

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ (ΕΛΜΕΠΙΑ)

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

***«Εμπειρίες και απόψεις επαγγελματιών για το θέμα της
ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων ».***

Σπουδαστής :Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης, Α.Μ. yk20019

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μιχελή Αικατερίνη

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

Ηράκλειο Κρήτης, Σεπτέμβριος 2023

Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

<https://sw.hmu.gr>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Κουτσομπόρη Παντελεήμων Χρυσοβαλάντη, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Μιχελής Αικατερίνης και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Ο υπογράφων φοιτητής του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης

δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«Εμπειρίες και απόψεις επαγγελματιών για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων »

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης

Ονοματεπώνυμο

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία είναι ένα αποτέλεσμα από την επικοινωνία με πολλούς, οι οποίοι μου προσέφεραν την όρεξη, την διάθεση και την δύναμη να κυνηγήσω τα όνειρα μου. Πρώτα, λοιπόν, θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω εγκάρδια τηεπιβλέπουσα καθηγήτρια μου, η οποία ήταν πάντα στο πλευρό μου, την κα. Μιχελή Αικατερίνη, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση στην διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους/ τις φίλους/φίλες μου, οι οποίοι υπήρξαν στο πλευρό, να μου προσφέρουν την ενθάρρυνση να συνεχίσω να ονειρεύομαι και να φιλοδοξώ.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στους επαγγελματίες υγείας του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Αχιλλοπουλείου Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, οι οποίοι συνέβαλαν στην έρευνα αυτή με προθυμία και όρεξη και με εμπιστεύτηκαν με τις πολύτιμες πληροφορίες τους.

Περίληψη

(Εισαγωγή) Η ακούσια νοσηλεία ανηλίκων αποτελεί ένα ζήτημα βιοηθικής στην παιδοψυχιατρική. Η εισαγωγή ανηλίκων καθίσταται έκτακτο μέτρο, όταν η συμπτωματολογία το καθιστά επικίνδυνο είτε για τον ίδιο είτε για το οικογενειακό περιβάλλον του. Οι επαγγελματίες που εργάζονται στην παιδοψυχιατρική αντιμετωπίζουν περιστατικά, παρεμβαίνοντας στον ασθενή και στο οικογενειακό σύστημα, οδηγώντας τους σε σύγκρουση των προσωπικών αξιών με την επαγγελματική ηθική.

Μεθοδολογία) Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με Ποιοτική Μεθοδολογία, καθώς διερευνήθηκαν οι εμπειρίες και οι απόψεις των επαγγελματιών μέσα από την ερμηνεία και την οπτική τους. Παράμετρος στην επιλογή δείγματος αποτέλεσε: η εμπειρία με ακούσια περιστατικά ανηλίκων και ο τίτλος επαγγελματία υγείας. Διενεργήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με σκοπό την συλλογή δεδομένων και, έπειτα, την ανάλυση τους με την μέθοδο της Θεματικής Ανάλυσης.

(Αποτελέσματα) Οι επαγγελματίες που εργάζονται με ακούσια περιστατικά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εργασία με τον ανήλικο και με την οικογένεια του. Η διάγνωση και η φαρμακευτική αγωγή αποτελούν διλήμματα που χρήζουν επίλυσης ομαδικά και ατομικά, επικαλώντας την εμπειρία, την γνώση και τις διεπιστημονικές συναντήσεις και τις εποπτείες. Η υποστελέχωση και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν την εργασία τους με τα περιστατικά και την προσωπική τους ζωή.

(Συμπεράσματα) Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί έκτακτο μέτρο για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η οικογένεια και ο ασθενής διανύουν μια κατάσταση πένθους, αντίστασης, άρνησης, τις οποίες πρέπει να διαχειριστεί η διεπιστημονική ομάδα, ταυτόχρονα με την συμπτωματολογία. Η φύση των παιδοψυχιατρικών τμημάτων αξιοποιούν την συνεργασία στην παρέμβαση και στην επίλυση δύσκολων αποφάσεων.

Λέξεις κλειδιά: ακούσια νοσηλεία, παιδοψυχιατρική, διλήμματα

Abstract

(Introduction) In the field of child psychiatry, the involuntary hospitalization of minors presents a significant bioethical concern. The admission of minors becomes an emergency measure when their symptoms pose a risk, either to themselves or to their family environment. Professionals working in child psychiatry often encounter cases that necessitate intervention with both the patient and the family, leading to conflicts between their personal values and professional ethics.

(Methodology) This research was conducted using a Qualitative Methodology to investigate the experiences and viewpoints of professionals through their interpretations and perspectives. The selection criteria for the sample included experience with involuntary cases involving minors and professional healthcare qualifications. Semi-structured interviews were conducted to collect data, which were later analyzed using Thematic Analysis.

(Results) Professionals dealing with involuntary cases of minors face difficulties in their work with both the minor and their family. Diagnosis and pharmacological treatment constitute dilemmas that require resolution, either collectively or individually, drawing upon their experience, knowledge, interdisciplinary meetings, and supervision. Understaffing and professional burnout affect their work with these cases and their personal lives.

(Conclusions) Involuntary hospitalization serves as an extraordinary measure for addressing illness in minors. Families and patients undergo a period of grief, resistance, and denial, which the interdisciplinary team must manage alongside the presenting symptoms. The nature of child psychiatry departments emphasizes the importance of collaboration in intervention and resolving complex decisions.

Key words: involuntary hospitalization, child psychiatry, dilemmas

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	10
<i>Κεφάλαιο 1^ο-Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....</i>	14
Υποενότητα 1.1 ^η) Παιδικά Δικαιώματα.....	14
Υποενότητα 1.2 ^η) Εφηβεία.....	15
Υποενότητα 1.3 ^η) Υγεία και Ψυχική Υγεία.....	16
Υποενότητα 1.4 ^η) Ψυχοπαθολογία-Ψυχική Διαταραχή.....	17
Υποενότητα 1.5 ^η) Αντιμετώπιση Ψυχοπαθολογίας σε ανηλίκους.....	18
Υποενότητα 1.6 ^η) Εκούσια και Ακούσια Νοσηλεία.....	19
<i>Κεφάλαιο 2^ο- Τυπική και Άτυπη Ανάπτυξη</i>	21
Υποενότητα 2.1 ^η) Θεωρίες Τυπικής Ανάπτυξη.....	21
Υποενότητα 2,2 ^η) Άτυπη Ανάπτυξη.....	24
Υποενότητα 2.3 ^η) Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία.....	24
Υποενότητα 2.3.1 ^η) ΔΕΠ/Υ.....	25
Υποενότητα 2.3.2 ^η) Διαταραχές Συμπεριφοράς.....	25
Υποενότητα 2.3.3 ^η) Διαταραχές συναισθήματος.....	26
Υποενότητα 2.3.4 ^η) Αγχώδεις Διαταραχές.....	28
Υποενότητα 2.3.5 ^η) Νοητική Υστέρηση.....	30
Υποενότητα 2.3.6 ^η) Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος.....	31
Υποενότητα 2.3.7 ^η) Ψυχωσικές Διαταραχές.....	32
Υποενότητα 2.3.8 ^η) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Σχετιζόμενες με Υγεία.....	32

Υποενότητα 2.3.9 ^η) Δυσφορία Φύλου.....	33
Υποενότητα 2.3.10 ^η) Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες.....	34
Υποενότητα 2,4 ^η) Αυτοκτονικότητα.....	35
Κεφάλαιο 3^ο) Θεσμός Ακούσιας Νοσηλείας.....	36
Υποενότητα 3.1 ^η) Θεσμός της Ακούσιας Νοσηλείας σε Εθνικό Επίπεδο.....	36
Υποενότητα 3.2 ^η) Θεσμός της Ακούσιας Νοσηλείας σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο.....	38
Κεφάλαιο 4^ο) Παρέμβαση Κοινωνικής Εργασίας στην Ακούσια Νοσηλεία.....	39
Υποενότητα 4.1 ^η) Παρέμβαση σε κρίση.....	39
Κεφάλαιο 5^ο) Γενικά Θέματα Βιοηθικής στην Ψυχιατρική.....	43
Υποενότητα 5.1 ^η) Ηθικά και Βιοηθικά Διλήμματα σχετικά με την ακούσια νοσηλεία.....	43
Υποενότητα 5.2 ^η) Βιοηθικά Διλήμματα και Ψυχιατρική Βιοηθική.....	44
Υποενότητα 5.3 ^η) Ηθική φιλοσοφία και Ψυχιατρική.....	45
Κεφάλαιο 6^ο) Ειδικά Θέματα Βιοηθικής στην Παιδοψυχιατρική Δεοντολογία.....	47
Β' Μέρος- Έρευνα.....	52
Κεφάλαιο 7^ο) Μεθοδολογία.....	52
Υποενότητα 7.1 ^η) Σκοπός Μελέτης.....	52
Υποενότητα 7.2 ^η) Μέθοδος.....	53
Υποενότητα 7.3 ^η) Μέσο/ Εργαλείο Έρευνας.....	54
Υποενότητα 7.4 ^η) Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων.....	56
Υποενότητα 7.5 ^η) Δειγματοληψία.....	56
Υποενότητα 7.5.1 ^η) Επιλογή Δείγματος.....	57
Υποενότητα 7.6 ^η) Τήρηση Απορρήτου και Ηθικά διλήμματα.....	58
Υποενότητα 7.7 ^η) Δυσκολίες και Ενέργειες για Άρση Δυσκολιών.....	59
Κεφάλαιο 8^ο) Αποτελέσματα.....	61

<i>Κεφάλαιο 9ο) Συζήτηση.....</i>	<i>73</i>
<i>Κεφάλαιο 10ο) Συμπεράσματα.....</i>	<i>76</i>
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	<i>77</i>
<i>Παράρτημα 1ο).....</i>	<i>92</i>
<i>Παράρτημα 2ο).....</i>	<i>98</i>

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «μια πολυδιάστατη κατάσταση, πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας» (ΠΟΥ, 2000). Οι ψυχικές νόσοι και διαταραχές αποτελούν συμπεριφορές ή πνευματικές καταστάσεις, οι οποίες έχουν σαν αντίκτυπο τον περιορισμό της λειτουργικότητας και της προσαρμοστικής ικανότητας των πασχόντων από αυτές (Ηγουμενίδης, 2020). Η έκπτωση των δυνατοτήτων του ατόμου οδηγεί στην υιοθέτηση προληπτικών μέτρων με τη μορφή του εγκλεισμού με σκοπό την προστασία του ασθενούς, αλλά και των ατόμων, τα οποία τον περιβάλλουν, από επιβλαβείς ενέργειες. (Λειβαδίτης & Σακελλαρόπουλος, 1989)

Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αποτελεί ένα φλέγον θέμα στον τομέα της ψυχικής υγείας, καθώς εγείρει μια πληθώρα ηθικών προβληματισμών και διλημάτων. Πρόκειται, αφενός, για μια πράξη, η οποία διαφοροποιεί την Ψυχιατρική (και σε αυτήν την περίπτωση την «Επείγουσα Ψυχιατρική») από την Ιατρική και, αφετέρου, για μία απόφαση, για την οποία καθοριστικοί παράγοντες, πέρα από την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενούς, είναι ο προσωπικός ηθικός κώδικας του επαγγελματία, ο δεοντολογικός κώδικας της διεπιστημονικής ομάδας, αλλά και το θεσμικό πλαίσιο της εκάστοτε πολιτείας. (Πολίτης et al., 2003)

Κατά την ακούσια ψυχιατρική φροντίδα, περιορίζεται η ανεξαρτησία και αυτονομία του ασθενούς, με αποτέλεσμα η επαγγελματική ομάδα να δρα με τρόπο πατερναλιστικό και αυταρχικό. Κεντρικός γνώμονας της παρέμβασης αποτελεί το συμφέρον τόσο του ατόμου όσο της ευρύτερης κοινότητας (π.χ. οικογένεια του ασθενούς) και ,κατ' επέκταση, κοινωνίας. Άλλωστε, ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας δύναται να χαρακτηριστεί και ως κατάσταση κρίσης για το άτομο και τους οικείους του θέτοντας την ανάγκη του ειδικού για συνεργασία διαπροσωπική και στα πλαίσια της οικογενειακής ομάδας. (Μαρτινάκη et al, 2019)

Η ενότητα της ακούσιας εισαγωγής ανηλίκων σε ψυχιατρικό ίδρυμα θεωρείται ένα κεντρικό ζήτημα, το οποίο διαφέρει σε κάθε Ευρωπαϊκή χώρα , αλλά και σε ομοσπονδιακό επίπεδο. (Jendreyshak et al.,2014) Η νοσηλεία παιδιών και εφήβων απασχολεί ιδιαίτερα τον τομέα της βιοηθικής, λόγω του αναπτυξιακού επιπέδου της ηλικίας τους συγκριτικά με τους ενήλικες, αποκλείοντας τα από τη συμμετοχή στην

λήψη βασικών αποφάσεων που τα αφορούν. (Walker et al.,2021) Συνεπώς, ο αποκλεισμός, τον οποίο βιώνουν οι ανήλικοι ασθενείς, τόσο από τους κηδεμόνες όσο και από τους επαγγελματίες, δημιουργεί εμπόδια και δυσκολίες στο οικογενειακό περιβάλλον και στην θεραπευτική σχέση. (Kaltiala, 2009)

Η παρούσα εργασία πρόκειται για μια προσπάθεια να προσεγγίσει τα βιώματα από την εργασία με ακούσια περιστατικά ανηλίκων, καθώς και τα διλήμματα και τα ζητήματα δεοντολογίας των επαγγελματιών, οι οποίοι εργάζονται στις παιδοψυχιατρικές πτέρυγες γενικών νοσοκομείων ή υπηρεσιών, οι οποίες εξυπηρετούν ζητήματα ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων.

Στο πρώτο μέρος τη εργασίας γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστεί θεωρητικά ο πληθυσμός στόχος της μελέτης, με σκοπό να αντληθούν στοιχεία και πληροφορίες. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται αναλυτικά οι όροι της ανηλικότητας και της εφηβείας, καθώς και η κατοχύρωση των βασικών δικαιωμάτων τους, όπως επίσης οι όροι της υγείας, της ψυχικής υγείας, της ψυχοπαθολογίας. Έπειτα, παρουσιάζονται οι τρόποι, σύμφωνα με τους οποίους αντιμετωπίζεται η ψυχοπαθολογία και η διαταραχή των ανηλίκων, αλλά και η αναγκαιότητα της ακούσιας νοσηλείας για την καταπολέμηση της ψυχικής ασθένειας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η τυπική ανάπτυξη του παιδιού και οι βασικές θεωρίες ανάπτυξης (Βιολογική Θεωρία, Ψυχαναλυτική Θεωρία, Γνωστική Αναπτυξιακή Θεωρία, Κοινωνικο-πολιτισμική Θεωρία και Θεωρία Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης). Μέσα από αυτές τις θεωρίες υπογραμμίζεται η φυσιολογική εξέλιξη του παιδιού, αλλά και τίθεται το ζήτημα της ύπαρξης της άτυπης. Συνεπώς, στις επόμενες υποενότητες γίνεται αναφορά στην άτυπη ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου, αλλά και στην ψυχοπαθολογία και στις διαταραχές, τις οποίες δύναται να εκδηλώσει μέχρι και την μετεφηβεία του και να τον θέσουν σε άμεσο κίνδυνο (αυτοκαταστροφικότητα).

Έπειτα στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο νομικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο διενεργείται η ακούσια νοσηλεία, γίνεται μια εκτενής περιγραφή της διαδικασίας, αλλά και παρατηρούνται τα κενά, τα οποία υπάρχουν στην νοσηλεία σε ανήλικους ασθενείς. Στην συνέχεια, σημειώνονται οι διαφορές και οι ομοιότητες στον θεσμό της ακούσιας νοσηλείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Συνεχίζοντας στο τέταρτο κεφάλαιο, τονίζεται η ακούσια νοσηλεία ως κομμάτι της επείγουσας ψυχιατρικής και την σημαντικότητα της άμεσης εισαγωγής του ψυχικά ασθενούς σε ψυχιατρικό κατάστημα. Γίνεται μια παρουσίαση της παρέμβασης σε κρίση, της ιστορικής αναδρομής της προσέγγισης αυτής, όπως, επίσης και των βημάτων παρέμβασης. Η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει σε καταστάσεις ακούσιας νοσηλείας και δύναται να επιτελέσει έναν βασικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της κρίσης, την οποία προκάλεσε η ψυχική νόσος τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια του.

Το πέμπτο κεφάλαιο, καθώς και έκτο κεφάλαιο, πραγματεύονται γενικά θέματα ηθικής και δεοντολογίας, της θεμελίωσης της ιατρικής ηθικής- βιοηθικής μέσα από Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Συνθήκες, αλλά και τον τρόπο εφαρμογής της ψυχιατρικής ηθικής, όταν πρόκειται ο επαγγελματίας υγείας να πάρει ηθικές αποφάσεις σε διλήμματα. Έτσι, λοιπόν, μέσα από την εκτεταμένη αναφορά στα ηθική φιλοσοφία, τα διλήμματα και την εφαρμογή της ηθικής στην ψυχιατρική επιστήμη, στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται τα δεοντολογικά ζητήματα στην παιδοψυχιατρική.

Το δεύτερο μέρος της εργασία αποτελείται από την έρευνα. Κύριος στόχος της έρευνας ήταν να ερευνηθεί η εμπειρία και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλίκων. Έγινε μια προσπάθεια να αναγνωριστούν οι εμπειρίες δυσκολίες του προσωπικού στα παιδοψυχιατρικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων στην εργασία τους με ακούσια περιστατικά παιδιών και εφήβων, αλλά κι τα ηθικά διλήμματα, τα οποία έχουν προκύψει στην διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων. Οι αποφάσεις αυτές αφορούσαν την νοσηλεία του ανηλίκου και την συνεργασία με τον ανήλικο, την οικογένεια του και την κοινότητα από την οποία προέρχεται. Άλλο θέμα το οποίο διερεύνησε η εργασία ήταν οι τρόποι που βρίσκουν λύσεις στις αποφάσεις αυτές. Τέλος, επιδιώχθηκε να προβληθεί το πως έχουν επιδράσει οι κοινωνικό-οικονομικές συγκυρίες στην εργασία τους με τα ανήλικα ακούσια περιστατικά, καθώς και τις νέες ανάγκες, οι οποίες χρήζουν κάλυψης.

Για τον λόγο αυτό επιλέχθηκε η Ποιοτική έρευνα, καθώς στοχεύει στην διερεύνηση των φαινομένων, τα οποία υπάρχουν στα πλαίσια του κοινωνικού περιβάλλοντος και αφορούν τους τρόπους με τους οποίους ερμηνεύουν τα

άτομα, οι ομάδες και οι κοινότητες την κοινωνική πραγματικότητα (Teherani et al, 2015). Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους επαγγελματίες υγείας με γνώμονα να αναφερθούν οι ίδιοι στην εμπειρία τους, στις δυσκολίες τους και στα διλήμματα, με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι έως τώρα. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του 2023. Το δείγμα επιλέχθηκε με βάση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών (την εμπειρία με ακούσια νοσηλεία και η κατοχή τίτλου εργασίας στον πεδίο της υγείας). Έπειτα, τα δεδομένα, τα οποία συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με την Θεματική Ανάλυση. Οι πληροφορίες κατηγοριοποιήθηκαν σε θεματικές ενότητες με σημαντικά ευρήματα για τα περιστατικά και την διαχείριση τους, τις δυσκολίες στην συνεργασία, αλλά και τα διλήμματα και τους τρόπους, τα οποία τα αντιμετώπισαν.

Α' Μέρος: Θεωρία

Κεφάλαιο 1^ο) Εννοιολογικές οριοθετήσεις

Υποενότητα 1.1^η) Δικαιώματα Παιδιών

Η θεσμοθέτηση της παιδικής ηλικίας και των δικαιωμάτων του παιδιού αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα κεφάλαια στην ιστορία του ανθρώπου. Η έννοια της ανηλικότητας ήταν παρούσα από το παρελθόν, αλλά η γενικότερη αντίληψη και κίνηση για προστασία και θέσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού παρατηρήθηκε οργανωμένα κατά τον 19^ο αιώνα.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, παιδί ορίζεται «οποιοσδήποτε άνθρωπος, οποίος δεν ξεπερνά τα δεκαοχτώ έτη». Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και τις σκληρές επιπτώσεις σε ολόκληρο το φάσμα της ζωής του ανθρώπου, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών (το 1959) υιοθέτησε την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού με σκοπό να εξασφαλίσει :την αξιοπρέπειά του στους βασικούς τομείς της ζωής του δηλαδή την προστασία, την εκπαίδευση, την υγεία του, την ανάγκη για στέγη και καλή διατροφή. Τα δικαιώματα του παιδιού κατοχυρώθηκαν νομικώς το 1989 με την Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, μετατρέποντας τα από παθητικούς αποδέκτες φιλανθρωπίας σε ανθρώπινα όντα με ξεχωριστά δικαιώματα (Daiute, 2008). Κύρια σημεία της Συνέλευσης αποτέλεσαν η προαγωγή του μέγιστου συμφέροντος του παιδιού και το δικαίωμα να εκφράζει ελεύθερα την γνώμη και τις απόψεις του (Convention of Childrens' Rights, 1989). Συνεπώς, μέσα από την θεσμοθέτηση ενός συνόλου άρθρων απευθυνόμενων στο παιδί, κατοχυρώνουν την αξιοπρέπεια του, καθώς και την ευημερία του μέσα στα πλαίσια της οικογενείας, αλλά και του κράτους.

