέλευση;
- Στην περίπτωση που το άτομο είναι επικίνδυνο για τον εαυτό του, έχει το δικαίωμα η κοινωνία να το εμποδίσει;
- Σε ποιά ηθική βάση καθορίζεται το όριο, ώστε να μην καταστρατηγούνται τα ατομικά δικαιώματα από τα κοινωνικά;
- Ποιός αποφασίζει ότι το άτομο είναι επικίνδυνο και επί ποιάς βάσεως γνώσεων;
- Υπάρχουν ηθικά ερείσματα για να απορριφθεί μέρος ή σύνολο δυναμικών τεχνικών ελέγχου συμπεριφοράς, ακόμη και όταν αυτές αποδεικνύονται αποτελεσματικές;
- Πότε και σε ποιά περίπτωση δικαιολογούνται οι πιθανοί κίνδυνοι που προκύπτουν από τέτοιες τεχνικές;
- Πώς και από ποιόν λαμβάνεται η συγκατάθεση;

Και συνεχίζουν με πιο καυτά ερωτήματα όπως:

- Τι είδους συμπεριφορές θα πρέπει να ελεγχθούν;
- Ποιός αποφασίζει για ποιόν;
- Πώς επηρεάζει ο έλεγχος συμπεριφοράς την ελεύθερη επιλογή;

Το 1971 ο Kittrie<sup>41</sup> ανέπτυξε Θεραπευτικό Νομοσχέδιο Ατομικών Δικαιωμάτων. Στα ηθικά θέματα του νομοσχεδίου περιλαμβάνεται και ο έλεγχος της συμπεριφοράς. Θα αναφερθούν μερικές σχετικές βασικές αρχές:

- Κανένας δεν πρέπει να υποβάλλεται σε ανα-



γκαστική θεραπεία, εκτός για την υπεράσπιση της κοινωνίας.

- Το έμφυτο δικαίωμα του ανθρώπου να παραμείνει ελεύθερος από υπερβολικά σχήματα τροποποίησης της συμπεριφοράς πρέπει να παραμείνει απαραβίαστο.
- Δεν πρέπει να γίνεται επίκληση κοινωνικών κυρώσεων, εκτός εάν το άτομο παρουσιάσει σαφή και παρόντα κίνδυνο με αληθινά επικίνδυνη συμπεριφορά, η οποία είναι άμεση, επικείμενη ή έχει ήδη συμβεί.
- Κανένας δεν πρέπει να υποβάλλεται σε ακούσια φυλάκιση ή θεραπεία, επί τη βάση μόνον ενός ευρήματος ή μιας γενικής κατάστασης.

Τα ηθικά διλλήματα που αντανakλώνται στα παραπάνω ερωτήματα δεν έχουν μέχρι σήμερα απαντηθεί. Πρέπει να σημειωθεί ότι αν οι κρίσεις και οι αποφάσεις μας παίρνονται με γνώμονα «ό,τι δεν θέλεις να σου κάνουν, δεν πρέπει εσύ να το κάνεις», τότε θα πέρναμε πιο συνετές και πιο ανθρώπινες αποφάσεις. Άλλωστε, αυτό υπαγορεύεται από τις δύο βασικές ηθικές αρχές «ωφελείειν και μη βλάπτειν» οποιονδήποτε από αυτούς τους ρόλους που εκτελούν οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να επηρεάζουν και να καθορίζουν, σε σημαντικό βαθμό, την πορεία της θεραπείας των ασθενών, αφού τους παρατηρούν και αντιδρούν μαζί τους.

## **Η συμβολή των νοσηλευτών στη διευθέτηση της βίαιης συμπεριφοράς**

Ο ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι σημαντικός, επειδή η νόσος συνδέεται στενά με τα συμπεριφερσιολογικά συμπτώματα των ασθενών.

Ένας αριθμός αμυντικών μηχανισμών μπορεί να εμπλακεί στη θεραπεία της βίαιης συμπεριφοράς και να προκαλέσει κίνδυνο στο θεραπευτή. Για παράδειγμα, η άρνηση της παραδοχής της επικινδυνότητας του ασθενή μπορεί να αποδοθεί σε εμπειρία βίαιης συμπεριφοράς που έχει βιώσει κατά το παρελθόν ο θεραπευτής ή γιατί ο ασθενής είναι ελκυστικός και

παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αντίθετα, σε άλλες περιπτώσεις μπορεί ο ασθενής να θεωρηθεί περισσότερο επικίνδυνος, από ό,τι είναι στην πραγματικότητα, εξαιτίας του αυξημένου άγχους των νοσηλευτών το οποίο προβάλλεται στον ασθενή. Πολλές φορές παρατηρούνται αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις για τον ασθενή, που έχουν τη βάση τους σε διαβλητές προκαταλήψεις.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, όπως και όλοι οι άλλοι λειτουργοί υγείας, έχουν το δικό τους σύστημα αξιών και τις δικές τους στάσεις. Πολλές αποφάσεις που σχετίζονται με τη θεραπεία των ασθενών συζητούνται σε ομαδικές συναντήσεις. Οι νοσηλευτές λόγω της συνεχούς επαφής τους με τους ασθενείς αποτελούν πηγή πληροφοριών και μπορεί να επηρεάσουν τη συζήτηση. Από το περιεχόμενο των πληροφοριών που θα αναφέρουν και τον τρόπο που θα το ανακοινώσουν είναι δυνατόν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις και να αλλάξουν τις δυναμικές της ομάδας<sup>42</sup>.