Ωστόσο, όμως, παρά την υποστήριξη διεθνών συνθηκών, οι οποίες ρυθμίζουν την προστασία του παιδιού, παρατηρούνται συμπεριφορές, σε διάφορα μέρη του κόσμου, οι οποίες δύναται να χαρακτηριστούν επιβλαβείς. Κατά τον 21^ο αιώνα γίνονται αντιληπτές πράξεις κακομεταχείρισης, εκμετάλλευσης, βίας και καταπάτησης των δικαιωμάτων τους (Bhabha, 2016). Η κακοποίηση, κακομεταχείριση και βία ενάντια σε ανήλικο άτομο ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2022) ως η σωματική και ψυχολογική βία, ο σεξουαλική

κακοποίηση, η παραμέληση αλλά και η αμέλεια και κάθε είδους εμπορική εκμετάλλευση, η οποία έχει ως σκοπό και συνέπεια την βλάβη της υγείας, της επιβίωσης, της ανάπτυξης και της αξιοπρέπειας του ατόμου ηλικίας μικρότερης των 18 ετών.

Έτσι, λοιπόν, παρά την ύπαρξη διεθνών συμφωνιών, οι οποίες θέτουν το παιδί στο επίκεντρο των πολιτικών προστασίας/ πρόνοιας και μέριμνας, παρατηρούνται συμπεριφορές, οι οποίες παραβιάζουν αυτές τις συνθήκες και θέτουν το παιδί σε άμεσο κίνδυνο. Δύναται να υπογραμμιστεί η αναγκαιότητα για εκσυγχρονισμό των πολιτικών αυτών, ώστε να έχουν χαρακτήρα προληπτικό και να εντοπίζουν τις επιβλαβείς πράξεις (διαδίκτυο) (Hammarberg, 1990).

Υποενότητα 1.2^η) Εφηβεία

Κατά τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών η εφηβεία ορίζεται «η ηλικία του ατόμου μεταξύ των 15 ετών με 24 ετών». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, από την άλλη πλευρά, ορίζει την εφηβεία ως «μια ηλικιακή περίοδος μεταξύ των 10 ετών και 19 ετών και υπογραμμίζει την σημαντικότητα της αναφέροντας την μοναδικότητα της ανθρώπινης ανάπτυξης, καθώς τίθενται η βάσεις για μια καλή υγεία. Παρατηρείται ότι η εφηβεία δεν έχει κάποιον συγκεκριμένο ορισμό, ο οποίος να είναι κοινός σε όλα τα συστήματα υγείας και πρόνοιας, αλλά μια ποικιλία ορισμών, βασιζόμενων σε κοινωνικό-πολιτισμικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Η εφηβεία ορίζεται από βιολογικούς παράγοντες (τριχοφυΐα, αύξηση ύψους και βάρους, μεταφώνηση), ψυχολογικούς (διαμόρφωση ταυτότητας, ταύτιση με τους συνομηλικούς, διαμόρφωση σεξουαλικής ταυτότητας) και κοινωνικούς (οικονομική ανεξαρτητοποίηση, εύρεση εργασίας, εύρεση συντρόφου κ.α.) (Nugent, 2005, Gough, 2016) . Η εφηβεία διαφέρει από κουλτούρα σε κουλτούρα και από χώρα σε χώρα. Πρόκειται για μια περίοδο του ατόμου, κατά την οποία παρατηρούνται έντονη και απότομη σωματική, γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, η οποία επηρεάζει την σκέψη, τα συναισθήματα, την λήψη αποφάσεων και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομο, τα οποία διανύουν την περίοδο αυτή, επικοινωνούν με τον κόσμο που τους περιτριγυρίζει.» Συνεπώς, δύναται να γίνει αντιληπτό ότι οι έφηβοι έχουν διαφορετικές ανάγκες, οι οποίες καλύπτονται στα πλαίσια της οικογενείας (έκφραση, υποστήριξη), του σχολείου (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, κατάλληλο περιβάλλον και

ερεθίσματα), της παρέας (ταύτισης, αποδοχής, επικοινωνίας), διαμορφώνοντας μέσα από την συνδιαλλαγή την ταυτότητα τους (Roth & Brooks-Gunn, 2000).

Υποενότητα 1.3^η) Υγεία και Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946), υγεία ορίζεται ως « η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο παραπάνω ορισμός αποτέλεσε μία πρώτη προσπάθεια με στόχο την περιγραφή μίας ιδανικής κατάστασης (Callahan, 1973). Η υγεία αποτελεί δικαίωμα κάθε ανθρώπου και πρέπει να απολαμβάνεται στο μέγιστο βαθμό άνευ όρων (θρησκευίας, πεποιθήσεων, οικονομική ή και κοινωνική κατάσταση) και αποτελεί υποχρέωση κάθε κράτους να προάγουν και να προστατεύουν την υγεία ως αδιαμφισβήτητο δικαίωμα των πολιτών. Συνεπώς η υγεία αποτελεί έναν δείκτη, βάσει του οποίου το άτομο δύναται να σχεδιάσει το μέλλον του και να έχει επίγνωση των δυναμικών του, αλλά επίσης μέσα από αυτήν γίνεται κατανοητή η σχέση της κοινωνίας με την νόσο, είτε σωματική είτε ψυχική, και το στίγμα, το οποίο την ακολουθεί (Bircher, 2005, Huber et al.,2011, Scambler, 2009).

Ψυχική υγεία είναι «η κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο έχει την ικανότητα να συνειδητοποιήσει τις ικανότητες του, μπορεί να αντιμετωπίσει φυσιολογικά τις πιέσεις τις καθημερινότητας και να εργάζεται με παραγωγικό τρόπο προσφέροντας έργο στην κοινωνία, την οποία ζει (Π.Ο.Υ., 2022). Η ψυχική υγεία σύμφωνα με το παραπάνω, ο Keyes (2014) ορισμό αναγνωρίζει τρία συστατικά στοιχεία: την συναισθηματική ευημερία, την ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική ευημερία. Στην συναισθηματική ευημερία ανήκουν τα συναισθήματα χαράς, ενδιαφέροντος για ζωή και ικανοποίησης, στην ψυχολογική το αίσθημα τις καλοσύνης στους άλλους και της υπευθυνότητας στις υποχρεώσεις, ενώ η κοινωνική ευημερία αναφέρεται στα συναισθήματα ενότητας και συνεκτικότητας με το κοινωνικό σύνολο, αλλά και της προσφοράς στην κοινωνία (Keyes, 2014). Η Jahoda (1958) συνέβαλε με την ανάδειξη μια διαφορετικής προσέγγισης του ορισμού της ψυχικής υγείας. Διαίρεσε την ψυχική υγεία σε τρία μέρη: την αυτοπραγμάτωση, το αίσθημα κυριαρχίας στο περιβάλλον και το αίσθημα της αυτονομίας (Jahoda, 1958).

Οι υγεία και η ψυχική υγεία του παιδιού και εφήβου μπορούν να επηρεαστούν από συγκεκριμένου βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία του παιδιού ,αποτελούν το φύλο, η φυλή

και η ηλικία. Άλλη παράγοντες δύναται να είναι η κληρονομικότητα (η προδιάθεση να εμφανίσει μια νόσο, λόγω εμφάνισης σε συγγενικό πρόσωπο), οι νευροδιαβιβαστές (οι χημικές ουσίες στον εγκέφαλο, οι οποίες επηρεάζουν την διάθεση και το συναίσθημα, όπως είναι η σερετονίνη, η ντοπαμίνη κ.α.) και το επίπεδο ορμονών (Neel, 1997, Dfarhud et al, 2014). Οι κοινωνικοί παράγοντες, αναφέρονται στην επικοινωνία ,στις σχέσεις των παιδιών και των εφήβων με το περιβάλλον τους, στις εκάστοτε συνθήκες και τα φαινόμενα, τα οποία επηρεάζουν την κοινωνία στο σύνολο της. Η επικοινωνία και η σχέση με τους γονείς διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο για την ομαλή του ανάπτυξη του παιδιού και την εξέλιξη του (Halpern & Figueiras, 2004). Οι οικονομικές κρίση, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, η φτώχεια, η προσφυγιά αποτελούν μερικούς από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο το παιδί και ο έφηβος να αναπτύξει παθολογία και ψυχοπαθολογία (W.H.O, 2014)

Υποενότητα 1.4^η) Ψυχοπαθολογία- Ψυχική Διαταραχή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει ότι «η ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διατάραξη στη γνωστική ικανότητα, στην συναισθηματική ρύθμιση και στην συμπεριφορά του ατόμου. Συνήθως σχετίζεται με δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας σε σημαντικούς τομείς της καθημερινής ζωής. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν επίσης να αναφέρονται ως καταστάσεις ψυχικής υγείας. Αποτελεί έναν ευρύτερο όρο, ο οποίος καλύπτει ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και (άλλες) ψυχικές καταστάσεις που σχετίζονται με σημαντική δυσφορία, έκπτωση στη λειτουργικότητα ή κίνδυνο αυτοτραυματισμού.». Στην διάγνωση των συμπτωμάτων σημαντική αποτελεί η χρήση των διαγνωστικών εργαλείων «Εγχειρίδιο Διάγνωσης και Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών» (γνωστό κι ως DSM 5th Edition) αλλά και το εγχειρίδιο «Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» (ICD-11th Edition).

Υποενότητα 1.5") Αντιμετώπιση Ψυχοπαθολογίας σε Ανήλικους

Τα παιδιά , όπως και οι ενήλικες, έχουν την δυνατότητα να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης τους. Οι ψυχικές διαταραχές δύναται να δράσουν ως τροχοπέδη στην εξέλιξη του παιδιού όσο και στην ομαλή κοινωνικοποίηση του στο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον του. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικά πρόσωπα, τα οποία σε συνεργασία τόσο με το παιδί όσο και με το οικογενειακό περιβάλλον, πρόκειται να εξασφαλίσουν την ευημερία και τις κατάλληλες συνθήκες, με σκοπό την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας του ανηλίκου και την πρόληψη από κάθε πιθανή βλάβη (Masten et al., 2015).

Η συστημική- οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποτελεί έναν από τους τρόπους καταπολέμησης της ψυχικής νόσου στο ανήλικο άτομο, υπό το πρίσμα, όμως, ότι ο ανήλικος δύναται να συμμετέχει θεραπευτικά έχοντας την λογική και κατέχοντας την ικανότητα να επικοινωνήσει με τον επαγγελματία, ιδιαίτερα σε θέματα τα οποία αφορούν διαταραχές συμπεριφοράς (Δ.Ε.Π./Υ. και Εναντιωματική Διαταραχή Συμπεριφοράς), αλλά και συναισθήματος/ διάθεσης (Άγχος, Κατάθλιψη, Διπολική Διαταραχή), όπως επίσης και πρόσληψης τροφής (Νευρική ανορεξία και Βουλιμία) (Carr, 2009). Ο θεραπευτής στην περίπτωση της ψυχοθεραπείας συνεργάζεται θεραπευτικά τόσο με τον ανήλικο, δίνοντας βαρύτητα στο συναίσθημα, στην γνωστική του ικανότητα όπως επίσης και στη συμπεριφορά του, όσο και με την οικογένεια του σε επίπεδο γονεϊκής συμβουλευτικής και οικογενειακής (ομαδικής) θεραπείας από κοινού με τα μέλη της οικογενείας (Carr, 2009, Kazdin, 1983).

Η συνεργασία με παιδοψυχίατρο δύναται να αποτελέσει ακόμα έναν τρόπο διαχείρισης της ψυχικής νόσου μέσα από την συστηματική παρακολούθηση του παιδιού και την παράλληλη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό: αφενός για την «ρύθμιση» της ψυχικής νόσου και αφετέρου για την μείωση της έντονης συμπτωματολογίας (Wagner & Ambrosini, 2001). Παρά την αναγκαιότητα της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, αναφέρονται συμπεριφορές άρνησης από το περιβάλλον του ανηλίκου για τον μη στιγματισμό και κατ' επέκταση τον αποκλεισμό του από τον κοινωνικό του περίγυρο (Pescosolido et al., 2007). Συνεπώς, αν και η φαρμακευτική αγωγή δύναται να χαρακτηριστεί ως ένας τρόπος διαχείρισης των συμπτωμάτων και επαναφοράς της λειτουργικότητας του ανηλίκου, το στίγμα της

ψυχικής ασθένειας αποτελεί κύριο εμπόδιο για την προτίμηση αυτού του τρόπου θεραπείας της ψυχικής ασθένειας.

Υποενότητα 1.6^η) Εκούσια και Ακούσια Νοσηλεία

Ένα διαφορετικό από τα προηγούμενα μέτρα αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, όσον αφορά τον ανήλικο ψυχιατρικά ασθενή, αποτελεί ο εκούσιος αλλά και ο ακούσιος εγκλεισμός σε παιδοψυχιατρική πτέρυγα νοσοκομείου. Με τον όρο «εκούσια» νοσηλεία, ορίζεται ο τρόπος εισαγωγής του ασθενούς στον ψυχιατρικό ίδρυμα. Βασικό στοιχείο της εκούσιας νοσηλείας αποτελεί η δυνατότητα τόσο του ανηλίκου όσο και των οικείων του να αντιληφθούν την αναγκαιότητα για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου, με την ηθελημένο εγκλεισμό του (Ηγουμενίδης, 2020, Jendreyshak et al., 2014). Εκεί έγκειται και η διαφορά με την «ακούσια» νοσηλεία του ανηλίκου. Στην περίπτωση, κατά την οποία ο ίδιος ο ανήλικος δεν βρίσκεται σύμφωνος με την νοσηλεία του, λόγω της έλλειψης ικανότητας να κρίνει λογικά της κατάσταση του, αλλά και θέτει σε άμεσο κίνδυνο τον εαυτό του και τα άτομα του περιβάλλοντος του (λόγω των συμπτωμάτων της εκάστοτε διαταραχής), τότε δύναται να νοσηλευτεί παρά την θέληση του (ν. 2071/1992).

Η ακούσια νοσηλεία δρα ως μέτρο πρόληψης, αλλά και ως μέτρο ασφαλείας για τον ανήλικο ασθενή, αλλά και για το οικογενειακό του περιβάλλον. Η αναγκαιότητα για την ακούσια εισαγωγή του παιδιού-εφήβου στην παιδοψυχιατρική αποφασίζεται με βάση τον βαθμό επικινδυνότητας (αυτοκαταστροφικής ενέργειας, όπως επίσης και επιθετικής συμπεριφοράς, η οποία δύναται να βλάψει κάποιον τρίτο). Η επικινδυνότητα αποτελεί έναν όρο, ο οποίος δεν κατέχει σαφή ορισμό και παρουσιάζεται σε πολλούς επαγγελματικούς κλάδους (όπως, για παράδειγμα, η Εγκληματολογία, Κοινωνιολογία κ.α.) (Floud, 1982). Στην Ψυχιατρική επιστήμη, επικινδυνότητα ορίζεται η πιθανότητα βίαιης, ή και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Μούγια-Ανταρέλη, 1999). Συνεπώς, με βάση τον παράγοντα του κινδύνου, υπογραμμίζεται ο ρόλος και η ανάγκη της ακούσιας νοσηλείας του ανηλίκου.

Η ακούσια νοσηλεία δύναται να επιτελέσει προληπτικό μέτρο, με γνώμονα την αποφυγή της κλιμάκωσης της ψυχικής κατάστασης του ανηλίκου νοσούντα και

την προστασία τρίτων προσώπων από βίαιες συμπεριφορές (Γεωργάκα Ε., 2009). Στον τύπο αυτό της ακούσιας νοσηλείας, όταν οι τρόποι αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας αδυνατούν να εκπληρώσουν τον σκοπό τους, δηλαδή την επαναφορά της λειτουργικότητας του ατόμου από τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου, τότε περιγράφεται ως έσχατο μέτρο για την πρόληψη της υγείας του ασθενούς (Κονταξάκης Β., 2010).

Η ακούσια εισαγωγή αποτελεί και μέτρο ασφαλείας, καθώς ο ψυχικά νοσών ανήλικος έχει διαπράξει εγκληματική πράξη, την οποία δεν καταλογίζεται, λόγω της αδυναμίας του να αντιληφθεί την επικινδυνότητα της ενέργειας του και την συνέπεια της στην δημόσια ασφάλεια (Π.Κ. αρ.69). Συνεπώς διατάσσεται η κράτηση του σε δημόσιο παιδοψυχιατρικό/ ψυχιατρικό κατάστημα , ώσπου να επανέλθει η λειτουργικότητα του. Η οπτική από την πλευρά του νομικού συστήματος υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της διασφάλισης της δημόσιας ασφάλειας μέχρις ότου να διαπιστωθεί ότι ο ανήλικος είναι ακίνδυνος και έχει αντιμετώπιση τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου.

Έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Βόρεια Ελλάδα, πραγματεύεται την ακούσια νοσηλεία παιδιών και εφήβων και αναφέρονται η ψυχικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται στους ανηλίκους και οδηγούν στον εγκλεισμό σε δημόσιο ψυχιατρικό κατάστημα. Οι Διαταραχές Συμπεριφοράς και Διαγωγής, οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Αυτιστικό Φάσμα), η Νοητική Υστέρηση, η Σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών και οι Διαταραχές Προσωπικότητας αναφέρονται στα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, καταδεικνύοντας τις διαταραχές, οι οποίες έχρηζαν ακούσιας εισαγωγής των ανηλίκων (Voultzos et al., 2020). Σε μια άλλη έρευνα εστιάζεται η Ψυχογενής Ανορεξία σε ανήλικα άτομα ως μια διαταραχή, η οποία χρήζει νοσηλείας και άμεσης αντιμετώπισης (Douzenis & Michopoulos, 2015). Συνεπώς, αναδεικνύεται η ανάγκη της ακούσιας νοσηλείας σε ανηλίκους, οι οποίοι εκδηλώνουν διαταραχές, των οποίων η συμπτωματολογία δύναται να καταστεί επικίνδυνη τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για το περιβάλλον του.

Κεφάλαιο 2^ο) Τυπική και Άτυπη ανάπτυξη του παιδιού

Υποενότητα 2.1^η) Τυπική Ανάπτυξη

Σημαίνουσα δύναται να χαρακτηριστεί η συμβολή της τυπικής ανάπτυξης για την κατανόηση της πολύπλοκης διαδικασίας της εξέλιξης του ανθρώπου από την βρεφική ηλικία και τα στάδια, τα οποία ακολουθούν. Αρχικά ο Δαρβίνος αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη των θεωριών, οι οποίες με το πέρασμα των χρόνων είτε διαφοροποιήθηκαν είτε εμπλουτίστηκαν, χάρη στην εμφάνιση της τεχνολογίας και της έρευνας (Hogan, 2005 , Bjorklund & Pellegrini, 2000). Επόμενες θεωρήσεις, οι οποίες έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για την θεωρητική θεμελίωση της τυπικής ανάπτυξης του παιδιού είναι αυτές του Freud S., του Piaget J., του Vygotsky L. και του Erikson E. Αναλυτικά:

Σύμφωνα με τον Δαρβίνο (Βιολογική Θεωρία-Θεωρία Εξέλιξης), παρουσιάζεται ο μηχανισμός της «Φυσικής Επιλογής». Κατά τον μηχανισμό αυτό, οι οργανισμοί, στους οποίους έχουν δοθεί συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από τη φύση, δύναται να αναπαραχθούν και να επιβιώσουν (Ruse, 1975). Επόμενο βήμα στην εξελικτική διαδικασία αναφέρεται «Ο αγώνας προς την επιβίωση». Ο Δαρβίνος περιγράφει την διαδικασία αυτή ως την προσπάθεια των οργανισμών, έμβιων και άβιων, υπογραμμίζοντας την σημασία της επιτυχούς αναπαραγωγής ενός οργανισμού, αλλά και της προσαρμογής του (Gale,1972). Συνεπώς, μέσα από την εξελικτική θεωρία του Δαρβίνου γίνεται αντιληπτή η σεξουαλική επιλογή και η φυσική ανάγκη για αναπαραγωγή των οργανισμών και την επιβίωση αυτών με κοινά γενετικά χαρακτηριστικά.

Ο Sigmund Freud, θεμελιωτής της Ψυχαναλυτικής-Ψυχοδυναμικής Θεωρίας, εστίασε στη σημασία διαδραματίζουν τα βιώματα της παιδικής ηλικίας και η σχέση με τους σημαντικούς άλλους (κυρίως γονεϊκές, αλλά και άλλες οικογενειακές φιγούρες) στην ανάπτυξη του ανθρώπου. (Bjorklund & Pellegrini, 2000) Σύμφωνα με την φροϋδική θεωρία, στην διάρκεια της ενήλικης ζωής εμφανίζονται καταπιεσμένες επιθυμίες, οι οποίες προέρχονται από ανικανοποίητες ανάγκες στην βρεφική και παιδική ηλικία (όπως για παράδειγμα η ευχαρίστηση μέσα από την πρόσληψη μητρικού γάλακτος από το γυναικείο στήθος· γνωστό και ως στοματικό στάδιο). (Freud, 1900) Τα στάδια, τα οποία διανύει το βρέφος μέχρι και την εφηβική ηλικία, είναι: το στοματικό (12-18 μηνών), το πρωκτικό (18 μηνών-3 ετών/4 ετών), το

φαλλικό στάδιο (3 ετών- 5 ετών/6 ετών), η λανθάνουσα περίοδος (6 ετών/7 ετών-εφηβεία) και η περίοδος της εφηβείας. Μέσα από την ανάπτυξη του, το άτομο επιτυγχάνει να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του, δίχως να χρησιμοποιεί ως μέσο, για παράδειγμα, την μητρική φιγούρα. Πάντως, μια ακόμη βασική έννοια, η οποία αφορά την ανάπτυξη του παιδιού είναι το άγχος, το οποίο προκαλείται είτε όταν κάποια από τις επιθυμίες, ασυνείδητη ή συνειδητή, καταπιέζεται είτε στην περίπτωση που κάποια ασυνείδητη επιθυμία γίνεται συνειδητή. (Freud, 1900) Συνεπώς, αν και η Φροϋδική θεωρία, περί ανάπτυξης, δεν βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες, έχει αναδείξει την σημαντικότητα της σχέσης γονέα-παιδιού, καθώς και τη σημασία των παιδικών εμπειριών στην διαμόρφωση της ενήλικης προσωπικότητας.(Bjorklund & Pellegrini, 2000)

Η Θεωρία του Ζαν Πιαζέτ (Γνωστική Αναπτυξιακή Θεωρία) παρουσιάζει την ανάπτυξη του ατόμου από διαφορετική οπτική. Σύμφωνα με την Γνωστική Θεωρία, η γνωστική ανάπτυξη αναφέρεται στην διαδικασία, κατά την οποία το παιδί, στην πορεία την εξέλιξης του, προσεγγίζει την πληροφορία και μέσω αυτής αναπτύσσει τις γνωστικές του λειτουργίες (νοημοσύνη, αντίληψη και επικοινωνιακές δεξιότητες), οι οποίες εξασφαλίζουν την ευημερία του. (Saracho & Evans, 2021) Ο Πιαζέτ υπογραμμίζει την σημασία της σύνδεσης της γνώσης με την προηγούμενη εμπειρία και υποστηρίζει ότι η αλλαγή και η εξέλιξη παράγουν καινούργια γνώση. (Blake & Pope, 2008) Βασιζόμενος στην νοημοσύνη, η οποία διαφέρει μεταξύ των παιδιών και ενηλίκων , αλλά και της ικανότητας των παιδιών να δέχονται και να προσαρμόζονται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, ο Πιαζέτ όρισε τέσσερα στάδια γνωστικής ανάπτυξης, κατά τα οποία το παιδί, σταδιακά, προσεγγίζει με βάση του αναπτυξιακού του σταδίου τις πληροφορίες, τις οποίες δέχεται από το περιβάλλον του: (1) το αισθησιοκινητικό στάδιο (από την γέννηση-2 έτη), (2) το στάδιο της προλογικής σκέψης (2 έτη-7 έτη), (3) το στάδιο της συγκεκριμένης λογικής σκέψης (7 έτη- 11 έτη) και (4) το στάδιο λογικής σκέψης (12 έτη- εφηβεία). (Feldman, 2005)

Ακόμη μια θεωρία, η οποία σχετίζεται με την τυπική ανάπτυξη του παιδιού έρχεται να υπογραμμίσει διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι την επηρεάζουν. Η Κοινωνικο-πολιτισμική Θεωρία του Λεβ Βιγκότσκι πραγματεύεται την βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού μέσα από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. (Saracho & Evans, 2021) Μέσω της επικοινωνίας με τα μέλη της κοινωνίας, το παιδί αφομοιώνει τις πολιτισμικές αξίες αλλά και τις εκάστοτε στρατηγικές επίλυσης

προβλημάτων.(Vygotsky, 1978) Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό, ότι η απόκτηση της γλωσσικής- επικοινωνιακής ικανότητας στην πορεία της εξέλιξης του παιδιού, έχει χαρακτήρα κοινωνικό και πολιτισμικό και δέχεται επιρροή από το περιβάλλον και την κουλτούρα, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών (αντίληψη, προσοχή, μνήμη, επίλυση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων, επικοινωνία κα.) (Verenikina, 2003)

Θεμελιωτής της Θεωρίας Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης αποτέλεσε ο Έρικ Έρικσον. Η συνεισφορά της θεωρίας του Έρικσον, σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, υπήρξε σημαντική για την Θεωρία του Εγώ, μέσα από τον εμπλουτισμό της με τα ψυχοκοινωνικά και ψυχοσεξουαλικά στάδια της εξέλιξης του παιδιού. (Perlman & Brandell, 2010) Με την επιτυχή ολοκλήρωση των κοινωνικών- περιβαλλοντικών σταδίων το παιδί πρόκειται να σχηματίσει σταθερό «εγώ», καθώς και να διαμορφώσει την ταυτότητα του.(Dunkel & Harbke, 2017) Τα στάδια, τα οποία διανύονται, κατά την διαδικασία αυτή, είναι οχτώ, τα οποία παρουσιάζουν διαφορετικές διαστάσεις της ανθρώπινης συνδιαλλαγής και τα οποία ,με την ολοκλήρωση τους και την επιτυχή αντιμετώπιση των περιόδων κρίσης, συμβάλλουν στην διαμόρφωση και διατήρηση της υγιούς προσωπικότητας. (Elkind, 1970). Ο πίνακας 2.1 απεικονίζει τα 8 στάδια, σύμφωνα με τον Έρικσον.

<i>Περίοδος</i>	<i>Κρίση</i>	<i>Ικανότητες</i>
<i>Βρεφική ηλικία</i>	<i>Εμπιστοσύνη έναντι αμφιβολίας</i>	<i>Ελπίδα</i>
<i>Νηπιακή ηλικία</i>	<i>Αυτονομία έναντι ντροπής</i>	<i>Θέληση</i>
<i>Προσχολική ηλικία</i>	<i>Πρωτοβουλία έναντι ενοχής</i>	<i>Σκοπός</i>
<i>Σχολική ηλικία</i>	<i>Φιλοπονία έναντι κατωτερότητας</i>	<i>Επάρκεια</i>
<i>Εφηβεία</i>	<i>Ταυτότητα έναντι σύγχυσης ρόλων</i>	<i>Πίστη</i>
<i>Πρώιμη ενηλικίωση</i>	<i>Οικειότητα έναντι απομόνωσης</i>	<i>Φροντίδα</i>
<i>Μεσήλικας</i>	<i>Παραγωγικότητα έναντι στασιμότητας</i>	<i>Αγάπη</i>
<i>Γήρας</i>	<i>Καταξίωση έναντι απόγνωσης</i>	<i>Σοφία</i>

Πίνακας 2.1

Οι θεωρίες διαφέρουν μεταξύ τους, εστιάζοντας σε διαφορετικές πτυχές της αναπτυξιακής πορείας, καθώς και στους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την πορεία αυτή (βιολογικοί, κοινωνικοί, συναισθηματικοί). Συνεπώς, οι παραπάνω θεωρίες δύναται να χαρακτηριστούν σημαντικές για την θεωρητική προσέγγιση της έννοιας

της τυπικής ανάπτυξης του παιδιού, αλλά και την ανάδειξη της άτυπης ανάπτυξης και της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας.

Υποενότητα 2.2") Άτυπη Ανάπτυξη

Δεν δύναται να κατανοηθεί η έννοια της άτυπης ανάπτυξης, δίχως την προηγούμενη αναφορά στην τυπική ανάπτυξη του παιδιού. Η τυπική ανάπτυξη (όπως αναλύθηκε παραπάνω) αναφέρεται στην κατάκτηση ενός μεγάλου εύρους δεξιοτήτων, οι οποίες αναπτύσσονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες και σε όμοια πολιτισμικά- περιβαλλοντικά και κοινωνικά πλαίσια. Σε αντίθεση, η άτυπη ανάπτυξη περιγράφει την μερίδα των παιδιών, των οποίων η ανάπτυξη δεν συνάδει με την φυσιολογική και εμφανίζουν παρεκκλίσεις συγκριτικά με τις δεξιότητες, οι οποίες κατακτούνται σε κάθε συγκεκριμένο ηλικιακό στάδιο. Συνεπώς, για την αναγνώριση, την παρέμβαση και την θεραπεία των παρεκκλίνουσών ομάδων, παρουσιάστηκαν διαγνωστικά εγχειρίδια, τα οποία τροποποιούνται μέχρι και σήμερα για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση τόσο των ειδικών όσο και των ίδιων των ατόμων, που χρήζουν διάγνωσης και θεραπείας.

Υποενότητα 2.3") Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων

Το DSM-V, όπως επίσης και το ICD-11, αποτελούν σημαντικά εργαλεία, τα οποία συμβάλλουν στην διαγνωστική διαδικασία μέσα από την αντιστοίχιση της συμπεριφοράς με συγκριμένα κριτήρια. Τα κριτήρια βασίζονται σε γνωστικές και σωματικές ικανότητες του εκάστοτε αναπτυξιακού σταδίου, αλλά και σε συμπεριφορικά μοτίβα του παιδιού τα οποία παρατηρούνται στο κοινωνικό του περιβάλλον (οικογενειακό, σχολικό κ.α.). (Kaufman & Kaufman, 2005) Όπως έγινε αναφορά παραπάνω, το παιδί από την γέννηση του δύναται να εμφανίσει αποκλίνουσα συμπεριφορά και να πληροί συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια.

Ο κλάδος της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας εστιάζει και υπογραμμίζει τις άτυπες συμπεριφορές των παιδιών στην διάρκεια της εξελικτικής τους πορείας και συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και περιορισμό των συμπτωμάτων της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής. (Rutter & Sroufe, 2000) Η ανάπτυξη αποτελεί και μία σημαντική παράμετρο στα διαγνωστικά εργαλεία (DSM-V καθώς και στο ICD-11),

τα οποία ανανεώνονται συνεχώς με κύριο γνώμονα την συμπερίληψη, αλλά και τον ακριβή διαχωρισμό των ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τα ηλικιακά στάδια του παιδιού. (Mash & Barkley, 2014) Οι διαταραχές, δύνανται να ευθύνονται σε παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς, αλλά και κοινωνικούς σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία προαναφέρθηκαν.

Υποενότητα 2.3.1^η) Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας

- ***ΔΕΠ/Υ*** Ακόμα μια διαταραχή, η οποία παρουσιάζεται στα πρώτα στάδια της παιδικής ηλικίας, είναι η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Η ΔΕΠΥ αποτελεί μία από τις πιο συνήθεις διαταραχές της συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην διατήρηση της προσοχής ή παρορμητικότητα και υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα. (Belt et al, 2014) Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συγκεντρώνουν 7 έως και 15 μονάδες πιο χαμηλά στα τεστ νοημοσύνης. (Barkley, 1997). Η ΔΕΠΥ είναι δύσκολο να παρατηρηθεί σε κλινικό περιβάλλον, για αυτόν τον λόγο, γονείς, δάσκαλοι και άλλα άτομα, τα οποία έχουν σημαντική επαφή με το παιδί, δύνανται να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη καθημερινή συμπεριφορά του. (Heidi et al, 2014) Τα συμπτώματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, δυσκολίες στην προσοχή, αλλά και υπερκινητικά-παρορμητικά συμπτώματα και μερικά από αυτά πρέπει διαγνωσθούν μέχρι και τα 7 έτη. (Kring et al, 2010)

Υποενότητα 2.3.2^η) Διαταραχές Συμπεριφοράς

- ***Διαταραχές Διαγωγής και Συμπεριφοράς*** Κοινό χαρακτηριστικό των διαταραχών συμπεριφοράς αποτελεί η αδυναμία ελέγχου των συναισθημάτων και των συμπεριφορών (APA, 2013). Οι συμπεριφορές αυτές παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων και έρχονται σε αντιπαράθεση με τις κοινωνικές νόρμες και τις φιγούρες εξουσίας (Baker, 2013). Η συμπεριφοράς διαγωγής και συμπεριφοράς διαγιγνώσκονται κατά κύριο λόγο στην παιδική και εφηβική ηλικία, με μοναδική διαφορά το μέγεθος της καταστροφικής πράξης (Baker, 2009).

Η Διαταραχή Συμπεριφοράς εμφανίζεται στα άτομα τα οποία δεν έχουν ξεπεράσει τα 15 έτη της ηλικίας τους. Εμφανίζουν επιθετική

συμπεριφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με λεκτικό τρόπο (βρισιές, χλευασμός, απειλές), αλλά και με βίαιες συμπεριφορές (εκφοβισμό και σωματικές επιθέσεις). Επίσης μια άλλη σημαντική διάκριση της επιθετικής αυτής συμπεριφοράς αποτελεί, ότι οι συμπεριφορά δύναται να είναι κρυφή και να μην εκδηλώνεται μέσα από άμεση εναντίωση προς κάποιο άτομο (όπως ψέματα, κλέψιμο, κατάχρηση ουσιών, πυρομανία κ.α.). Για την διάγνωση της εναντιωματικής διαταραχής, το παιδί παρουσιάζεται από τα διαγνωστικά κριτήρια ως ευερέθιστο, να μην συμβιβάζεται με τους κανόνες και να λογομαχεί με τους ενήλικες αποτέλεσμα την ακαδημαϊκή και κοινωνική έκπτωση. Η Διαταραχή συμπεριφοράς συμπεριφοράς περιγράφεται να εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 13 ετών με τα επεισόδια επιθετικών συμπεριφορών να έχουν επαναληπτικότητα προς το οικογενειακό, σχολικό και το ευρύτερο περιβάλλον του ανηλίκου.

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας εκδηλώνεται στα παιδιά πριν την ηλικία των 18 ετών. Η προηγούμενη διάγνωση συμπτωμάτων της Διαταραχής της Συμπεριφοράς πριν την ηλικία των 15 ετών αποτελεί κριτήριο για την διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, αλλά και η ύπαρξη συμπτωμάτων επιθετικότητας και βίαιης συμπεριφοράς με αντίκτυπο τόσο στον ίδιο του τον εαυτό (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά) όσο και σε τρίτους.

Υποενότητα 2.3.3^η) Διαταραχές συναισθήματος

- **Διαταραχή Διάθεσης)** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η απώλεια και η διεργασία του πένθους, η επιλόχεια μελαγχολία, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή (APA, 2013). Η Διαταραχή της Διασπαστικής Απορρύθμισης της Διάθεσης αποτελεί προσθήκη στο DSM-V και συγκεκριμένα αφορά την παιδική ηλικία και την εμφάνιση διασπαστικής συμπεριφοράς. (Dougherty et al, 2014). Το παιδί, το οποίο πάσχει από Καταθλιπτική Διαταραχή, παρουσιάζεται ως ευερέθιστο, με χαμηλό κίνητρο για να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες, οι οποίες δύναται να του δημιουργήσουν συναισθήματα ικανοποίησης και ευχαρίστησης (συχνά λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της πεποίθησης

της ανικανότητας του), αδυναμία να φτάσει στο προσδοκώμενο (για την ηλικία του βάρους), όπως επίσης και να συγκεντρωθεί στις καθημερινές δραστηριότητες του και σχολικές υποχρεώσεις (Kendall et al., 1989, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επιπρόσθετα, ενυπάρχει και ο κίνδυνος για αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκαταστροφικές τάσεις (Bergfeld et al, 2018). Συνεπώς, ο ανήλικος εμφανίζει σημαντική έκπτωση στην ανάπτυξη του, τη λειτουργικότητα του, στην σχολική του επίδοση και στην καθημερινή συνδιαλλαγή του με το άμεσο περιβάλλον (οικογένεια, σχολείο κ.α.).

Η Δυσθυμική Διαταραχή, αποτελεί ακόμα μια διαταραχή του συναισθήματος και εκδηλώνεται στα παιδιά στην διάρκεια της εφηβείας τους (πριν τα 21 έτη) ,αλλά και στην μετεφηβική περίοδο (μετά τα 21 έτη). Βασικά συμπτώματα περιγράφονται στα εγχειρίδια διάγνωσης η μελαγχολική διάθεση, η οποία παρατηρείται από τα άτομο του περιβάλλοντος του και έχει αραιή συχνότητα και 2 χρόνια διάρκεια). Ταυτόχρονα με την ύπαρξη μελαγχολικής διάθεσης, το παιδί ή ο έφηβος δύναται να εκδηλώσει μειωμένη όρεξη για τροφή ή υπερφαγία, υπνηλία ή αϋπνία, κόπωση και χαμηλή ενέργεια, αλλά και χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα απελπισίας. (APA, 2013). Η διαφορά με την Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή έγκειται στο μέγεθος και την σημαντικότητα των συμπτωμάτων, καθώς στην Δυσθυμία δεν παρουσιάζονται σημαντικές εκπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού, παρά μόνο στο στην συναισθηματική ένταση.

- **Διπολική Διαταραχή)** Η Διπολική διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-V, περιγράφει την κατάσταση, σύμφωνα με την οποία το άτομο βιώνει καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο ,το οποίο πάσχει από διπολική διαταραχή, διανύει μια καταθλιπτική περίοδο, την οποία έπονται η προηγούνται μανιακά ή και υπομανιακά επεισόδια. Η διπολική διαταραχή δύναται να εκδηλωθεί στα τέλη της εφηβικής και στην πρώιμη ενήλικη περίοδο (περίπου στα 20 έτη) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, Hooley et al, 2020). Η διπολική διαταραχή διακρίνεται σε δύο τύπους. Στον I τύπο το άτομο βιώνει πλήρη μανία σε αντίθεση με την καταθλιπτική περίοδο, ενώ στον τύπο II το άτομο βιώνει μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο (Grande et all, 2016). Αν και η εκδήλωση της Διπολικής Διαταραχής στην παιδική ηλικία είναι συχνή, υπάρχουν σημαντικά εμπόδια για την διάγνωση της σε παιδιά και

εφήβους: όπως η δυσκολία στην διάγνωση των συμπτωμάτων, λόγω κάποιας συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές (ΔΕΠ/Υ, Κατάθλιψη, Διαταραχές Διαγωγής κ.α.). Ο ανήλικος, πάντως, ο οποίος εκδηλώνει διπολικότητα, παρουσιάζει εναλλαγές στην διάθεση του (από την μελαγχολία σε υπομανία και το αντίθετο), δύναται να είναι ευέξαπτος και νευρικός, γεγονός το οποίο παρεμποδίζει την διαγνωστική διαδικασία, καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης (συγκεκριμένα στην παιδική και εφηβική ηλικία) δεν συμπίπτουν με την συμπτωματολογία των ενηλίκων. Οι επιπτώσεις της διαταραχής, ωστόσο, επηρεάζουν τόσο το άτομο όσο και το περιβάλλον του, καθώς υπάρχουν ενδείξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Rhimer & Kiss, 2002)

Υποενότητα 2.3.4^η) Αγχώδεις Διαταραχές

- **Διαταραχή Άγχους)** Οι διαταραχές άγχους χαρακτηρίζονται από φόβους ή ανησυχίες, οι οποίοι δεν είναι ρεαλιστικοί και προκαλούν έντονη δυσφορία και μείωση της λειτουργικότητας (Craske et al, 2011). Εκδηλώνονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Μεταξύ των διαταραχών άγχους, δίνεται να συμπεριληφθούν η ειδική φοβία, η κοινωνική φοβία, η αγοραφοβία, η κρίση πανικού και η διαταραχή γενικευμένου άγχους (APA, 2013).

Η Διαταραχή του Άγχους Αποχωρισμού ανήκει στις Διαταραχές Άγχους, η οποία εκδηλώνεται κατά την παιδική ηλικία και θεωρείται φυσιολογικό από τους 7 μήνες έως και 6 έτη. Συνεπώς κρίνεται παθολογικό, όταν το άγχος συνοδεύει το παιδί είναι δυσανάλογο με την χρονολογική τους ηλικία. Τα παιδιά με την διαταραχή αυτή αισθάνονται τον φόβο ότι θα χάσουν το άτομο, στο οποίο έχουν προσκολληθεί ή θα του συμβεί κάτι κακό. Συνέπεια της ανησυχίας τους (αλλά και σύμπτωμα της διαταραχής) αποτελεί η αποφυγή συγκεκριμένων γεγονότων ή καταστάσεων (για παράδειγμα, το παιδί αποφεύγει το σχολείο). Σημειώνονται, ακόμη, σωματικά συμπτώματα τα οποία συνοδεύουν την διαταραχή όπως ναυτία, ταχυκαρδία και πονοκέφαλοι (APA, 2013, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους δύναται να εκδηλωθεί και σε παιδιά και εφήβους και περιγράφεται ως τον φόβο του παιδιού να εισέλθει σε κοινωνικές περιστάσεις, καθώς νιώθει σύγχυση και αμηχανία, αντιδρώντας με κλάμα, νευρικότητα, τρέμουλο και κοινωνική απόσυρση. Η κοινωνική φοβία παρουσιάζεται κυρίως στην εφηβεία, αλλά υπάρχει και η δυνατότητα να

εμφανιστεί και σε παιδιά κάτω των 10 ετών και έχει αντίκτυπο στην κοινωνικοποίηση του παιδιού (APA, 2013).

Οι Ειδικές Φοβίες αποτελούν μια ακόμη κατηγορία της κατηγορίας αυτής και χαρακτηρίζεται από επίμονο και παράλογο φόβο προς ένα ερέθισμα είτε αυτό είναι αντικείμενο είτε κάποια κατάσταση (έντομα, ζώα, ταξίδια, ύψη κ.α.). Το άγχος στις καταστάσεις αυτές εκδηλώνεται με κλάμα ή νευρικότητα και με την αποφυγή της κατάστασης αυτής (APA, 2013).

Συμπερασματικά, τα ανήλικα άτομα, τα οποία πάσχουν από άγχος εστιάζουν στην ανικανότητα τους να αντιμετωπίσουν πιθανές μελλοντικές απειλές, αλλά και στην συνεχή ετοιμότητα τους να αποφύγουν το περιστατικό το οποίο δύναται να δημιουργήσει άγχος και φόβο (Tyger & Baldwin, 2006). Οι διαταραχές άγχους, αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία και επιμένουν αν δεν αντιμετωπιστούν. (Bandelow & Michealis, 2022).