Ένα άλλο δυνητικό πρόβλημα με ηθικές διαστάσεις, είναι κατά πόσον οι νοσηλευτές παίρνουν στα σοβαρά ό,τι λένε και κάνουν οι ασθενείς, εξαιτίας της ψυχικής τους νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές και με τη δικαιολογία το «καλό» και το «συμφέρον» του ασθενή ασκείται το σύστημα πατρικής προστασίας, το οποίο σχετίζεται με την ελεύθερη βούληση και δράση του ασθενή, παράλληλα, τον οδηγεί προς την εξάρτηση και την παλινδρομική συμπεριφορά<sup>43</sup>.

Η πατρική προστασία ασκείται ευκολότερα στους ψυχιατρικούς ασθενείς, διότι τα συμπεριφερσιολογικά τους προβλήματα δείχνουν ότι επιζητούν βοήθεια, γεγονός, που μπορεί να ερμηνευτεί ότι δίνουν την άδεια στο προσωπικό να αποφασίζει γ' αυτούς.

Η λεκτική παρέμβαση ως προληπτικό μέτρο για τον έλεγχο της συμπεριφοράς είναι ουσιαστικής σημασίας και πρέπει να μελετηθεί σοβαρά. Επιπλέον, για την αποτελεσματική εφαρμογή των θεραπευτικών προγραμμάτων και την πρόληψη της βίας, η στελέχωση των ψυχιατρικών μονάδων με καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και με επαρκή αριθμό, αποτελεί βασική προϋπόθεση.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στον τρόπο παροχής της φροντίδας, ο οποίος δεν πρέπει να είναι υπερεξουσιαστικός, αλλά να διέπεται από κοινωνικούς κανόνες και περιορισμούς και κυρίως από ανθρωπιά. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν και οι πιο ψυχωσικοί σχιζοφρενικοί ασθενείς να απαντήσουν στην ήρεμη και μη προκλητική διαπροσωπική επαφή με έκφραση ενδιαφέροντος για τη φροντίδα<sup>44</sup>.

---

**PRIAMI M, PLATI Ch. «Behavior control of the violent patients: ethical considerations».** *The paper deals with the violent behavior of a number of mental patients, the possible causes that produced it, and the methods were used to control the violent behavior. The seclusion as a method of controlling a violent behavior, its effectiveness, as well as the ethical dilemmas arising from its use are discussed. The nurses' contribution to management of the violent patient is also mentioned. Nosileftiki 3: 272-280, 1997.*

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wrower H. «The Alternatives to Restraints» J. Gerontol Nurs 1991, 17:19-22
2. Scherer YK, Janelli LM, Kanski GW, Neary AM and Morth NE. «The Nursing Dilemma of Restraints». J. Gerontol Nurs 1991, 17:14-17.
3. Mark VH, Ervin FR. Violence and the Brain. New York, Harper and Row, 1970.
4. Hermann BP, Whitman S. «Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique and conceptual model». Psychol Bull 1984, 95: 451-497.
5. Monroe RP. «Episodic behavioral disorders and limbic ictus». Compr Psychiatry 1985, 26:466-479.
6. Schiari RC, Theilgaard A, Owen DR. «Sex chromosome abnormalities, hormones and aggressivity». Arch Gen Psychiatry 1984, 41:93-99.
7. Bohman M, Cloninger R, Sigvardsson S. «Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees». Arch Gen Psychiatry 1982, 39: 1233-1241.
8. Rada RT, Kellner R, Stivastava C. «Plasma androgens in violent and nonviolent sex offenders». J. American Academy of Psychiatry and Law 1983, 11:149-158.
9. Virkkunen M. «Reactive hypoglycemia tendency among habitually violent offenders: a further study by means of the glucose tolerance test». Neuropsychobiology 1982, 8:35-40.
10. Brown GL, Evert MH, Goyer RF. «Aggression, suicide and serotonin: relationship to CSF amine metabolites». Am J Psychiatry 1982, 139:741-746.
11. Lidberg L, Turck JR, Asberg M. «Homicide, suicide and CSF 5-HIAA». Acta Psychiatr Scand 1985, 71:230-236.
12. Linkowski P. «Editorial: suicide and biochemistry». Biol Psychiatry 1985, 20:123-124.
13. Krakowski M, Volarka J, Brizer D. «Psychopathology and violence: a review of the literature». Compr Psychiatry 1986, 27:131-148.
14. Tardiff K, Gross EM, Messner SF. «A study of homicides in Manhattan 1981». Am J Public Health 1986, 76:139-143.
15. Kempe CH, Helfer R(eds). The Battered Child. Syndrome (3rd ed) Chicago, University of Chicago Press, 1980.
16. Messner S, Tardiff K. «The social ecology of urban homicide, an application of the routine activities approach». Criminology 1985, 23: 241-247.
17. Bell PA, Baron RA. «Ambient temperature and human violence». In: Multidisciplinary Approaches to Aggression Research. Brain F and Benton D (eds). Amsterdam, Elsevier/North Holland. Biomedical Press, 1981.
18. Cangas J. «Nursing staff and unit characteristics: Do they affect the use of seclusion?» Perspectives in Psychiatric Care 1993, 29:15-22.
19. Steel R. «Staff attitudes toward seclusion and restraint: anything new?» Perspectives in Psychiatric Care 1993, 29:23-28.
20. Tardiff JK. «Violence». In: The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. Talbot AJ, Hales ER, Yudofsky CS (eds). Washington DC: American Psychiatric Press, 1988, pp 1037-1057.
21. Green AS, Goldberg LR, Goldstein MD, Leibenluft E. «Limit setting with inpatients». In:

- Limit Setting in Clinical Practice. Washington DC: American Psychiatric Press, 1988, pp 69-103.
22. Michalon M, Richman A: Factors affecting length of stay in a psychiatric intensive care unit». *Gen Hosp Psych* 1990, 12:303-308.
  23. Parker J. «Chemical restraints and children: autonomy or veracity?» *Perspectives in Psychiatric Care* 1995, 31:25-29.
  24. Gutheil T.«Observations of the theoretical basis for seclusion of the psychiatric inpatients». *Am J Psychiatry* 1978, 135: 325-328.
  25. Strumpf NE, Evans LK, «Physical restraints of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses». *Nurs Res* 1988, 37:132-137.
  26. Roper J, Coutts A, Sather J, Taylor R. «Restraints and seclusion: a standard and standard care plan». *Journal of Psychosocial Nurse Services* 1985, 6:18-23.
  27. Soloff P, Gutheil T, Wexler D. «Seclusion and restraints in 1985: a review and update». *Hospital and Community Psychiatry* 1985, 36:625-657.
  28. Σαραντίδης Δ, Τριποδιανάκης Ι, «Χρήση απομόνωσης σε μονάδα βραχείας νοσηλείας». *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1993, 53:53-58.
  29. Cangas J, Shopflocher D. «The practice of seclusion and factors affecting its use» In Chi-Hui (Kao) Lo (ed). *Proceedings of the Sigma Theta Tau International Research Congress*. Taipei, Taiwan, Sigma Theta Tau. *Advances in International Nursing Scholarship*, 1989, p.83.
  30. Plutchik R, Karasu T, Conte H, Siegel B, Jerrett J. «Towards a rationale for the seclusion process». *Journal of Nervous and Mental Disease* 1978, 166:571-579.
  31. Levy P, Hartocollis P. «Nursing aides and patient violence». *American Journal of Psychiatry* 1976, 133:429-431.
  32. Convertino K, Pinto R, Fiester A. «Use of inpatient seclusion at a community mental health center». *Hospital and Community Psychiatry* 1980, 31:848-850.
  33. Mattson M, Sacks M. «Seclusion: uses and complications». *American Journal of Psychiatry* 1978, 135:1210-1213.
  34. Braisford D, Stevenson J. «Factors related to violent and unpredictable behavior in psychiatric hospitals». *Nursing Times* 1993, 69:9-11.
  35. Fisher W. «Restraint and seclusion: a review of the literature». *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1584-1591.
  36. Evans LK, Strumpf NE. «Tying down the elderly: a review of the literature on physical restraint». *J Am Geriatr Soc* 1989, 37:65-74.
  37. Davis A. «The ethics of behavior control: the nurse as double agent». *Issues in Mental Health Nursing* 1978, 1:2-16.
  38. Garritson S, Davis A. «Least restrictive alternatives in psychosocial nursing». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 1983, 21:17-23.
  39. Halleck S. «Legal and ethical aspects of behavior control». In: *Biomedical Ethics*, T. Mappes and J. Zembaty (eds). New York, McGraw Hill, 1986.
  40. Davis A, Aroskar M. *Ethical Dilemmas and Nursing Practice*, 3rd ed. USA:Ap and Lange, 1991, pp. 167-185.
  41. Kittrie NN. *The Right to be Different*. Baltimore:Johns Hopkins University Press, 1971, pp. 60-70.
  42. Lanza M. «Factor relevant to patient assault». *Issues in Mental Health Nursing* 1988, 9:239-257.
  43. Garritson S.«Degrees of restrictiveness in psychosocial nursing». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1983, 12:33-38.
  44. Πλατή Χ. «Ο φυσικός περιορισμός του αρρώστου νοσηλευτικό δίλημμα». *Νοσηλευτική* 1994, 33:435-39.