- **Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή)** Κατά το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελείται από δύο ειδών σκέψεων και συμπεριφορών: τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς. Ιδεοληψίες είναι επίμονες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις, εικόνες οι παρορμήσεις, οι οποίες είναι ανεξέλεγκτες και σχετίζονται με το άγχος, ενώ οι ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, οι οποίες, με την ολοκλήρωσή τους, προσφέρουν στο άτομο ευχαρίστηση (Stein et al, 2019). Οι επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί, απασχολούν το ανήλικο άτομο ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και δημιουργούν προβλήματα στην λειτουργικότητα του. Η κατηγορία αυτή, εκτός της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, περιλαμβάνει και την διαταραχή της σωματικής δυσμορφίας, την αποθησαυριστική διαταραχή, την διαταραχή της δερματιλλομανίας και τριχοτιλλομανίας. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εκδηλώνεται στα τέλη της εφηβικής και αρχές ενήλικης περιόδου (APA, 2013, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).
- **Διαταραχές σχετιζόμενες με το στρες και το τραύμα)** Το στρες αποτελεί επίδραση των εξωτερικών απαιτήσεων στον ανθρώπινο οργανισμό και το κάθε άτομο αναπτύσσει την τους δικές του στρατηγικές για να μπορεί να το αντιμετωπίσει με επιτυχία (Stelye, 1972). Η Διαταραχή του μετατραυματικού στρες εκδηλώνεται σε περιπτώσεις, σύμφωνα με τις οποίες το παιδί έχει μια

βιώσει μια τραυματική εμπειρία (ή και όνειρο) και αντιδρά στο γεγονός, φοβούμενο ότι θα έχει παρόμοια κατάληξη με την προηγούμενη του εμπειρία. Το παιδί ή και ο έφηβος δύναται να αντιδράσουν με αποδιοργάνωση και να βιώσουν αναταραχή (APA, 2013). Γίνεται προσπάθεια από το παιδί να αποφύγει συγκεκριμένες δραστηριότητες και καταστάσεις, αδυνατεί να ανακαλέσει συγκεκριμένες αναμνήσεις από το τραυματικό γεγονός, αλλά και αποσύρεται κοινωνικά και συναισθηματικά (APA, 2013). Αντιμετωπίζει, ακόμη δυσκολία, στην συγκέντρωση, στον ύπνο αλλά και εκδηλώνει συμπεριφορές νευρικότητας. Το στρες αυτό, επίσης, δύναται να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία, επηρεάζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα. (Thoits, 2010)

Υποενότητα 2.3.5^η) Νοητική Υστέρηση

- ***Νοητική Υστέρηση***) Η νοητική υστέρηση χαρακτηρίζεται από ελλείματα στις βασικές νοητικές λειτουργίες (συλλογιστική, επίλυση προβλημάτων, μάθηση είτε ακαδημαϊκή είτε εμπειρική, κρίση, σκέψη κ.α.) και διαγιγνώσκεται με τεστ νοημοσύνης μέχρι και την ηλικία των 18 ετών (Lee et al, 2022). Ο ανήλικος, ο οποίος διαγιγνώσκεται με Νοητική Υστέρηση, παρουσιάζεται να έχει ελλείματα στους μηχανισμούς προσαρμοστικότητας, οι οποίες αναφέρονται στην αυτοεξυπηρέτηση του, στην επικοινωνία, στις κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, στην χρήση των πόρων της κοινότητας, τον αυτοπροσδιορισμό, αλλά και τις δεξιότητες, σημαντικές για την εργασία και για την σχολική/ ακαδημαϊκή επίδοση. Οι αρχικές διαγνώσεις της νοητικής αναπτυξιακής διαταραχής παρουσιάζονται στις ηλικίες 5 έως και 6 ετών και κορυφώνονται στην ηλικία των 15 ετών (Nelson, 2010). Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-V, η Νοητική Υστέρηση χωρίζεται σε τέσσερα επίπεδα υστέρησης- ανάλογα με το αποτέλεσμα του τεστ της ανθρώπινης νοημοσύνης- σε ήπια (50-55 έως 70), μέτρια (35-40 έως και 50-55), σοβαρή (20-25 έως 35-40) και σε βαρά (κάτω από 20-25). Η νοητική αναπηρία, η οποία προέρχεται από βιολογικά αίτια δύναται να ταξινομηθούν σε διάφορους κλινικούς τύπους, όπως, για παράδειγμα, το σύνδρομο DOWN, τη φαινυλκετονουρία, αλλά και άλλες κρανιακές ανωμαλίες. Τα ανήλικα άτομα με Νοητική Υστέρηση δεν δύναται να αυτονομηθούν από το οικογενειακό

περιβάλλον και χρήζουν προσοχής και φροντίδας, αλλά και άμεσης νοσηλείας σε παιδοψυχιατρικό κατάστημα, ώστε να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, αλλά και να μην τραυματίσουν τον εαυτό τους ή και να κακοποιηθούν. (Mimmo et al., 2019).

Υποενότητα 2.3.6^η) Διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού

- **Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος)** Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια στην κοινωνική επικοινωνία, καθώς και από επαναλαμβανόμενη ασυνήθιστη κιναισθητηριακή συμπεριφοράς (APA, 2013) Ο αυτισμός αποτελεί πλέον φάσμα, στο οποίο δύναται να κυμανθεί από πολύ ήπιος έως και βαρύς, ανάλογα με τη σοβαρότητα των ελλειμάτων (Lord et al, 2018). Η διαταραχή του αυτισμού διαγιγνώσκεται πριν το παιδί κλείσει και τον 30ο μήνα και δύναται να χαρακτηριστεί ιδιαίτερα αξιόπιστη (Hooley et al, 2020) .Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ποικίλους βαθμούς ελλειμάτων και ικανοτήτων, με βασική και τυπική εικόνα ένα παιδί, το οποίο είναι απόμακρο (Firth & Harpe, 2005). Σύμφωνα με τα διαγνωστικά εγχειρίδια, το άτομο, το οποία ανήκει στο φάσμα του αυτισμού, εμφανίζει ελλείματα στην (α) κοινωνική συνδιαλλαγή, όπως σημαντική έκπτωση στην μη λεκτική επικοινωνία (βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου και στάσεις σώματος), (β) στην σύναψη φιλικών σχέσεων και (γ) στην συναισθηματική έκφραση. Παρουσιάζει, ακόμη, έκπτωση στην λεκτική επικοινωνία, με το να διατηρήσει έναν διάλογο, αλλά και με την επανάληψη και την στερεοτυπική χρήση της γλώσσας. Εκτός, όμως, των ελλειμάτων στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, εμφανίζει περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά μοτίβα συμπεριφοράς στον τρόπο που επιλέγει να παίζει και στα πράγματα/ερεθίσματα που του κεντρίζουν το ενδιαφέρον. Ο αυτισμός δίνεται να κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με την αναγκαιότητα για ύπαρξη παράλληλης στήριξης (Βαθμός 1= χρίζει στήριξης, Βαθμός 2= χρίζει βασικής στήριξης, Βαθμός 3= χρίζει σημαντικής στήριξης) (APA, 2013). Οι συνεχείς εξελίξεις στο πεδίο της έρευνας έχουν συμβάλει στο να δημιουργηθεί μια εικόνα λιγότερο στιγματισμένη για τα παιδιά και γενικότερα για τα άτομα με αυτισμό.

Υποενότητα 2.3.7^η) Ψυχωσικές Διαταραχές

- ***Ψυχωσικές Διαταραχές***) Η σχιζοφρένεια στην παιδική και εφηβική ηλικία αποτελεί μια σπάνια διαταραχή η οποία επηρεάζει τη σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά (Kring et al, 2010). Σημαντικά συμπτώματα στον ανήλικο είναι η απουσία λογικής σκέψης, ελαττωματική αντίληψη και προσοχή, έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης, τα οποία έχουν αντίκτυπο τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στο περιβάλλον του (Tandon et al, 2013). Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι παραληρηματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις τα οποία δύναται να προκαλέσουν σημαντική δυσφορία στον ασθενή και στο περιβάλλον του. Τα συμπτώματα χωρίζονται σε θετικά (παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), αλλά και αρνητικά (αβουλία, αλογία, ανηδονία, επίπεδο συναίσθημα, αλλά και επιπτώσεις στην διαπροσωπική επικοινωνία), όπως επίσης και συμπτώματα αποδιοργάνωσης (APA, 2013). Ηλικία έλκυσης διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων, με ηλικία κορύφωσης τα 20 για τους 20 έως και τα 24 (μετ εφηβεία και πρόωμη ενηλικίωση) (Despert, 1937) Η σχιζοφρένεια δύναται να εκδηλωθεί άμεση, με οξύ επεισόδιο, «ύπουλα», με τα συμπτώματα να μην είναι εμφανή, αλλά και με τους δύο τρόπους, με την «ύπουλη» εμφάνιση συμπτωμάτων και την επακόλουθη εξέλιξη τους σε οξύ επεισόδιο (Desperet, 1937). Η νοσηλεία του ανηλικού στις καταστάσεις ψυχωτικού επεισοδίου δύναται να χαρακτηριστεί επιτακτική, καθώς υπάρχει η πιθανότητα αυτοκαταστροφικής ενέργειας (Fennig et al, 2005).

Υποενότητα 2.3.8^η) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Σχετιζόμενες με Υγεία

Οι διαταραχές της πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από ενόχληση με τη πρόσληψη τροφής ή με μια συμπεριφορά κατανάλωσης ή απέκκρισης τροφής, η οποία συμπεριφορά προκαλεί επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου (APA, 2013). Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται με σκοπό να υπογραμμίσει την συμπεριφορά των ατόμων, τα οποία δυσκολεύονται να καταναλώσουν επαρκή τροφή μέσω του στόματος, αυτούς, οι οποίοι καταναλώνουν υπερβολική ή και λάθος τροφή και παρουσιάζεται περισσότερο σε παιδιά, παρά στον ενήλικο πληθυσμό (Manikam & Perman, 2000).

- **Ψυχογενής Ανορεξία)** Η Ψυχογενής Ανορεξία εκδηλώνεται όπως αναφέρθηκε στην εφηβική ηλικία. Κύριο σύμπτωμα της Ψυχογενούς Ανορεξίας αποτελεί η άρνηση του ατόμου για διατήρηση του σωματικού βάρους στα ελάχιστα φυσιολογικά όρια και το συναίσθημα του φόβου για την απόκτηση κιλών. Με τα παραπάνω συμπτώματα δύναται να συνοδεύονται με ενόχληση για την εικόνα και το σχήμα του σώματος του ατόμου (APA, 2013)
- **Βουλιμία)** η Βουλιμία χαρακτηρίζεται από έντονη αδυναμία ελέγχου της ποσότητας του φαγητού, την οποία καταναλώνει ο ανήλικος. Με την κατανάλωση της τροφής, το άτομο για να ελέγξει το βάρος του προκαλεί εμετούς, κάνει έντονη και εκτεταμένη γυμναστική, αλλά και αποχή από το φαγητό. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί και σύμπτωμα και συνέπεια από την εικόνα του ατόμου σχετικά με τα κιλά και την μορφή του σώματος του. Μεγάλο ποσοστό των ατόμων εμφανίζει τις συμπεριφορές αυτές στην διάρκεια της εφηβικής περιόδου (APA, 2013).
- **Παχυσαρκία)** Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα σχετικά νέα φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται σε παιδιά στην σχολική τους ηλικία. Τα παιδιά αυτά εκδηλώνουν απόσυρση, έχουν αρνητική εικόνα εαυτού και παρουσιάζονται να έχουν δυσκολίες στην αντίληψη του βάρους τους. Συχνά η παιδική παχυσαρκία ενυπάρχει με διαταραχή της διάθεσης και με την εξάρτηση σε ουσίες (Hooley et al,2020, Small, 2016)
- **Διαταραχές Απέκκρισης)** Οι διαταραχές της απέκκρισης χωρίζονται στην διαταραχή της ενούρησης και εγκόπρισης. (APA, 2013). Και οι δύο διαταραχές διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία, αφού το παιδί έχει κατακτήσει την δυνατότητα της εγκράτειας (5 χρονών, όσον αφορά την ενούρηση και 4 για την εγκόπριση) (Nijman et al., 2005).

Υποενότητα 2.2.9^η Δυσφορία Φύλου

- **Δυσφορία Φύλου)** Η δυσφορία φύλου δύναται να χαρακτηριστεί το αίσθημα σύγκρουσης, το οποίο βιώνει το άτομο, μεταξύ του βιολογικού με το κοινωνικό φύλο του (APA, 2013). Εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους σε διάφορες ηλικιακές ομάδες με διαφορετικά κριτήρια. Στην παιδική

ηλικία τα κριτήρια ορίζονται από συγκεκριμένες συμπεριφορές σε αντίθεση με την εφηβεία. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί εκφράζει ταύτιση με το αντίθετο φύλο, αναζητά παρέες από το φύλο με το οποίο ταυτίζονται, απορρίπτει ρούχα και παιχνίδια τα όποια σχετίζονται το γενετήσιο φύλο τους. Στην εφηβεία, το άτομο εκδηλώνει απάθεια προς τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά και εκφράζουν την επιθυμία να απαλλαγούν από αυτά. Πάντως, και στις δύο ηλικιακές ομάδες παρατηρείται έντονα το στοιχείο της καταθλιπτικής συμπεριφοράς, της απόσυρσης και τους άγχους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, Hooley, 2020)

Υποενότητα 2.3.10^η) Διαταραχές με Εξαρτησιογόνες Ουσίες και Συμπεριφορές

- ***Διαταραχές με Εξαρτησιογόνες Ουσίες και Συμπεριφορές*** Στην πάροδο των τελευταίων χρόνων έχει αναπτυχθεί ο κλάδος των εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και των συμπεριφορών στον τομέα της ψυχικής υγείας, λόγω των συνεπειών στο τόσο στο άτομο όσο και στο κοινωνικό σύνολο (Nathan et al, 2015). Η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο βρίσκει ρίζες από το παρελθόν μέχρι και σήμερα, γεγονός το οποίο δυσκολεύει την καθιέρωση ενός ενιαίου ορισμού (Berridge & Mars, 2004, Hooley, 2020). Βασικές έννοιες της εξάρτησης δύναται να υπογραμμιστούν η επαναλαμβανόμενη χρήση, η οποία προκαλεί συμπτώματα ανοχής και στέρησης και κατέχει συνέπειες σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς, όπως επίσης και προβλήματα υγείας (Grant & Chamberlain, 2016). Ένα άτομο μπορεί να εξαρτηθεί από το αλκοόλ, αλλά και από άλλες ουσίες, οι οποίες χωρίζονται κατά την επίδραση τους. Συνεπώς, διακρίνονται σε κατασταλτικές, διεγερτικές, οπιοειδή, παραισθησιογόνα, αλλά και συνταγογραφούμενα φάρμακα (Goodman & Gilman, 2011). Κατά τον 21ο αιώνα έχουν παρατηρηθεί συμπεριφορές επαναλαμβανόμενες και επιβλαβείς για το άτομο μέσω της εκτεταμένης χρήσης του διαδικτύου, καθώς και την συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια (Mann et al, 2016, Cash et al, 2012). Τα διαγνωστικά εγχειρίδια αναφέρουν κοινά συμπτώματα της εξάρτησης από ουσίες τόσο για τον ενήλικα όσο και για τον ανήλικο. Οι συνέπειες, όμως, υπό το πρίσμα της ανηλικότητας έχουν άμεσα αντίκτυπο

στην καθημερινότητα και στις σχέσεις του ανηλίκου (όπως οι επίδοση του στο σχολείο, οι σχέσεις με την οικογένεια) .Οι παράγοντες επικινδυνότητας, λόγω των οποίων ένα άτομο δύναται να «εξαρτηθεί» από ουσίες, αλλά και από συγκεκριμένες συμπεριφορές, διακρίνονται σε ιατρικούς/ βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς (Πουλόπουλος, 2011). Συνεπώς, η ηλικία, κατά την οποία ένα άτομο παρουσιάζει εξάρτηση από ουσίες αλλά και συμπεριφορές, ποικίλλει (APA, 2013). Οι εξαρτήσεις, συμπερασματικά, δύναται να συνυπάρχουν με κάποια διαταραχή (συνοσηρότητα), να προκαλούν έντονη έκπτωση στους τομείς της καθημερινότητας του ατόμου (ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας) και να αποτελέσουν ένα φαινόμενο, το οποίο χρήζει άμεσης παρέμβασης.

Υποενότητα 2.4^η) Αυτοκτονικότητα

Στην εφηβεία εκδηλώνεται, ακόμη, αυτοκαταστροφική/ αυτοκτονική συμπεριφορά. Η αυτοκτονικότητα χαρακτηρίζεται α) από τον παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό (επιθυμία για αυτοκαταστροφική πράξη), αλλά και β) και από τον ενεργητικό αυτοκτονικό ιδεασμό (συγκεκριμένες σκέψεις, οι οποίες σχετίζονται με καταστροφικές πράξεις τόσο για τον ίδιο του τον εαυτό όσο και για κάποιον τρίτο (Posner et al, 2007). Η αυτοκτονικότητα δύναται να μετρηθεί μέσω τις συχνότητας και τις διάρκειας των σκέψεων αυτών, την ύπαρξη κατασταλτικών παραγόντων, οι οποίοι εμποδίζουν το άτομο να δράσει, όπως επίσης και τους λόγους για να διαπράξει τέτοια ενέργεια (Posner et al, 2007). Στην εφηβεία εμφανίζονται τα υψηλότερα περιστατικά εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στην έρευνα των Miller & Eckert (2009), εμφανίζεται η εφηβική ηλικία να επηρεάζεται από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες και συνθήκες (φτώχεια, οικονομική κρίση, σχολικός εκφοβισμός) και ψυχολογικούς (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ψύχωση, κατάχρηση ουσιών, αντικοινωνική διαταραχή ή διαταραχή διαγωγής).

Γενικότερα, η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία αποτελεί έναν κλάδο, ο οποίος απασχολεί μία μεγάλη μερίδα των επαγγελματιών υγείας, με κεντρικό στόχο την δυνατότητα να εξυπηρετούν αποτελεσματικά τις ανάγκες των ατόμων, τα οποία απευθύνονται σε αυτούς. Με την ανανέωση των εγχειριδίων διάγνωσης γίνεται μια

προσπάθεια για την αποτελεσματικότερη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών, καθώς και για την πρόληψη τους, αναγνωρίζοντας τους παράγοντες επικινδυνότητας. Οι διαταραχές έχουν κοινά, καθώς και διαφορετικά σημεία μεταξύ του, απαιτώντας η ιδιαίτερη προσοχή στην εργασία των ειδικών. Η εφηβεία παρουσιάζεται ως ένα στάδιο, στο οποίο εμφανίζονται οι περισσότερες διαταραχές, λόγω βιολογικών, ψυχολογικών αλλά και κοινωνικών παραγόντων. Ο έφηβος (σύμφωνα με τον Έρικσον) βρίσκεται σε μια συνεχή προσπάθεια να ταυτιστεί με τους άλλους και να διαμορφώσει την ταυτότητα του. Συνεπώς, εναντιώνεται στην αυταρχικές φιγούρες, ακολουθεί κοινωνικά και ηλικιακά πρότυπα (ομάδες ομηλικών) και συνδέεται με την κοινωνικό περίγυρο. Η εμφάνιση άτυπης συμπεριφοράς είναι πιθανότερη, καθώς η εφηβεία είναι μια περίοδος πολλαπλών βιολογικών και αναπτυξιακών κρίσεων (Crews et al., 2006, Andersen & Teicher, 2008, Sawyer et al., 2018). Στην εφηβεία παρατηρείται υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και υπάρχει περίπτωση για παράλληλη χρήση κάνναβης. Η συνοσηρότητα (= ύπαρξη ψυχικής ασθένειας με παράλληλη κατάχρηση ουσιών) στην εφηβεία αποτελεί συχνό φαινόμενο, πιο συγκεκριμένα, όταν ο έφηβος έχει ιστορικό αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης, αλλά και αντικοινωνικής διαταραχής και διπολικής διαταραχής διπλασιάζεται ο παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη εξαρτημένης-από ουσίες- συμπεριφορά (Deas & Brown, 2006). Η ομάδα ομηλικών δύναται να χαρακτηριστεί μια κοινωνική αιτία για την εκδήλωση της εξάρτησης στην διάρκεια της εφηβικής περιόδου, καθώς οι έφηβοι αναζητούν φίλους με τους οποίους να ταυτίζονται (Weinberg et al., 1998).

Κεφάλαιο 3^ο) Θεσμός Ακούσιας Νοσηλείας

Υποενότητα 3.1^η) Θεσμός ακούσιας νοσηλείας σε εθνικό επίπεδο

Ακούσια νοσηλεία (ν.2071/1992) είναι η χωρίς συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία αποτελούν: 1α) Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, 1β) Ο ασθενής να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, 1γ) Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια να επιδεινωθεί η υγεία του και 2) Η νοσηλεία του ασθενή να είναι απαραίτητη για την αποτροπή πράξης βίας του ιδίου ή τρίτου. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις

κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Η ακούσια νοσηλεία, σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου 2071/1992, αποτελεί μια διαδικασία εισαγωγής ατόμων, οι οποίοι πάσχουν από ψυχική ασθένεια, σε ψυχιατρικό ίδρυμα, είτε αφού την αιτηθεί (α) άτομο συγγενές σε ευθεία γραμμή ή και (β) πλαγίας μέχρι και δευτέρου βαθμού, (γ) τον/την σύζυγο ή (δ) άτομο, το οποίο έχει υπογράψει σύμφωνο συμβίωσης με τον ψυχικά νοσούντα, αλλά και (ε) ο δικαστικός συμπαραστάτης στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ατόμου, το οποίο χρήζει ακούσιας ψυχιατρικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 96, η αίτηση, την οποία δύναται να αποστείλουν τα παραπάνω πρόσωπα, στον εισαγγελέα πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, οι οποίοι δεν κατέχουν συγγενική ή συζυγική σχέση με τον ψυχικά πάσχοντα. Οι γνωματεύσεις αυτές αναφέρουν την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, καθώς και την αδυναμία του ασθενούς να κρίνει προς όφελος της υγείας του. Οι ψυχίατροι ή οι παιδοψυχίατροι, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την γνωμάτευση, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του ίδιου νόμου, προέρχονται από κατάλογο, ο οποίος συντάσσεται ανα διετία από τους τοπικό ιατρικό προσωπικό. Αν οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων διαφέρουν, στην περίπτωση αυτή δύναται να συμμετέχει και τρίτος ειδικός. Σημαντική παράμετρος του νόμου αποτελεί η ενημέρωση του ασθενούς από τους υπεύθυνους επαγγελματίες σχετικά με τα δικαιώματά του. Η διαδικασία της εξέτασης του ασθενούς διαρκεί μέχρι και 48 ώρες και έπειτα των τριών ημερών διενεργείται δικαστήριο κεκλεισμένων των θυρών με κεντρικό σκοπό την προστασία της αξιοπρέπειας και την εξασφάλιση ιδιωτικότητας του ασθενούς. Στην δικαστική διαδικασία, ο ψυχικά πάσχων δικαιούται να παρουσιαστεί με δικηγόρο αλλά και ψυχίατρο, ορισμένους από τον ίδιο. Αν κριθεί δεκτή η αίτηση για την νοσηλεία του ασθενούς, τότε συνεχίζεται η παραμονή του στην ψυχιατρική κλινική, ενώ στην περίπτωση, κατά την οποία η αίτηση απορρίπτεται, διατάζεται η άμεση έξοδος του (νόμος 2071/1992, αρ. 96, παρ. 8).

Με την διαπίστωση, ότι οι προϋποθέσεις διενέργειας ακούσιας νοσηλείας εκλείβουν, τότε διακόπτεται και η νοσηλεία του ασθενούς και να χορηγηθεί εξιτήριο στον ασθενή και να κοινοποιηθεί έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα (ν. 2071/1992, αρ.99, παρ. 1). Η νοσηλεία μπορεί, επίσης, να διακοπεί έπειτα από αίτημα συγγενικού

προσώπου ή και του ίδιου του ασθενούς, όπως επίσης και του επιτρόπου του, το οποίο πρέπει να γίνει δεκτό από το πρωτοδικείο, ώστε να πραγματοποιηθεί (ν. 2071/1992, αρ.99,παρ.3). Η διάρκεια της νοσηλείας δεν δύναται να υπερβεί τους 6 μήνες (ν. 2071/1992,αρ.99,παρ.2), παρά μόνο εξαιρετικών περιπτώσεων με την ορισμό μια τριμελούς επιτροπής (θεράπων ψυχίατρος, και ακόμα δύο ψυχίατροι ορισμένοι από την εισαγγελία) (ν. 2071/1992,αρ.99.παρ.4).

Όσον, όμως, αφορά στην ακούσια νοσηλεία ανηλίκων δεν υπάρχει εξειδικευμένο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο να ρυθμίζει την διαδικασία συγκεκριμένα, για τους ανήλικους. Πάντως, η ακούσια νοσηλεία ανηλίκων ρυθμίζεται όμοια από τον εισαγγελέα ανηλίκων για παιδιά έως και τα 18 έτη και ακολουθεί τον νόμο 2071/1992 και πιο συγκριμένα τα άρθρα 95 και 96 (περί προϋποθέσεων και διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας). Συνεπώς, σύμφωνα με το άρθρο 98 του νόμου περί νοσηλείας, οι συνθήκες της νοσηλείας δύναται να εξυπηρετούν τις ανάγκες του ασθενούς, να δέχεται σεβασμό και να προστατεύεται η αξιοπρέπεια του, γεγονός το οποίο υπογραμμίζει την προσαρμοστικότητα του νόμου ανάλογα με το προφίλ και τις ξεχωριστές ανάγκες του ενήλικου και (ανήλικου) ασθενούς με γνώμονα το συμφέρον.

Υποενότητα 3.2^η) Θεσμός ακούσιας νοσηλείας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Στην έρευνα του Kallert et al., η οποία πραγματεύεται τις διαφορές και τις ομοιότητες των νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικά με την ακούσια νοσηλεία, υπογραμμίζονται οι διαφορές στις κλινικές συνθήκες της ψυχικής ασθένειας, τα κριτήρια, τα οποία ορίζουν την κατάσταση ανάγκης και επικινδυνότητας, αλλά και την διαδικασία λήψης αποφάσεων και τα δικαιώματα των ασθενών. Παρατηρείται μεγάλο εύρος σχετικά με τα κριτήρια, τα οποία ορίζουν τις παθολογικές ψυχικά συμπεριφορές με τις περισσότερες χώρες να δίνουν έμφαση στον όρο «ψυχική διαταραχή» ή «ψυχική ασθένεια» (Βουλγαρία, Τσέχικη Δημοκρατία, Αγγλία, Γερμανία, Ελλάδα, Πολωνία, Σλοβακία, Ισπανία) (Kallert et al., 2012). Σημαντικός δύναται να χαρακτηριστεί ο κεντρικός στόχος για τον περιορισμό της επίδρασης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας στον σχηματισμό και τροποποίηση ξεχωριστών νομικών πράξεων σχετικά με την ακούσια νοσηλεία στις περισσότερες μεσογειακές χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία) (Salize et al., 2002). Μια ακόμη διαφορά, η οποία μπορεί να σημειωθεί, αποτελεί η διαφορά στον καθορισμό των κριτηρίων σχετικά με

τα κριτήρια επικινδυνότητας (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, βλάβη υγείας και παρουσίας τρίτων), τα οποία θέτουν επιτακτική την ακούσια νοσηλεία (Kallert et al.,2012). Παρά τις λεπτομερειακές διαφορές, ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας βρίσκει τόσο κοινά χαρακτηριστικά όσο και κοινούς σκοπούς σε όλα τα κράτη της Ευρώπης, με το πιο σημαίνον την διασφάλιση της υγείας του ψυχικά ασθενούς, την προαγωγή της ευημερίας του με γνώμονα τις ανάγκες του, αλλά και την επανένταξη του στην καθημερινότητα (Kallert et al., 2012, Salize et al.2002, Salize & Dressing, 2004).

Κεφάλαιο 4^ο) Παρέμβαση της Κοινωνικής Εργασίας στον Θεσμό της Ακούσιας Νοσηλείας

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια πρακτική, αλλά και έναν θεσμό, οποίος ανήκει στις παρεμβάσεις της επείγουσας νοσηλευτικής. Η επείγουσα ψυχιατρική θεωρείται ένας κλάδος της ψυχιατρικής, ο οποίος υπογραμμίζει την αναγκαιότητα νοσηλείας και άμεσης αντιμετώπισης, όταν πρόκειται για μία κατάσταση, στην οποία δύναται να παρατηρηθεί μεταβολή της συμπεριφοράς, της σκέψης και του συναισθήματος (Riba & Ravindranath, 2010). Η παρέμβαση στην κλάδο αυτό έχει ως γνώμονα την προστασία του ασθενούς, του οικείου, αλλά και του γενικότερου περιβάλλοντος από την καταστροφική συμπτωματολογία, η οποία εκδηλώνεται εκείνη την στιγμή (Riba & Ravindranath, 2010). Η απότομη εκδήλωση των συμπτωμάτων, όπως επίσης και η σημαντικότητα της προφύλαξης της σωματικής ακεραιότητας οδηγούν τους επαγγελματίες να λάβουν άμεσες ενέργειες, με σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς και των φροντιστών του (Irving et al, 2006). Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί ακολουθούν την παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης μέσα από την συνεργασία με όλα τα εμπλεκόμενα μέλη (ασθενή, οικογένεια, σχολείο, κοινότητα κ.α.) (Van Der Post et al, 2010).

4.1^η) Μοντέλο παρέμβασης σε κρίση

Μία από τις προσεγγίσεις της παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας, η οποία έχει αναδειχθεί στους τομείς της πρόληψης αυτοκτονιών, της γεροντολογίας, της

ψυχικής υγείας, της ενδοοικογενειακής κακοποίησης και της σχολικής κοινωνικής εργασίας, αποτελεί η «παρέμβαση στην κρίση» (Knox & Roberts, 2001). Η «παρέμβαση στην κρίση» ορίζεται ως η παροχή επείγουσας ψυχολογικής φροντίδας στα άτομα και παράλληλα λειτουργεί τόσο για την πρόληψη όσο και για τον μετριασμό των πιθανών αρνητικών επιπτώσεων του ψυχολογικού τραύματος. Η παρέμβαση αυτή έχει απώτερο σκοπό να συμβάλλει στην επαναφορά της ισορροπίας των ατόμων (Flannery & Everly, 2000) .

Ο όρος «κρίση» χρησιμοποιείται με σκοπό να περιγράψει τις καθημερινές καταστάσεις, τις οποίες βιώνουν οι άνθρωποι και οι οποίες τους προκαλούν συναισθήματα απόγνωσης, θυμού, θλίψης, σοκ, στρες κα. (Gollan, 1978). Ετυμολογικά η λέξη κρίση προέρχεται από το ρήμα «κρίνω», δηλαδή κάνω εκτίμηση, ασκώ κριτική, «εκφράζω την γνώμη μου για κάτι» και σημαίνει αφενός τη «διαδικασία λήψης αποφάσεων, την ικανότητα του ατόμου να εμβαθύνει λογικά και να καταλήγει σε ορθά συμπεράσματα», αφετέρου τη «διαταραχή της ομαλής πορείας μια διαδικασίας, την κακή λειτουργία ή την έμπρακτη αμφισβήτηση δομών, αξιών, θεσμών» (Μπαμπινιώτης, 2019). Για τον Roberts, κρίση θεωρείται μια περίοδος ανισορροπίας και χαρακτηρίζεται από έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου ή και μιας ομάδας, καθώς δεν δύναται να αντιμετωπίσει τη κατάσταση με συνήθεις μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων που διαθέτει (Roberts, 2000).

Η κρίσεις διακρίνονται σε ευρύτερους τύπους, οι οποίοι διαφοροποιούνται ανάλογα με τον εκάστοτε θεωρητικό θεμελιωτή τους. Ο Carlan, όπως επίσης κι άλλοι θεωρητικοί, εμπνεύστηκαν από τον Αναπτυξιακό Θεωρητικό Erikson, ο οποίος θεμελίωσε το μοντέλο των αναπτυξιακών σταδίων, το οποίο βασίζεται σε κρίσεις και επιτεύγματα, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα (Roal, 1990). Ως αποτέλεσμα, λοιπόν, ο Carlan διακρίνει τις κρίσεις σε τρεις κατηγορίες: (α) τις αναπτυξιακές, οι οποίες αναφέρονται σε μεταβατικές περιόδους, οι οποίες προκαλούν αναστάτωση γνωστική και συναισθηματική, (β) περιστασιακές κρίσεις, οι οποίες αναφέρονται σε γεγονότα, τα οποία προκαλούν ψυχική αναστάτωση, όπως επίσης και διαταραχή συμπεριφοράς, και (γ) υπαρξιακές, οι οποίες αφορούν εσωτερικές συγκρούσεις και άγχη του ατόμου (Halpern, 1973).

Ο εμπνευστής της προσέγγισης «παρέμβαση στην κρίση» ήταν ο Lindemann (1944), ο οποίος διεξήγαγε μελέτη, «Συμπτωματολογία και χειρισμός οξείας θλίψης»,

που αφορούσε άτομα τα οποία είχαν συγγενικούς δεσμούς με θύματα καταστροφικής πυρκαγιάς και βίωναν θλίψη εξαιτίας αυτού. Στη μελέτη αυτή διαπίστωσε πως οι αντιδράσεις πένθους των ατόμων σε μια τραγική κατάσταση θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί, αν τα άτομα είχαν διαχειριστεί προηγούμενες καταστάσεις στο παρελθόν, αλλά και να μην αντιμετωπιστούν με επιτυχία, αν τα άτομα δεν είχαν ξεπεράσει παρελθοντικές τους κρίσεις (Payne, 2021). Ο Carlan επικεντρώθηκε στην ανάγκη του ατόμου να βρίσκεται σε κλίμα ισορροπίας και ασφάλειας με το περιβάλλον του. Όταν η ισορροπία αυτή κινδυνεύει, το άτομο ενεργοποιεί μηχανισμούς άμυνας με κύριο στόχο την επαναφορά της κανονικότητας (Poal, 1990). Οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί δεν επαρκούν σε καταστάσεις κρίσης και το άτομο χρειάζεται να υιοθετήσει νέους (Flannery & Everly, 1999).

Ιδιαίτερα διαδεδομένο είναι το πλάνο παρέμβασης του Roberts A. (2005), το οποίο αποτελείται από επτά στάδια, τα οποία είναι διαδοχικά και έχουν στόχο την σταθεροποίηση της κατάστασης κρίσης, στην επίλυση της κρίσης και στον έλεγχο-τιθάσευση της κατάστασης. Πρώτο στάδιο αποτελεί η ψυχοκοινωνική εκτίμηση και η εκτίμηση της επικινδυνότητας, δεύτερο στάδιο η άμεση εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, τρίτο στάδιο η εξέταση των παραμέτρων του προβλήματος με σκοπό τον ορισμό του, στη συνέχεια, τέταρτο στάδιο αποτελεί η ενθάρρυνση της συναισθηματικής έκφρασης, πέμπτο στάδιο η διερεύνηση και εκτίμηση παλαιότερων τρόπων αντιμετώπισης και προσπαθειών για ανάπτυξη σχεδίου δράσης, το έκτο στάδιο αναφέρεται στην επαναφορά της λειτουργικότητας με την εφαρμογή του σχεδίου δράσης και τελευταίο στάδιο αποτελεί την μετά- παρακολούθηση.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μέλη τις διεπιστημονικής ομάδας και εξυπηρετούν τόσο τους ψυχικά ασθενείς όσο και τις οικογένειες τους. Μέσα από το μοντέλο της παρέμβασης στην κρίση, ο επαγγελματίας προσπαθεί να υποστηρίξει τον ασθενή και το περιβάλλον του, αλλά και να συμβάλλει στην θεραπεία του. Οι ασθενείς, οι οποίοι έχουν νοσηλευτεί ακούσια βιώνουν αισθήματα προδοσίας, θυμού, φόβο, καθώς και δυσπιστία προς τις οικογένειες τους, αλλά και προσπαθούν να σχηματίσουν έναν τύπο δεσμού με το διεπιστημονικό προσωπικό (Stylianidis et al, 2017). Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι εργάζονται με σοβαρά περιστατικά ψυχικής ασθένειας, υπογραμμίζουν την σημασία της πρόληψης στην δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος, μέσα από τον περιορισμό των επικινδυνότητας παραγόντων, λόγω των οποίων ο ασθενής να μην καθίσταται επιρρεπής σε κρισιακά

συμβάντα, να περιορίσουν τα ήπια συμπτώματα να λάβουν σοβαρές διαστάσεις, αλλά και τις ήδη εγκατεστημένες σοβαρές ψυχικές διαταραχές να προκαλέσουν μόνιμη αναπηρία (Pasewark & Albers, 1972). Οι καταστάσεις κρίσης σε υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας είναι πολυδιάστατες, καθώς η ψυχική νόσος αποτελεί κρίση τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την οικογένεια του. (Δημοπούλου-Λαγωνίκα et al., 2011)

Η κοινωνική εργασία με το ψυχικά νοσούν άτομο ακολουθεί τόσο τον δεοντολογικό κώδικα της κοινωνικής εργασίας όσο και τον ίδιο τον νόμο περί ακούσιας νοσηλείας (ν.2071/1992,αρ.98) για την εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ατόμου, το οποίο νοσηλεύεται, αλλά και την προσαρμογή της παραμονής του ανάλογα με τις ανάγκες του, δεικνύοντας τον ανάλογο σεβασμό. Για να πραγματοποιηθούν τα παραπάνω, οι επαγγελματίες δύνανται να δίδουν στις απόψεις και στα συναισθήματα του ασθενούς την ανάλογη βαρύτητα από την αρχή έως και το τέλος της νοσηλείας (Priebe et al., 2009). Επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της από κοινού λήψης αποφάσεων και της παροχής ενημέρωσης σχετικά με την νοσηλεία, αποτελεί η άρση όλων των αντιστάσεων του ψυχικά νοσούντα για την θεραπεία του, ειδικά όταν αυτή βρίσκεται σε κατάσταση άμεσης παρέμβασης(Μαρτινάκη et al., 2019).

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια του ψυχικά ασθενούς ακολουθεί τις αρχές της εργασίας με ομάδα, καθώς και τα στάδια της παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσης. Τα άτομα της οικογένειας, όπως κάθε άτομο μεμονωμένα, δύνανται να αντιλαμβάνονται την ακούσια νοσηλεία του μέλους της οικογενείας ως ένα είδος απουσίας και να βιώνουν αισθήματα άρνησης, πένθους, αλλά και φόβου και φόβου στιγματισμού (Μαρτινάκη et al, 2019, Halpern, 1973). Συνεπώς, οι στόχοι της εργασίας με την οικογένεια συνάδουν με τους αυτούς την εργασίας με ομάδες, όπως η βελτίωση της επικοινωνίας, η έκφραση των συναισθημάτων και γενικότερη η οικοδόμηση της αποδοχής από τα μέλη για την κατάσταση (Toseland & Rivas, 2009).

Κεφάλαιο 5^ο) Γενικά Θέματα Βιοηθικής στην Ψυχιατρική

5.1^η) Ηθικά και Βιοηθικά Διλήμματα σχετικά με την ακούσια νοσηλεία

Από τις προηγούμενες δεκαετίες έχει αναδειχθεί η σημασία του επαγγελματικού δεοντολογικού κώδικα σε ποικίλους επαγγελματικούς κλάδους, όπως της κοινωνικής εργασίας, της νομικής, της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της μηχανολογίας, της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής κα., με κεντρικό σκοπό την επίλυση βασικών πρακτικών δυσκολιών για τις οποίες κατέχουν μερίδιο ευθύνης (Reamer, 1983). Ο ηθικός κώδικας απαιτεί την τήρηση ορισμένων αρχών, οι οποίες αποτελούν κεντρικό πυρήνα της εργασίας του. Βασικές από αυτές τις αρχές αποτελούν ο σεβασμός στον εξυπηρετούμενο και στο δικαίωμα του να αυτοπροσδιορίζεται, όπως επίσης και η προαγωγή της ευημερίας του, της ισότητας του και ο περιορισμός των ανισοτήτων, με άμεση συνέπεια την κοινωνική απομόνωση και περιθωριοποίηση του (Proctor et al., 1993).

Η εργασία των επαγγελματιών (ιδιαίτερα αυτών, οι οποίοι ασχολούνται στον τομέα της υγείας και της ψυχικής υγείας), η οποία έχει στόχο την αξιοπρέπεια και την ευημερία συναντά διλήμματα, τα οποία δύναται να αποτελέσουν τροχοπέδη στην αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων (Chatzifotiou & Papouli, 2022). Η υπογράμμιση των ορισμών «ηθικά προβλήματα» και «ηθικά διλήμματα» δύναται να συμβάλλει τόσο στον διαχωρισμό των δύο αυτών ξεχωριστών εννοιών όσο και στον καθορισμό των εμποδίων, τα οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στην καθημερινή τους εργασία με τους εξυπηρετούμενους. Σύμφωνα με την Sarah Banks (2012) τα «ηθικά προβλήματα» προκύπτουν όταν ο επαγγελματίας κρίνει την δυσκολία λήψης ηθικής απόφασης σε μία κατάσταση, αλλά είναι προφανής η ορθή πορεία δράσης, ενώ αντίθετα τα «ηθικά διλήμματα» παρουσιάζονται, στην περίπτωση στην οποία ο επαγγελματίας αντιμετωπίζει εσωτερική σύγκρουση ηθικών του αξιών μέσα από την επιλογή δύο ανεπιθύμητων εναλλακτικών.

5.2^η) Βιοηθικά Διλλήματα και Ψυχιατρική Βιοηθική

Ηθικά προβλήματα και διλλήματα δύναται να παρατηρηθούν και στο πεδίο της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας, καθώς σύμφωνα με τα προαναφερθέντα υπάρχει σύγκρουση ηθικών αξιών με έναν θεσμικά ορισμένο τρόπο δράσης στην συγκεκριμένη κατάσταση. Όταν εφαρμόζεται η ακούσια νοσηλεία κλονίζονται βασικές σημαντικές αρχές, τις οποίες ασπάζονται οι επαγγελματίες στην διάρκεια της εργασίας τους, όπως το δικαίωμα για αυτό-προσδιορισμό, την πληροφορούμενη συναίνεση, την εμπιστευτικότητα και την ιδιωτικότητα των προσωπικών δεδομένων, όπως επίσης και των επαγγελματικών ορίων κυρίως σε θέματα επικινδυνότητας βλάβης του ασθενούς και των οικείων του (Chatzifotiou & Papouli, 2022, Fisher et al., 2002).

Στον τομέα τις διαχείρισης τόσο των εισαγγελικών περιστατικών στην ψυχιατρική όσο και των επαγγελματικών ηθικών εμποδίων και διλημάτων έρχονται στην επιφάνεια κάποια σημαντικά ζητήματα βιοηθικής. Ο όρος βιοηθική συμπεριλαμβάνει ποίκιλλα γνωστικά αντικείμενα και άλλους κλάδους της εφαρμοσμένης ηθικής (Ηγουμενίδης, 2020). Ο τομέας της βιοηθικής αποτελεί μια περισσότερο σύγχρονη θεώρηση σε σχέση με την παραδοσιακή ιατρική ηθική, η οποία εστίαζε στην θεραπευτική σχέση του επαγγελματία με τον ασθενή, αλλά και την ηθικότητα του «καλού» επαγγελματία (Kuhse & Springer, 2009). Συνεπώς, μέσα από την βιοηθική υπογραμμίζονται οι βασικές αξίες του ατόμου της αυτονομίας, του δικαιώματος επιλογής και της προστασίας της υπόστασης του στα εξελιγμένα μονοπάτια των επιστημών εκσυγχρονίζοντας τα θέματα της δεοντολογίας και τους κώδικες ηθικής (Potter, 1970, Fisher et al., 2002).

Η βιοηθική, καθώς και τα ζητήματα, τα οποία αφορούν το πεδίο, θεμελιώθηκε με το πέρας του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, με τις Δίκες της Νυρεμβέργης ενάντια στα εγκλήματα, τα οποία είχαν διαπραχθεί από τις ναζιστικές δυνάμεις, το 1947 με την σύνταξη του Κώδικά της Νυρεμβέργης, ο οποίος υπογράμμιζε βασικά θέματα περί αυτονομίας, ευεργεσίας, σεβασμού και μη βλάβης του ατόμου, το οποίο συμμετείχε σε πειραματικές διαδικασίες (Shuster, 1997). Δύναται να χαρακτηριστεί, ακόμη, σημαντική η Ευρωπαϊκή Συνθήκη για τα ανθρώπινα δικαιώματα και βιοϊατρικής το 1997 (Συνθήκη του Οβιέδο), η οποία όρισε μεταξύ άλλων, την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου σε ζητήματα ιατρικής σχετικά με την τεχνητή

γονιμοποίηση, έκτρωση αλλά και την ευθανασία (Andorno, 2005). Διακηρύξεις, οι οποίες ορίζουν τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς, αποτελούν η Διακήρυξη της Χαβάης, το 1977 και η Διακήρυξη της Μαδρίτης, το 1996. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Χαβάης (1977), υπογραμμίστηκαν οι ηθικές αρχές της προστασίας του ασθενούς τόσο της αυτονομίας του όσο και των δικαιωμάτων του ως ατόμου αδύναμου, μέσω της καταγραφής κανόνων και κατευθυντήριων οδηγιών στις παρεμβάσεις των ειδικών, όπως επίσης και της εξασφάλισης των βασικών αρχών της ωφελιμότητας και της εμπιστευτικότητας στις δράσεις τους (Helmchen & Okasha, 2000). Στην Διακήρυξη της Μαδρίτης (1996) επεκτάθηκε η προσέγγιση σε βασικά σημεία σχετιζόμενα με την ψυχική ασθένεια και την θέση του επαγγελματία σε θέματα ευθανασίας, αυτοκτονίας, γενετικής, μεταμόσχευσης όπως επίσης και τέθηκαν τα ηθικά ζητήματα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Okasha, 2000).

Το πλαίσιο εφαρμογής της ψυχιατρικής επιστήμης από τους ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές) αποτελείται από νομικά, επιστημονικά και ηθικά επίπεδα (Σικλαφίδου et al., 2012). Σύμφωνα με (α) το νομικό επίπεδο, αναφέρεται σε νομικούς κανόνες, των οποίων η τήρηση θεωρείται υποχρεωτική και η μη συμμόρφωση στο θεσμικό πλαίσιο συνεπάγεται με δυσμενείς επιπτώσεις (όπως π.χ. αποζημίωση, ποινές κα.), (β) το επίπεδο των ηθικών πεποιθήσεων, οι οποίες απορρέουν από τις επιστημονικές γνώσεις και τον ρόλο το επαγγελματία σύμφωνα με τις ηθικές αξίες της εργασίας του, γεγονός ο οποίο εγείρει την κοινωνική μομφή σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν τηρούνται οι επαγγελματικές αξίες και, τέλος, (γ) τις κοινωνικές και κοινοτικές αξίες, οι οποίες αποτελούνται από τις θεραπευτικές σχέσεις, την διαχείριση και επίλυση των ζητημάτων, τα οποία σχετίζονται με την ψυχική υγεία (Σικλαφίδου et al., 2012).

Ένα από τα ζητήματα και παραμέτρους της άσκησης της βιοηθικής δεοντολογίας αποτελεί ο θεσμός της ακούσιας νοσηλείας, καθώς η εφαρμογή του ρυθμίζεται από το θεσμικό πλαίσιο, το οποίο διασφαλίζει και υπογραμμίζει την επιτακτική νοσηλεία του ψυχικά πάσχοντα σε καταστάσεις υψηλής επικινδυνότητας (Tannsjo, 2004). Συνεπώς, για την ακούσια νοσηλεία του ασθενή δύναται να σημειωθούν σημαντικές κατευθυντήριες γραμμές, έτσι ώστε η δράση του επαγγελματία να χαρακτηρίζεται από ηθική.

5.3^η) Ηθική φιλοσοφία και ψυχιατρική

Στην πρακτική εφαρμογή της ψυχιατρικής δεοντολογίας και ηθικής συμπράττουν οι ωφελμιστικές και δεοντολογικές θεωρίες (Καραβάτος, 2015). Βασική αρχή στην Ωφελμιστική ηθική είναι η αναζήτηση του μέγιστου καλού και της ευημερίας μέσα από τις αξίες του δικαίου, του μη βλαπτικού και του αγαθού, αλλά και η κρίση μια πράξης «ορθής» η «λάθους», εστιάζει στις συνέπειες της πράξης αυτής καθαυτής (Foot, 1985). Στο πεδίο αυτό, σύμφωνα με τον Hare (2007), υπογραμμίζεται η λειτουργικότητα της ωφελμιστικής ηθικής στην ηθική της ψυχιατρικής, καθώς ο ωφελμισμός συχνά εγκαταλείπεται λόγω της σύγκρουσης των ωφελμιστικών συμπερασμάτων και των αρμοδιοτήτων του επαγγελματία.

Υπό το πρίσμα της Δεοντοκρατίας, η συγκεκριμένη προσέγγιση πραγματεύεται την ύπαρξη κανόνων, οικουμενικών και απαραβίαστων, οι οποίοι πρέπει να τηρούνται από όλους και συνήθως δηλώνονται με την μορφή απαγορεύσεων (Kant, 1998). Κεντρική ιδέα της Καντιανής (όπως ονομάστηκε από τον θεμελιωτή της)- δεοντολογικής ηθικής αποτελεί η έννοια της ατομικής αυτονομίας (Robertson et al, 2007). Στον τομέα της ψυχιατρικής η δεοντολογία δύναται να καταστεί αντιληπτή μέσα από τις πράξεις, οι οποίες προάγουν την ευημερία του ασθενούς, την αναγνώριση των ορίων και των ικανοτήτων, την προστασία του ασθενούς και την ανάδειξη της υπευθυνότητας, της συνέπειας και του σεβασμού στα πλαίσια της άσκησης επαγγέλματος (Primeau, 2002).

Η Ηθική της φροντίδας είναι μια σύγχρονη εκδοχή της θεωρίας της αρετής χρησιμοποιώντας φεμινιστικές και ψυχολογικές έννοιες και υπογραμμίζοντας την σημαντικότητα των συναισθημάτων στην ηθική σκέψη (Bloch & Green, 2006). Η θεωρία της Ηθικής της φροντίδας παρουσιάζει την σχέση μεταξύ των ατόμων ως το σημείο αφετηρίας της, συγκριτικά με την ηθική της Δεοντοκρατίας και του Ωφελμισμού (Lachman, 2012). Βασικά στοιχεία της ηθικής αυτής για την λήψη αποφάσεων (στο πλαίσιο του νοσοκομείου) είναι η ενσυναίσθηση, η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη και η συμπάθεια των διαπροσωπικών σχέσεων, αξιολογώντας την ικανότητα και την γνώση για φροντίδα των ατόμων μεταξύ τους, όπως επίσης και το περιβάλλον μέσα στο οποίο εκφράζονται αυτά τα συναισθήματα (Carper, 1979, Καραβάτος, 2015).

Άλλη μια προσέγγιση στην ηθική φιλοσοφία αποτελεί η καζουιστική, ή αλλιώς περιπτωσιολογία. Η περιπτωσιολογία βασίζεται σε περιπτώσεις-περιστατικά και όχι σε ηθικές αρχές και θεωρητικές αξιολογήσεις, παράγοντας, κατά αυτόν τον τρόπο, έναν αλγόριθμο, ο οποίος δύναται να εφαρμοσθεί σε δύσκολες ηθικές επιλογές/ διλήμματα (Robertson et al., 2007). Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την πεποίθηση, ότι λύσεις σε διλήμματα δύναται να βρεθούν μέσα από ανάλογες ή όμοιες περιπτώσεις (Hughes, 2005). Συνεπώς, η χρήση περιπτώσεων ως παραδείγματα και ως συγγενών περιστατικών παρουσιάζεται ιδιαίτερα βοηθητική στους κλάδους τις ψυχιατρικής και γενικότερα στην ιατρική και στις επιστήμες υγείας και ψυχικής υγείας (Καραβάτος, 2015).

Κεφάλαιο 6^ο) Ειδικά Θέματα Βιοηθικής στην Παιδοψυχιατρική Δεοντολογία

Ο κλάδος της ηθικής στο τομέα της υγείας έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο, ο οποίος προστατεύει την υπόσταση και την αξιοπρέπεια του ασθενούς υπό το πρίσμα των βασικών αρχών: (α) σεβασμός στην αυτονομία, (β) η αρχή του «μη βλάπτειν», (γ) η ευεργεσία, αλλά και (δ) δικαιοσύνη (Beauchamp & Childress, 2009). Κύριο παράγοντα των αρχών αυτών στο σύστημα υγείας και φροντίδας, αποτελεί η μεγιστοποίηση της ευημερίας του ασθενούς μέσα από τις προτιμήσεις του ίδιου για την υγεία του, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1948). Στο πεδίο, όμως, της ακούσιας νοσηλείας ψυχιατρικά ανήλικων ασθενών, δύναται να προκύψουν διλήμματα, καθώς και συγκρούσεις ανάμεσα στις ανάγκες του νόμου με τις ανάγκες, τις οποίες εκφράζει ο ίδιος ο ασθενής και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον (Kaltiala-Heino & Eronen, 2015). Η νοσηλεία και η συνεργασία με τον ανήλικο ασθενή στον τομέα της ψυχικής υγείας θέτει διαφορετικά διλήμματα και προβληματισμούς στον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο επαγγελματίας έρχεται σε επαφή με ανήλικο ασθενή, οι γενικές προσεγγίσεις θέτουν στο επίκεντρο το συμφέρον του ανηλίκου, όσον αφορά το απόρρητο, αλλά και τον γνήσιο σεβασμό προς το παιδί και την οικογένεια του άνευ διακρίσεων (Schetky, 1995). Η συνεργασία με ψυχικά νοσούντες ασθενείς κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, προϋποθέτει και την γενικότερη εργασία με την οικογένεια, το σχολείο, αλλά και με τα συστήματα απονομής δικαιοσύνης και τις υπηρεσίες, οι οποίες προστατεύουν και λειτουργούν προς όφελος

του παιδιού (De Sousa, 2010). Συνεπώς, το ζήτημα του απορρήτου είναι σημαντικό για την συνέχιση της συνεργασίας του παιδιού με τον επαγγελματία, όπως επίσης και της άρσης του απορρήτου σε καταστάσεις, κατά τις οποίες το παιδί διατρέχει άμεσο κίνδυνο (όπως σεξουαλική παρενόχληση, τάση αυτοκαταστροφής κα.) (Appelbaum, 2002).

Άλλο ένα θέμα, το οποίο συμπεριλαμβάνει και ζητήματα βιοηθικής αποτελεί η αντικειμενικότητα των διαγνωστικών γνωματεύσεων, αλλά και η ενημέρωση/πληροφόρηση τους σχετικά με την διάγνωση τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και γονέα (Sayal, 2006). Η διαδικασία της διάγνωσης βασίζεται σε μια προσπάθεια του ψυχιάτρου να εξετάσει τον ασθενή βάσει των εγχειριδίων DSM-V, καθώς και ICD-11 μέσα από την κλινική εικόνα του κάθε ατόμου (First et al., 2018). Επίσης, οι συνεντεύξεις με την οικογένεια και το σχολείο αποτελούν ακόμα ένα βήμα στην διαγνωστική διαδικασία (Pies, 2005). Συνεπώς η διάγνωση στον τομέα της ψυχιατρικής είναι μια μακρόχρονη διαδικασία, η οποία εμπεριέχει το υποκειμενικό στοιχείο από τα δεδομένα τα οποία έχει συλλέξει ο επαγγελματίας από την καθημερινότητα του ατόμου (Pies, 2007). Διατρέχει, ακόμη, ο κίνδυνος της λανθασμένης διάγνωσης σε διαταραχές, στις οποίες έχουν κοινή συμπτωματολογία (συνοσηρότητα) (Pies, 2007).

Η αυτονομία και η συμμετοχή του παιδιού/εφήβου στην λήψη των αποφάσεων σχετικά με την νοσηλεία του αποτελεί ένα κομβικό θέμα βιοηθικής. Το ζήτημα περί αυτονομίας του ασθενούς δύναται να παρατηρηθεί σε περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, καθώς ο ασθενής δεν βρίσκεται στην κατάσταση να κρίνει ο ίδιος για το συμφέρον του (Norvoll et al., 2018). Όταν η ακούσια νοσηλεία αφορά ανήλικο ασθενή, ο οποίος στερείται της ικανότητας να κρίνει λογικά θέτοντας σε κίνδυνο τον ίδιο αλλά και τους οικείους του, ο επαγγελματίας λαμβάνει τις αποφάσεις με γνώμονα το μέγιστο συμφέρον και την ευημερία του, καθώς και του ευρύτερου περιβάλλοντος του (Chodoff, 1984). Συνεπώς, ο νόμος είναι αυτός, ο οποίος δίνει την λύση στο ιατρικό δίλημμα της αυτονομίας και καθιστά την διεπιστημονική ομάδα ικανή να λάβει τις απαραίτητες αποφάσεις για τον ασθενή, δουλεύοντας από κοινού με τις σημαντικές οικογενειακές του φιγούρες (Foureur & Galmiche, 2019). Το ζητούμενο, όμως, πέρα από την προφανή επίλυση της κρίσης με την ακούσια εισαγωγή του ανήλικου ασθενούς είναι το πραγματικό συμφέρον του παιδιού με βάση

της δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας και των αρχών της βιοηθικής σε μικρο-μέσο-μάκρο επίπεδο.

Σημαντικό δύναται να χαρακτηριστεί και η ύπαρξη ορίων τόσο στην συνεργασία με τους ανήλικους ασθενείς και τις οικογένειες τους όσο και με την ομάδα των επιστημόνων, στην οποία συνεργάζονται μεταξύ τους, με σκοπό την νοσηλεία της ψυχικής ασθένειας. Η διεπιστημονικότητα αποτελεί βασικό εργαλείο στην αντιμετώπιση της διαταραχής, καθώς πρόκειται για μια ολιστική προσπάθεια επαναφοράς της λειτουργικότητας (Sabin & Harland, 2017). Η παρεμβάσεις του κάθε επαγγελματία αφορούν σε ξεχωριστά κομμάτια της νοσηλεία του ασθενούς (όπως, για παράδειγμα, η λήψη του ιστορικού από τους κοινωνικούς λειτουργούς και η πρώτη επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον, η διαγνωστικές προτάσεις και οι θεραπευτικές συνεδρίες με τους ανήλικους και τις οικογένειες του από τους ψυχολόγους κ.α.) και η θέσπιση επαγγελματικών ορίων στην διάρκεια της εργασίας (κάτω από έναν κοινό σκοπό), θέτει την επικοινωνία πιο εποικοδομητική, με λιγότερες συγκρούσεις και διαφωνίες (Postema, 1980).

Το αίτημα για αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου προβάλλεται ως αίτημα πρώτα από τους ίδιους τους γονείς και, ως επόμενο βήμα, ακολουθεί η συνάντηση με τον ανήλικο ασθενή (Miller et al, 2008). Η γονείς είναι αυτοί, οι οποίοι δίνουν μια πρώτη εικόνα, μια υποκειμενική περιγραφή της κατάστασης του ανήλικου με την συμπτωματολογία, την οποία εκδηλώνει (Waring & Ricks, 1965). Συνεπώς, οι επαγγελματίες στον αυτόν τον τομέα αντιμετωπίζουν διλήματα αναφορικά με τον αποδέκτη των θεραπευτικών τους παρεμβάσεων. Η εμφάνιση και καταπολέμηση των ψυχικών συμπτωμάτων μιας ψυχικής νόσου συνεργάζονται και με τους γονείς, αλλά και με τον ανήλικο, καθώς το σύστημα του οικογενειακού συστήματος και η γονεϊκή παθολογία αναπαράγει την συμπτωματολογία του ανήλικου (Γκριτζέλας, 2015). Συνεπώς πρόκειται για μια ταυτόχρονη εργασία τόσο με τον ανήλικο ασθενή όσο και με τους φροντιστές του.

Τα παιδιά και έφηβοι, με την θεραπεία τους, δύναται να μένουν σε επαφή με την κοινότητα τους είτε αυτή είναι υποστηρικτική (συμβούλους, οικογένεια) είτε παιδαγωγική (σχολείο) είτε πολιτισμική (θέατρα, μουσεία) (Foy & Perrin, 2010). Δεν δύναται να θεωρείται μια νοσηλεία θεραπευτική αν δεν καλύπτει τις ανάγκες των ψυχικά ανήλικων ασθενών για επικοινωνία μέσα σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, στο

οποίο ανήκουν και τους αποκλείει μέσω του εγκλεισμού (Γκριτζέλας, 2015). Η αποκοπή του ανηλίκου από την κοινότητα του έχει την δυνατότητα να χαρακτηριστεί κακοποιητική και να έχει αρνητικές συνέπειες στον ασθενή και στην επανένταξη του με το πέρας της νοσηλείας του (Patel et al, 2013).

Σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες διενεργείται ακούσια του ανηλίκου σε ψυχιατρικό κατάστημα (όπως έγινε αναφορά στον θεσμικό πλαίσιο – Ενότητα 3^η) τάσσονται δύο πραγματογνώμονες παιδοψυχίατροι με σκοπό να διαγνώσουν τον ανήλικο και να συμβάλλουν στην λήψη απόφασης από τις δικαστικές αρχές για το συμφέρον του ανηλίκου, καθώς και την ανάδειξη της αναγκαιότητας για νοσηλεία λόγω της επικινδυνότητας των συμπτωμάτων. Συνεπώς, η θεραπευτική πράξη διαφέρει από την ψυχιατροδικαστική, καθώς στην περίπτωση της πραγματογνωμοσύνης η διάγνωση της διαταραχής δεν αποσκοπεί στην θεραπεία, αλλά στην απάντηση των ερωτημάτων των νομικών αρχών. Υπογραμμίζεται, λοιπόν, η ενημέρωση και πληροφόρηση του ανηλίκου και των φροντιστών του σχετικά με τη σκοπιμότητα της διαγνωστικής διαδικασίας (Müller-Isberner et al, 2000, Tataru et al, 2010).

Ένα διαφορετικό ζήτημα από τα προηγούμενα στον χώρο της παιδοψυχιατρικής αφορά την ιατρική αμέλεια. Η αμέλεια αποτελεί μια από τις κατηγορίες του ιατρικού «λάθους», η αδυναμία δηλαδή μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί, όπως αναμένεται, ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού, ώστε να επιτευχθεί ένας στόχος (Βασιλακόπουλος & Λαμπρόπουλος, 2022). Στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες γίνεται λόγος για ιατρική αμέλεια, ιδιαίτερα στον χώρο της παιδοψυχιατρικής τονίζονται τα σημεία μια επείγουσας κατάστασης, η οποία βρίσκεται στην κορύφωση της, ώστε να θεωρηθεί έκτακτη, είτε από αμέλεια των φροντιστών είτε ακόμα και από ιατρική αμέλεια (Irving et al, 2006, Jenny, 2007). Στον κλάδο της παιδοψυχιατρικής, στον οποίο τέμνονται διάφορα επιστημονικά πεδία και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, δύναται να σταθμιστούν οι παράγοντες της γνωστικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του ανηλίκου και των αντίστοιχων βλαβών, οι οποίες δύναται να προκύψουν με την θεραπευτική παρέμβαση (συνταγογράφηση φαρμάκων, ψυχοθεραπεία, ιδρυματοποίηση κ.α.) (Γκριτζέλας, 2015).

Τα θέματα της βιοηθικής στο πεδίο της παιδοψυχιατρικής αναδεικνύουν τη σημασία του συμφέροντος και της υγείας τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο για την οικογένειά του. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (παιδοψυχίατροι, παιδοψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές) χρησιμοποιώντας την διάγνωση ως κοινό κώδικα επικοινωνίας, προσπαθούν να τιθασεύσουν την κρίση και να μειώσουν την απειλή για το ίδιο το άτομο, για τα μέλη της οικογενείας και της κοινότητας. Έτσι, λοιπόν, η ψυχική ασθένεια και η παρέμβαση-θεραπεία της δημιουργούν και στον επαγγελματία διλήματα και προβληματισμούς, τα οποία είτε επιλύει συμβουλευμένος τον κώδικά δεοντολογίας και ηθικής, αλλά και το εκάστοτε εφιστάμενο νομικό πλαίσιο, όπως επίσης την εμπειρία του.

B' Μέρος: Έρευνα

Κεφάλαιο 7^ο) Μεθοδολογία

7.1^ο) Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της μελέτης αποτελεί η ανάδειξη, αρχικά, των εμπειριών των ειδικών (κοινωνικών λειτουργών, παιδοψυχολόγων, παιδοψυχιάτρων, νοσηλευτών, εισαγγελέων), οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Έπειτα η έρευνα πρόκειται να διερευνήσει τις απόψεις τους σχετικά με τον θεσμό και την διαδικασία της νοσηλείας ανηλίκων.

Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας αποτελούν:

- Ποια είναι η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της ακούσιας νοσηλείας των ανηλίκων;
- Ποια εμπόδια έχουν προκύψει στην διάρκεια της παρέμβασης τους;
- Ποια ηθικά διλήμματα έχουν αντιμετωπίσει στην εμπειρία τους με εισαγγελικά ανηλίκων;
- Με ποιους τρόπους επέλυσαν τα ηθικά διλήμματα;
- Πως οι σύγχρονες πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις έχουν επηρεάσει το έργο τους με ακούσια περιστατικά ανηλίκων;

7.2^η) Μέθοδος

Για την διερεύνηση των εμπειριών και απόψεων των ειδικών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλικών και την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, επιλέχθηκε η Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Η Ποιοτική Έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση των φαινομένων, τα οποία υπάρχουν στα πλαίσια του κοινωνικού περιβάλλοντος και αφορούν τους τρόπους με τους οποίους ερμηνεύουν τα άτομα, οι ομάδες και οι κοινότητες την κοινωνική πραγματικότητα (Teherani et al, 2015). Συνεπώς γίνεται αντιληπτό, ότι στην Ποιοτική Έρευνα συλλέγονται δεδομένα μη αριθμητικού χαρακτήρα, όπως κείμενα, φωτογραφικό και βιντεοσκοπημένο υλικό κ.α. (Gelo, 2008).

Βασική αντίληψη της Ποιοτικής Ερευνητικής Μεθόδου αποτελεί η απόδοση της κοινωνικής πραγματικότητας μέσα από την οπτική των ίδιων των υποκειμένων, τα οποία πρόκειται να συμμετέχουν στην ερευνητική διαδικασία. Εκεί έγκειται και κύρια διαφορά της ποιοτικής με την ποσοτική μέθοδο έρευνας. Σύμφωνα με τον Hancock et al (2009), οι κοινωνικοί ερευνητές (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι κ.α.) επικεντρώνονται στο να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τον κόσμο, μέσα στον οποίο συνυπάρχουν οι άνθρωποι και δεν δύναται να ερευνηθεί με ποσοτικούς και μετρήσιμους όρους. Έτσι, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια να διευρυνθεί και να μελετηθεί εις βάθος ο τρόπος και οι συνθήκες με τον οποίο οι άνθρωποι ενεργούν, συμπεριφέρονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο, καθώς και με τον οποίο βιώνουν τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες και κοινωνικά φαινόμενα (Aspers & Corte, 2019).

Προσεγγίζοντας την διαφορετική οπτική της ποιοτικής μεθόδου, γίνεται εμφανές, ότι οι κοινωνικοί επιστήμονες επιλέγουν την μέθοδο αυτή, διότι υπάρχουν πτυχές τις καθημερινής ζωής των ατόμων, οι οποίες έχουν μείνει ανεξερεύνητες και έχουν δημιουργήσει αναπάντητα ερωτήματα και προβληματισμούς (Hancock et al, 2009). Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι ο ερευνητής ορίζεται ως το πρωτεύον μέσο για την συλλογή και ανάλυση των πληροφοριών και αποτελεσμάτων, με σημαντική, όμως, παράμετρο την υποκειμενικότητα των αποτελεσμάτων και των πληροφοριών, καθώς αυτά, τα οποία έχει συλλέξει αναλύονται μέσα από την δική του αντίληψη και θεωρητικό υπόβαθρο (Willey, 2002).

7.3^η) Μέσο/ Εργαλείο έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, βασικό εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιήθηκε από τον ερευνητή, με σκοπό την συλλογή των πληροφοριών, αποτέλεσε η ημιδομημένη συνέντευξη. Στην ποιοτική ερευνητική μέθοδο βασικά εργαλείο συλλογής δεδομένων είναι η εις βάθος συνέντευξη (εστιασμένη), αλλά και η ημιδομημένη συνέντευξη, την παρατήρηση και τα «focus groups» (Longhurst, ,2003). Μέσα από έναν σχετικά λεπτομερή οδηγό ερωτήσεων, κυρίως ανοικτών, ώστε να αποφεύγεται ο κατευθυντικός χαρακτήρας, ο οποίος διαχωρίζει την ημι-δομημένη από την δομημένη συνέντευξη πρόκειται να συλλεχθούν τα δεδομένα της έρευνας (McIntosh , 2015). Στην έρευνα αυτή έγινε χρήση των ημιδομημένων συνεντεύξεων, καθώς έγινε μια προσπάθεια να ερευνηθούν εις βάθος οι εμπειρίες των επαγγελματιών στο τομέα της ψυχικής υγείας, οι δυσκολίες και τα ηθικά διλήματα στην εργασία τους με εισαγγελικά περιστατικά ανηλίκων.

Βασικά οφέλη της προσωπικής συνέντευξης σύμφωνα με τον Ζαφειρόπουλο (2005) αποτελούν:

- 1) η ευελιξία, την οποία προσφέρει, κατά την πραγματοποίησή της,
- 2) η αμεσότητα και η εξοικείωση του κοινού με το συγκεκριμένο εργαλείο, καθώς πρόκειται για έναν τύπο συζήτησης και διαλόγου ανάμεσα σε δύο άτομο (τον πομπό και τον δέκτη, τον συνεντευκτή και των ερωτώμενο αντίστοιχα),
- 3) το χαμηλό κόστος από την χρήση της.

Η ημιδομημένη συνέντευξη προϋποθέτει την δημιουργία θεματικών αξόνων, στην οποία ανήκουν ερωτήσεις, οι οποίες θίγουν ένα συγκεκριμένο θέμα στη συζήτηση. Η γνώση του θέματος, το οποίο πρόκειται να μελετηθεί, αποτελεί βασική παράμετρο για την εύρεση των κατάλληλων ερωτήσεων και την δημιουργία των θεματικών αξόνων, οι οποίοι, εκτός του γεγονότος, ότι πρόκειται να αποφέρουν έναν χρήσιμο οδηγό ερωτήσεων στον συνεντευκτή, δύναται, ακόμη, να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάλυση των δεδομένων με την κατηγοριοποίηση των πληροφοριών (Schmidt, 2004).

Για την επίτευξη των στόχων και σκοπών της έρευνας, δημιουργήθηκε ένας οδηγός συνέντευξης (ημι-δομημένης στην παρούσα έρευνα) με βασικούς άξονες αυτούς που θα αναφερθούν παρακάτω:

- Θεματική ενότητα 1η) Εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλίκων: Στον θεματικό άξονα αυτόν, οι συνεντευξιζόμενοι πρόκειται να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλίκων, τα περιστατικά, τα οποία έχουν αντιμετωπίσει, τον τρόπο, με τον οποίο παρεμβαίνουν στα περιστατικά, όπως επίσης και την συνεργασία με τον ανήλικο ασθενή, την οικογένεια του ,με την ευρύτερη κοινότητα, αλλά και την μεταξύ τους διεπιστημονική συνεργασία.
- Θεματική ενότητα 2η) Εμπόδια, τα οποία προέκυψαν, στην διάρκεια της εργασία τους με ακούσια περιστατικά ανηλίκων: Στην παρούσα θεματική ενότητα πρόκειται να γίνει αναφορά στα εμπόδια, τα οποία έχρηζαν αντιμετώπισης, τόσο στην συνεργασία τους με τον ασθενή, την οικογένεια τους, την κοινότητα (από την οποία προέρχονται) όσο και με την μεταξύ τους συνεργασία και οργάνωση.
- Θεματική ενότητα 3η) Ηθικά διλήμματα στην εργασία με εισαγγελικά ανηλίκων: Κύριο σημείο στην θεματική αυτή αποτελεί η εκδήλωση συγκεκριμένων ηθικών διλημμάτων στην ακούσια νοσηλεία ανηλίκων, ποιοι ήταν οι παράγοντες, οι οποίοι προκάλεσαν την σύγκρουση ανάμεσα στις επαγγελματικές αξίες και προσωπική ηθική του εκάστοτε επαγγελματία.
- Θεματική ενότητα 4η) Τρόποι αντιμετώπισης των ηθικών διλημμάτων: Στο σημείο αυτό θα υπογραμμιστούν οι τρόποι, κατά με τους οποίους οι επαγγελματίες βρήκαν την απάντηση στην λήψη σοβαρών ηθικών αποφάσεων, τον τρόπο δηλαδή, με τον οποίο διαχειρίστηκαν, και ανταπεξήλθαν τις δυσκολίες στην λήψη αποφάσεων.
- Θεματική ενότητα 5η) Η επίδραση των σύγχρονων κοινωνικό-πολιτικών και οικονομικών καταστάσεων στην εργασία με ακούσια περιστατικά ανηλίκων: Στον άξονα αυτόν γίνεται προσπάθεια για να αναγνωριστούν οι ανάγκες, οι οποίες έχουν προκύψει λόγω των συνθηκών της σύγχρονης κοινωνίας, το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης στην διαχείριση των περιστατικών ακούσιας νοσηλείας σε παιδιά και εφήβους.

7.4^η) Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Βασικός σκοπός των συνεντεύξεων είναι ο κορεσμός της πληροφορίας (Kallio et al, 2016). Με τα τις συνεντευτική διαδικασία, τα δεδομένα, τα οποία έχουν συλλεχθεί, μέσα από την συνέντευξη, αναλύονται σύμφωνα με την Θεματική Ανάλυση. Η Θεματική Ανάλυση αποτελεί μια προσβάσιμη και ευέλικτη μέθοδο ανάλυσης δεδομένων, καθώς μέσα από την (1) κωδικοποίηση (coding), (2) την οργάνωση της πληροφορίας σε θεματικές ενότητες και (3) την διαδικασία της αποκωδικοποίησης (decoding) αποφεύγεται η σύγχυση και η παρερμηνεία των πληροφοριών (Braun V. & Clarke , 2012). Σκοπός της Θεματικής είναι η δημιουργία μια αναλυτικής καταγραφής των κωδικοποιήσεων και των θεματικών (οι οποίες συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις)

Η διαδικασία της Θεματικής ανάλυσης πρόκειται για μια μεγάλη διαδικασία και αρκετά χρονοβόρα. Αρχικά, ο ερευνητής ο ερευνητής συλλέγει τις λέξεις και φράσεις, οι οποίες προκύπτουν από την διαδικασία της συνέντευξης (open coding). Δύναται να υπάρξουν μερικά σημεία, τα οποία να ξεφεύγουν από τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία δεν απαιτούν την κωδικοποίηση τους από τους ερευνητές. Έπειτα, επόμενο βήμα αποτελεί η συλλογή των φράσεων και ο διαχωρισμός τους, ανάλογα με την πληροφορία, σε θεματικές ενότητες. Τελικό βήμα της διαδικασίας ανάλυσης είναι η αποκωδικοποίηση (decoding) των δεδομένων, αφού έχουν οργανωθεί σε παρόμοιες θεματικές κατηγορίες, μέσα από την συγγραφή των αποτελεσμάτων των συνεντεύξεων.

7.5^η) Δειγματοληψία

Ο στόχος της έρευνας είναι η εις βάθος νοηματοδότηση των εμπειριών, των δυσκολιών και των διλημμάτων των επαγγελματιών υγείας στην διάρκεια της εργασίας τους με ακούσιες νοσηλείες παιδιών και εφήβων. Για τον λόγο αυτό, το μέγεθος του δείγματος επιλέχθηκε να μην είναι μεγάλο, καθώς (όπως προαναφέρθηκε) η διαδικασία των συνεντεύξεων ολοκληρώθηκε με τον κορεσμό της πληροφορίας (Fusch & Ness, 2015). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας, καθώς πρόκειται για ένα δείγμα, πολλά μέλη των επαγγελματιών δεν ήταν διαθέσιμα και πρόθυμα να συμμετέχουν, κάνοντας την συνεντευτική διαδικασία ιδιαίτερα χρονοβόρα (Babbie, 1992). Στην δειγματοληψία ευκολίας, το δείγμα δεν χρειάζεται να είναι αντιπροσωπευτικό από όλες τις πτυχές, παρά μόνο να είναι

αντιπροσωπευτικό με τα χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με τα ενδιαφέροντα της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα το δείγμα προέρχεται από το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης και το Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, βασικά χαρακτηριστικά να ορίζονται (1) η άσκηση επαγγέλματος υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές) και (2) η εμπειρία εργασίας με ακούσια περιστατικά ανηλίκων.

Η έρευνα διεξήχθη τον Ιούνιο του 2023 μέχρι και τον Αύγουστο του 2023 και αποτελείται από (10) δέκα ημιδομημένες συνεντεύξεις διάρκειας 45 λεπτών. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με την συναίνεση των επαγγελματιών, στον χώρο εργασίας τους σε προγραμματισμένη συνάντηση, έπειτα από επικοινωνίας με το πλαίσιο και με τους ίδιους, ώστε να μπορέσουν, παρά το επιβαρυνόμενο πρόγραμμα τους, να είναι διαθέσιμοι να αφιερώσουν τον απαιτούμενο χρόνο για την συνέντευξη.

7.5.1^η) Περιγραφή δείγματος.

	Κωδικός	Ειδικότητα	Δομή/Φορέας	Έτη Εργασίας	Πόλη
1	ΚΛ01	Κοινωνικός Λειτουργός	Ιατροπαιδαγωγικό	14	Ηράκλειο
2	ΚΛ02	Κοινωνικός Λειτουργός	Κοινωνική Υπηρεσία	20	Ηράκλειο
3	ΝΟΣ01	Νοσηλευτής	Παιδοψυχιατρική	25	Αθήνα
4	ΝΟΣ02	Νοσηλευτής	Παιδοψυχιατρική	17	Βόλος
5	ΝΟΣ03	Νοσηλευτής	Παιδοψυχιατρική	14	Βόλος
6	ΝΟΣ04	Νοσηλευτής	Παιδοψυχιατρική	25	Βόλος
7	ΨΥΧΛ01	Ψυχολόγος	Παιδοψυχιατρική	37	Βόλος
8	ΨΥΧΛ02	Ψυχολόγος	Παιδοψυχιατρική	13	Βόλος
9	ΨΥΧΛ03	Ψυχολόγος	Παιδοψυχιατρική	8	Αθήνα
10	ΨΥΧΤ01	Παιδοψυχίατρος	Παιδοψυχιατρική	3	Βόλος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, ψυχολόγους και παιδοψυχίατρους), οι οποίοι έχουν εργαστεί με ακούσιες νοσηλείες ανηλίκων. Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η εργασία με ακούσια περιστατικά ανηλίκων (παιδιών και εφήβων) και συνεπώς η εργασία ή προηγούμενη εμπειρία σε Παιδοψυχιατρικό Κατάστημα ή και

άλλες Υπηρεσίες, στις οποίες να εξυπηρετούνται ανήλικα εισαγγελικά περιστατικά. Τα έτη εργασίας στη δομή/ φορέα δύναται να χαρακτηριστούν ως δείκτες με τους οποίους να γίνει δυνατή η μέτρηση της εμπειρίας από την παραμονή τους στο πλαίσιο.

Οι υπηρεσίες και τα παιδοψυχιατρικά καταστήματα, στα οποία εργάζονται σε καθημερινή βάση οι επαγγελματίες βρίσκονται στην Αθήνα (Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Δαφνί και Ανοικτό Θεραπευτικό Κέντρο), στο Ηράκλειο της Κρήτης (Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου και Κοινωνική Υπηρεσία Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου), αλλά και από την Παιδοψυχιατρική πτέρυγα του Αχιλλοπουλείου Γενικού Νοσοκομείου Μαγνησίας. Κοινό χαρακτηριστικό των καταστημάτων αυτών αποτελεί η εργασία με ακούσια περιστατικά παιδιών και εφήβων.

Το δείγμα φαίνεται να έχει σε πλειοψηφία μια αρκετά σημαντική εμπειρία στα τμήματα αυτά, πράγμα το οποίο συνεπάγεται και με την εργασία με τις ακούσιες νοσηλείες ανηλίκων, το οποίο είναι και το βασικό κοινό στοιχείο. Ως προς την ειδικότητα υπάρχουν αρκετές διαφορές ανάλογα με τον επαγγελματικό τίτλο και με την παρέμβαση, την οποία ακολουθούν και ελαφρώς οι ίδιοι οι επαγγελματίες των ίδιων ειδικοτήτων συγκριτικά με μεταπτυχιακές σπουδές και μετεκπαιδεύσεις.

7.6^η) Τήρηση απορρήτου και ηθικά διλήμματα

Βασική προϋπόθεση για την διαδικασία καταγραφής των συνεντεύξεων αποτέλεσε η πληροφορούμενη συναίνεση στην διαδικασία μαγνητοφώνησης και συμμετοχής των επαγγελματιών. Ένα από τα ηθικά διλήμματα του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού, το οποίο συνάδει με τον Κώδικα Δεοντολογίας του κοινωνικού ερευνητή, αποτελεί η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, οι οποίες θα συλλεχθούν κατά την συνεντευτική διαδικασία (Husband ,2020). Επιπρόσθετα, όσον αφορά την πραγματοποίηση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων, ο συνεντευξιαζόμενος πρέπει να είναι ενημερωμένος για τον σκοπό της έρευνας, αλλά και να συναινεί στην διαδικασία, μέσα από την υπογραφή εγγράφου συμμετοχής στην έρευνα, αλλά και της ηχογράφησης της συνέντευξης. (Broom ,2006). Συνεπώς, η εξασφάλιση της συναίνεσης του ατόμου στην έρευνα, αλλά και της διασφάλισης της ανωνυμίας, σύμφωνα με την αρχή της

εμπιστευτικότητας θέτει τα θεμέλια τόσο για την ομαλή συνεργασία στην διάρκεια της έρευνας όσο και την συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών από πλευράς του συνεντευξιζόμενου. Εκτός της συναίνεσης του επαγγελματία για την συμμετοχή του στην ερευνητική διαδικασία, ένα επίσης σημαίνον θέμα αποτελεί και η εξασφάλιση της άδειας εισόδου στον εκάστοτε φορέα, την δομή, στην οποία βρίσκεται το δείγμα, με απώτερο σκοπό την ενημέρωση της διεύθυνσης για την έρευνα και την συνεργασία με τον πληθυσμό (στην παρούσα έρευνα το προσωπικό των ψυχιατρικών δομών και κλινικών) για την περάτωση της. Το παραπάνω βήμα δύναται να κριθεί ως ακρογωνιαίος λίθος για την συνεργασία τόσο με το πλαίσιο όσο και με τους ίδιους τους επαγγελματίες, οι οποίοι το στελεχώνουν. (Oeye et al., 2007)

Άλλο ένα ζήτημα ηθικής αποτελεί το αξιακό σύστημα του ίδιου του ερευνητή, ο οποίος διεξάγει την συνέντευξη. Η Ποιοτική Έρευνα αναλύει περίπλοκα θέματα, τα οποία σχετίζονται με πολιτισμικά, κοινωνικό-οικονομικά και πολιτικά φαινόμενα, γεγονός το οποίο υπογραμμίζει την ανάγκη για ηθική ακεραιότητα του ερευνητή (Madushani ,2016). Γίνεται αντιληπτό, ότι η γνώση του Δεοντολογικού Κώδικα συμβάλει τόσο στην πνευματική ανέλιξη του ερευνητή, όσο στην θεμελίωση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ συνεντευκτική- συνεντευξιζόμενου, με αποτέλεσμα, τελικά, την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνας.

7.7^η) Δυσκολίες και ενέργειες για άρση δυσκολιών

Μια πρώτη δυσκολία, η οποία έχρηζε αντιμετώπισης, στην παρούσα έρευνα αποτελούσε η εύρεση και επικοινωνία με τον πληθυσμό-στόχο. Για την εύρεση και την επικοινωνία με τον πληθυσμό στόχου πρώτο βήμα αποτέλεσε η διαπεραίωση γραφειοκρατικών διαδικασιών από την ΕΗΔΕ (Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας) του αντίστοιχου νοσοκομείου, ώστε να εγκριθεί και να επιτραπεί στον ερευνητή η πρόσβαση στη δομή και η εξεύρεση δείγματος ανάμεσα από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίες εργάζονταν στην πτέρυγα της παιδοψυχιατρικής. Η γραφειοκρατία αποτελεί μια αρκετά χρονοβόρα διαδικασία, αλλά δύναται να χαρακτηριστεί και ιδιαίτερα βραδυκίνητη, καθώς οι επιτροπές συνεδριάζουν μια φορά τον μήνα. Για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής ο ερευνητής έπρεπε να είναι σε συνεχή επικοινωνία με την εκάστοτε για την εκάστοτε επιτροπή, αλλά να

ενημερώνεται για την εγκυρότητα των δικαιολογητικών εγγράφων, όπως επίσης και για τον τρόπο πραγματοποίησης αίτησης.

Μια άλλη δυσκολία αποτέλεσε η αδυναμία, αλλά και η απροθυμία των επαγγελματιών να συμμετέχουν στην έρευνα με τον προγραμματισμό και την πραγματοποίηση της συνάντησης με σκοπό την προγραμματισμένη συνέντευξη. Ο ερευνητής χρειάζεται να είναι αρκετά ευέλικτος, ώστε να μπορέσει να βρει το συντομότερο δυνατό, άτομο, το οποίο θα μπορέσει να συμβάλει στην έρευνα. Επίσης ένας διαφορετικός τρόπος να επιλύσει τη δυσκολία της εξεύρεσης δείγματος είναι να ενημερώσει για τον σκοπό της έρευνας, αλλά και για τον τρόπο, με τον οποίο θα ληφθούν τα δεδομένα (στην προκειμένη περίπτωση ημι-δομημένες συνεντεύξεις). Δύναται να επικαλεστεί, ακόμα, τον Κώδικα της Ερευνητικής Δεοντολογίας, με το να υπογραμμίσει ότι δεν θα δημοσιευθεί κάποιο στοιχείο το οποίο μπορεί να τους εκθέσει ή να τους βλάψει, όπως επίσης και το δικαίωμα τους να αποχωρήσουν από την έρευνα όποτε εκείνη επιθυμούν.

Ένα ακόμα εμπόδιο προέκυψε κατά την διάρκεια των προγραμματισμένων συνεντεύξεων. Η παιδοψυχιατρικές κλινικές έχουν ένα ιδιαίτερα επιβαρυσμένο πρόγραμμα, καθώς είναι υποστελεχωμένες και το προσωπικό, το οποίο τις στελεχώνει πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση στην διάρκεια της εργασίας στους στην δομή για να μπορέσουν να εξυπηρετήσουν τους νοσηλευόμενους. Συνεπώς, έπειτα από την άφιξη στο προγραμματισμένο ραντεβού με τους επαγγελματίες στην παιδοψυχιατρική πτέρυγα, δύο περιστατικά, τα οποία βρίσκονταν ήδη σε νοσηλεία ξεκίνησαν να λογομαχούν και να επιτίθενται τόσο λεκτικά όσο και σωματικά ο ένας στον άλλον, γεγονός το οποίο δημιούργησε αναταραχή στην πτέρυγα και έκρινε την άμεση παρέμβαση του προσωπικού. Αποτέλεσμα ήταν η διακοπή ορισμένων συνεντεύξεων, αλλά ο τρόπος αντιμετώπισης ήταν η συνέχιση του έπειτα της επαναφοράς της ηρεμίας στην πτέρυγα.

Ενότητα 8^η) Αποτελέσματα

Υποενότητα 8.1^η) Εμπειρίες επαγγελματιών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλίκων

Θεματική ενότητα 1η) Στον θεματικό άξονα αυτόν, οι συνεντευξιαζόμενοι μίλησαν σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ανηλίκων, τα περιστατικά, τα οποία έχουν αντιμετωπίσει, τον τρόπο, με τον οποίο παρεμβαίνουν στα περιστατικά, όπως επίσης και την συνεργασία με τον ανήλικο ασθενή, την οικογένεια του ,με την ευρύτερη κοινότητα, αλλά και την μεταξύ τους διεπιστημονική συνεργασία

Υποενότητα 8.1.1^η) Ρόλος και χαρακτήρας ακούσιας νοσηλείας

Η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια έσχατη λύση, ένα αναγκαίο μέτρο προστασίας τόσο για την οικογένεια όσο και για τον ίδιο τον ανήλικο, όταν η οικογένεια δεν μπορεί πλέον να ελέγξει την κατάσταση. Ο γονέας πλέον επικαλείται την ακούσια νοσηλεία, καθώς η κατάσταση δύναται να σημείο σε σημείο, κατά το οποίο να απειλείται η υγεία και ζωή του παιδιού, αλλά και τις ίδιες τους οικογένειας. Όπως αναφέρει ο ΚΛ01 «.. υπάρχουν τέτοια συμπτώματα ψυχικής ασθένειας ή άλλης έντονης συναισθηματικής δυσκολίας, που το παιδί είναι άμεσα επικίνδυνο είτε για τον εαυτό του είτε για τους άλλους.». Ο ρόλος της αναγκαστικής νοσηλείας του ανήλικου εκτός από κατασταλτικός, διότι βασικός σκοπός της είναι να μειώσει τον κίνδυνο, λειτουργεί, ακόμη, και ως μια μορφή φροντίδας, καθώς προστατεύει και υπογραμμίζει την σημαντικότητα της υγείας και της ευημερίας του ίδιου το ασθενούς, ο οποίος επιθυμεί να βλάψει τον εαυτό του ή σημειώνει εξασθενημένη λειτουργικότητα λόγω της συμπτωματολογίας, όπως σημειώνει ο ΨΥΧΛ03 «Ο στόχος είναι πάντοτε η υγεία. Τα παιδιά που χρήζουν νοσηλείας είναι αυτά που εκδηλώνεται πρώτον αυτοκτονικός ιδεασμός, οπότε έχουμε κίνδυνο ζωής, και δεύτερον κατά πόσο πλέον μιλάμε για ψυχωσικές διεργασίες, οι οποίες μειώνουν την λειτουργικότητα του...». Η σοβαρότητα, ακόμη, των συμπτωμάτων οδηγεί τους γονείς, τους δασκάλους, αλλά και τον ίδιο τον εισαγγελέα να λάβουν δραστικά και άμεσα μέτρα και να προχωρήσουν στην διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής. Όπως υπογραμμίζει ο ΨΥΛΧ02 «Συνήθως, ένας γονιός που θα φτάσει να πάρει τηλέφωνο είναι από παραπομπή του σχολείου, γιατί το σχολείο του λεν, ότι κάτι συμβαίνει και είναι και το πρώτο πλαίσιο που το παιδί εκτίθεται εκτός οικογένειας.», το σχολείο αποτελεί ένα από τα πλαίσια του παιδιού, μέσα στο οποίο μπορεί να εκδηλωθεί η

συμπτωματολογία και να αποδεικνύει στους γονείς την αναγκαιότητα για άμεση παρέμβαση. Συνεπώς, η συμπτωματολογία του ανήλικου ασθενούς θέτει την ακούσια νοσηλεία επιτακτική, όταν τα συμπτώματα οδηγούν το παιδί να συμπεριφέρεται με επιβλαβή τρόπο προς τον εαυτό του και προς το κοντινό του περιβάλλον (οικογένεια, σχολείο).

Υποενότητα 8.1.2^η) Περιστατικά

Τα περιστατικά τα οποία έχουν αντιμετωπίσει οι επαγγελματίες στην πλειοψηφία έχουν κοινά χαρακτηριστικά (συμπτώματα), τα οποία θέτουν τον ανήλικο σε κατάσταση κινδύνου τόσο για τον ίδιο τον εαυτό του (αυτοκαταστροφικότητα) όσο και για τρίτα άτομο, τα οποία αποτελούν τον άμεσο και κοντινό περίγυρό τους. Ο ΨΥΧΛ03 αφηγείται ότι, «*Ήταν ένα παιδί που έμενε μόνο στο σπίτι, ένα παιδί που από την αξιολόγηση διαπιστώθηκε ότι είχε ένα υψηλό IQ, το οποίο όμως πάρα πολύ συχνά έκανε τελείως παρανοϊκές σκέψεις που γυρνούσαν να κάνει κακό στον εαυτό του. Έπινε χλωρίνη, έβγαине στο μπαλκόνι και φλέρταρε πάρα πολύ με την ιδέα να πηδήξει και ήταν ένα παιδί το οποίο γνώριζε και είχε ενδοβάλει όλους τους κοινωνικούς κανόνες, είχε τόσο προκλητική και εναντιωματική συμπεριφορά ζητώντας με αυτόν τον τρόπο να απαλλαχθεί από την συμπτωματολογία του*».. Από την άλλη πλευρά, βασικό στοιχείο είναι η επιθετική συμπεριφορά προς άλλα άτομα, όπως περιγράφει ο ΝΟΣ2 «*Μια νεαρή 22 χρονών που τους έβλεπε όλους ότι ήταν δαίμονες και ότι ήθελε να τους καταστρέψει και η οποία είχε επιτεθεί και σε μία συνασθενή της εδώ πέρα, γιατί τη θεωρούσε ότι ήταν δαίμονας και ήθελε να την καταστρέψει. Ήταν ένα κομμάτι που μου έκανε μεγάλη εντύπωση εδώ μέσα γιατί της επιτέθηκε. Δεν το σκεφτόταν μόνο και το έλεγε. Το έκανε κιάλας!*». Παρουσιάζονται δύο περιστατικά, τα οποία πληρούν τις νομικές προϋποθέσεις για την αναγκαστική εισαγωγή τους σε παιδοψυχιατρικό κατάστημα.

Υποενότητα 8.1.3^η) Παρέμβαση ειδικοτήτων στην ακούσια νοσηλεία ανηλίκων.

Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας (παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών) έχει ως κεντρικό γνώμονα την επαναφορά της λειτουργικότητας του ανήλικου ασθενούς, όπως επίσης και την διαχείριση της κρίσιμης κατάστασης της νοσηλείας τόσο με το ίδιο το παιδί όσο και με την οικογένεια του. Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει στο αρχικό στάδιο,

όπως αναφέρει ο ΚΛ01 *«πρώτα μπαίνει ο κοινωνικός λειτουργός, κάνει την έρευνα του, με τα διλήμματα τους προβληματισμούς. Σε δεύτερη φάση, θα μπου οι άλλοι ειδικοί και ολοκληρώνεται με την παιδοψυχιατρική εκτίμηση.»*, αλλά και ο ΚΛ02 σημειώνει ότι *«Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού περιορίζεται στην πρώτη γνωριμία με την οικογένεια του ανηλίκου και την λήψη του κοινωνικού ιστορικού...»*.

Έπειτα με την νοσηλεία του ανηλίκου ο ψυχολόγος χορηγεί το ψυχομετρικά τεστ, με σκοπό να έχει μια ολιστική άποψη για την παθολογία του ασθενούς, αλλά και να βοηθήσει τον παιδοψυχίατρο στην διαγνωστική διαδικασία μέσα από την διαγνωστική πρόταση. Όπως αναφέρει ο ΨΥΧΛ01 *«Ο ρόλος μας ήταν στην χορήγηση των τεστ, για να δούμε αν κρύβονται αυτοκτονικές τάσεις και τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του παιδιού. Γιατί δεν είναι μόνο η αντικοινωνική συμπεριφορά ή η παραληρηματική συμπεριφορά, είναι και οι καταθλίψεις που πρέπει να βρούμε γιατί είναι συχνά καλά κρυμμένες, δηλαδή μπορεί να περιγράφονται με μια απόσυρση»*. Ο ΨΥΧΛ02 συμπληρώνει στην παρέμβαση του ψυχολόγου ότι *«...αν χρειαζόταν, συμμετείχα στην οικογενειακή αξιολόγηση προκειμένου με οικογενειακού θεραπευτές και παιδοψυχίατρο να δούμε τι συμβαίνει με το σύνολο της οικογένειας όταν εμφανίζει συμπτωματολογία το παιδί...»*. Η παιδοψυχιατρική παρέμβαση σύμφωνα με τον ΨΥΧΤ01 την επικύρωση της διάγνωσης και την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής *«...γίνεται συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής βάσει πάντοτε της διάγνωσης και των συμπτωμάτων με σκοπό να επαναφέρουν την λειτουργικότητα του ανηλίκου...»*.

Ο νοσηλευτής αποτελεί ένα άτομο, το οποίο έρχεται σε καθημερινή επαφή με τον ανήλικο, ακολουθεί τις οδηγίες του παιδοψυχίατρο σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή, παρατηρεί τους νοσηλευόμενους και πραγματοποιεί τις βασικές ζωτικές εξετάσεις. Όπως υπογραμμίζει ο ΝΟΣ01 *«Ασχολούμουν επίσης και με την αγωγή που πρέπει να πάρει και τα προσέγγιζα. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πιο κοντά στα παιδιά γιατί ήταν και πιο ευαίσθητοποιημένο, ειδικά όταν έχεις μπροστά σου έναν 16 χρονών ασθενή.»* , αλλά και *«Παίρνουμε ότι είναι επικίνδυνο για να αυτοκτονήσει το παιδί. Π.χ. ζώνες, ξυράφια. Ψάχναμε πάντα τα πράγματα, όποιος ήταν. βάρδια, γιατί δεν μπορούσες να είσαι 24 ώρες πάνω από έναν μόνο ασθενή, γιατί υπήρχαν κι άλλοι. Τα ψάχναμε πάντα για να μην κάνει κακό στον εαυτό του.»* . Ο ΝΟΣ02 διαπιστώνει την παραπάνω νοσηλευτική παρέμβαση, αναφέροντας *«Πάντα τους μιλάμε. Θα τους δούμε στο πρωινό, εγώ δηλαδή, σε βάρδια που δεν θα δώσω φάρμακα, θα δώσει φάρμακα κάποιος όποιος είναι μόνιμος, επειδή είμαστε κλιμάκιο.*

Θα τους παρατηρήσω στο φαγητό. Θα δω ότι θα φάνε όλοι. Πως θα συμπεριφερθούν; Πως θα βλέπουν το φαγητό; Τι θα νομίζουν ότι κάτι τους ρίξαμε μέσα στο φαγητό; Θα φάνε τελικά; Καθόμαστε κι εμείς εκεί, μπορεί να φάμε κι εμείς κάτι μικρό. Τους βοηθάμε να δούνε ότι το φαγητό δεν έχει τίποτα μέσα και να φάνε άφοβα.»

Τελικά, όταν ο κίνδυνος ελαχιστοποιηθεί και το ανήλικο επανέλθει στην λειτουργικότητα του, ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται δίπλα στο άτομο για την επανένταξη του πίσω στην κοινότητα, αλλά για τη πραγματοποίηση των συναντήσεων παρακολούθησης. Όπως προσθέτει ο ΚΛ01 «...αφού νοσηλευτεί το γυρίζουν στην κοινότητα. Ξαναπάμε πάλι. Είχαμε αυτά τα χαρακτηριστικά και στόχους. Τί έγινε με τη συνεργασία; Το πιάνουμε από εκεί που το αφήσαμε πριν την νοσηλεία, σε τακτική παρακολούθηση, όπως κάνουμε με όλα τα περιστατικά.»

Υποενότητα 8.2^η) Εμπόδια, τα οποία προέκυψαν, στην διάρκεια της εργασίας τους με ακούσια περιστατικά ανηλίκων

Στην παρούσα θεματική ενότητα αναφέρονται τα εμπόδια, τα οποία έχρηζαν αντιμετώπισης, στην συνεργασία τους με τον ασθενή, την οικογένεια τους, την κοινότητα.

Υποενότητα 8.2.1^η) Δυσκολίες στην εργασία με τον ανήλικο

Οι επαγγελματίες, στην διάρκεια της εργασίας τους με τους ανήλικους συναντάν δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές δύνανται να παρουσιαστούν τόσο στην συνεργασία με τους ανήλικους ασθενείς όσο και με τους γονείς τους. Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι έκαναν λόγο για την άρνηση του ανήλικου ασθενούς να δεχθεί την νοσηλεία του, όπως περιγράφει η ΝΟΣ02 « (...)στην ακούσια δεν καταλαβαίνουν από την αρχή «Δεν είχα κανένα λόγο για να έρθω εδώ». Εκεί πρέπει να στρώσουν τα πράγματα. Επειδή είναι μια εισαγγελική εντολή, δεν επεμβαίνουμε με την έννοια ότι πρέπει να δεχτούν την αγωγή τους και τους κανόνες.». Επίσης, μια άλλη δυσκολία αποτελεί η κατάσταση, κατά την οποία το παιδί είναι σε πλήρη άρνηση να λάβει την απαιτούμενη αγωγή του (κατά την ΝΟΣ01) «Τις περισσότερες φορές τα παιδιά δεν συνεργάζονται. Δεν παίρνουν την αγωγή. Προσπαθούμε να το προσεγγίσουμε μέχρι ώστε να πάρει τα χάπια του. Υπάρχουν παιδιά που τα φτύνουν ή τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα και μπορεί να σε βρῖσει.» Ενυπάρχει, ακόμη, και το αίσθημα του φόβου, το

οποίο εμφανίζεται κάθε φορά, κατά την οποία οι επαγγελματίες κλίνονται να διαχειριστούν ένα περιστατικό με επιθετική συμπεριφορά. Ο ΝΟΣ04 αναφέρει «Έχω νιώσει φόβο ότι ο ασθενής μπορεί να επιτεθεί. Ειδικά σε εκείνη την φάση που βρίσκεται, έχει το ακαταλόγιστο δεν καταλαβαίνει, Πάντα έχεις στο μυαλό σου ότι πρέπει να προστατευτείς.»

Υποενότητα 8.2.2") Δυσκολίες από την εργασία με την οικογένεια

Παρά τις δυσκολίες, οι οποίες ανακύπτουν από την συνεργασία με τον ανήλικο ασθενή, οι επαγγελματίες περιγράφουν τις δυσκολίες, τις οποίες πρέπει να διαχειριστούν με την οικογένεια. Η οικογένεια δύναται να θέσει με την συμπεριφορά της εμπόδια τόσο στο έργο του προσωπικού όσο και στην μετά την νοσηλεία πορεία του ανηλίκου. Η οικογένεια παρουσιάζεται από τον ΨΥΧΤ01 να είναι ιδιαίτερα παρεμβατική αναφέροντας «Η οικογένεια είναι πολύ παρεμβατική σε σχέση με τον ασθενή και την νοσηλεία του. Παιδιά τα οποία έχουν μπει εδώ μέσα γιατί δεν είχαν την κατάλληλη συμπεριφορά και μετέπειτα να έρχεται η οικογένεια μετά από 1 2 μέρες και αν λένε «θέλω να υπογράψω και να πάρω το παιδί μου από δω μέσα», αλλά εφόσον έχει γίνει εισαγγελική παρέμβαση δεν γίνεται αυτό το υπογράφο και φεύγω.». Η στάση τους χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από αντιστάσεις στην θεραπεία, καθώς δεν έχουν φτάσει ακόμα στο στάδιο της αποδοχής της ψυχικής νόσου του ανηλίκου, αναφέροντας ο ΨΥΧΛ02 «Οι πρώτες συναντήσεις είναι από τις πιο δύσκολες γιατί πρέπει να διαχειριστούμε τις αντιστάσεις. Σε κανένα δεν αρέσει να αλλάξει το γίνεσθαι, της καθημερινότητας του της ζωής του, γιατί βολευόμαστε (...)). Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο, το οποίο πρέπει να διαχειριστούν οι ειδικοί, αποτελεί η κρίση, την οποία αντιμετωπίζει το ζευγάρι, όταν το παιδί βρίσκεται σε νοσηλεία. Άλλες φορές ο ένας από τους δύο γονείς εγκαταλείπει τον γάμο, όπως επιβεβαιώνει ο ΝΟΣ03 «ένα παιδάκι στα 7 χρονών ήταν νοσηλεύονταν τότε και ήταν παρούσα η μητέρα του σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας. Ο πατέρας ήταν σχεδόν απών με τη νόσηση του παιδιού, ο μπαμπάς δεν άντεξε και έφυγε, νομίζω και από τον γάμο, να χώρισαν.». Υπάρχουν, όμως, ορισμένες φορές τις οποίες οι γονείς εγκαταλείπουν το παιδί στη διάρκεια της νοσηλείας του σε ψυχιατρικό κατάστημα, αποτέλεσμα την ιδρυματοποίηση του με τον ΝΟΣ01 να σημειώνει «Όταν δεν δέχεται το παιδί η οικογένεια δεν υπάρχει προθεσμία στην νοσηλεία του. Μπορεί να μείνει χρόνια μέσα. Υπήρχαν μερικοί ξενώνες που τα άτομα μπορούσαν μετά την νοσηλεία του να πάνε και

να ζήσουν μόνα τους, γιατί η οικογένεια τους είχε ξεγράψει. Η ακούσια νοσηλεία ήταν και ένας τρόπος να βγάλουν το παιδί από την οικογένεια.».

Υποενότητα 8.2.3^η) Δυσκολίες μετά τη νοσηλεία του ανηλίκου

Μια άλλη δυσκολία προκύπτει μετά την νοσηλεία του ανηλίκου, στις περιπτώσεις, στις οποίες υπάρχει η πιθανότητα να μην εμφανιστούν στα προγραμματισμένα τακτικά ραντεβού είτε υποτροπιάζουν και επιστρέφουν πάλι με ακούσια νοσηλεία στο παιδοψυχιατρικό κατάστημα. Ο ΨΥΧΤ01 περιγράφει μια κατάσταση, στην οποία «Ακόμα και σε μηνιαίο ενέσιμο που μπορείς να βάλεις σε κάποιον για να έρχεται μια φορά τον μήνα να κάνει την ένεση μπορεί και να μην έρθει. Εμείς πάντα μετά το εξιτήριο δίνουμε ένα προγραμματισμένο ραντεβού σε δύο βδομάδες και μετά σε μηνιαία βάση, αλλά είναι στο χέρι του ασθενούς και της οικογένειας του αν θα έρθει». Ενώ, ο ΝΟΣ04 παρουσιάζει μια περίπτωση, στην οποία «Συνήθως όταν φτάνουν εδώ με ακούσια όταν έχουν σταματήσει την λήψη της αγωγής τους και αρχίζουν τα αρνητικά συμπτώματα της ψύχωσης τους να βγαίνουν στην επιφάνεια και δεν τους αφήνουν να σκεφτούν και να συμπεριφερθούν φυσιολογικά και συμπεριφέρονται περίεργα».

Υποενότητα 8.2.4^η) Το κοινωνικό στίγμα της νοσηλείας

Το κοινωνικό στίγμα της νοσηλείας μπορεί να αποτελέσει μια δυσκολία για την παραμονή του ατόμου στην νοσηλεία, όπως επίσης και για την οικογένεια του. Η διαδικασία, σύμφωνα με την οποία το άτομο μεταφέρεται από το σπίτι του στο ψυχιατρικό κατάστημα, προκαλεί τις αντιδράσεις τις γειτονίας. Όπως προσθέτει ΝΟΣ3 «Είναι και το σύστημα της Ελλάδας. Το να πάει η αστυνομία έξω από το σπίτι του κάθε ασθενούς και να το πάρει και αυτό να βλέπουν οι γειτονιές δεν είναι ότι καλύτερο». Ακολουθεί στην πορεία το στίγμα, το οποία συνοδεύει τόσο τον ανήλικο όσο και την οικογένεια με την διάγνωση της νόσου. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά από τον ΨΥΧΤ01, ότι «Αυτοί οι άνθρωποι είναι κρίμα να ταλαιπωρούνται και να νοσηλεύονται σε μια ψυχιατρική κλινική, γιατί στην Ελλάδα είναι ακόμα ταμπού να νοσηλεύεται. Ειδικά όταν είναι νέος το κλίμα είναι βαρύ για να συνηθίσει, να του πεις ότι πρέπει να πάρει κάποια φάρμακα που δεν έπαιρνε πιο πριν. Είναι όλα αυτά πάρα πολύ δύσκολα.».

Υποενότητα 8.3^η) Ηθικά διλήμματα στην εργασία με εισαγγελικά ανηλίκων

Κύριο σημείο στην θεματική αυτή αποτελεί η εκδήλωση συγκεκριμένων ηθικών διλημάτων στην ακούσια νοσηλεία ανηλίκων. Οι παράγοντες οι οποίοι προκάλεσαν την σύγκρουση ανάμεσα στις επαγγελματικές αξίες και προσωπική ηθική του εκάστοτε επαγγελματία.

Υποενότητα 8.3.1^η) Ηθικά Διλήμματα σχετικά με τη διάγνωση και την φαρμακευτική αγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν μια σειρά από διλήμματα, τα οποία προκύπτουν από την καθημερινή εργασία τους με τους ασθενείς στην παιδοψυχιατρική. Ένα βασικό δίλημμα, το οποίο σημειώθηκε, υπήρξε αυτό της διάγνωσης του ασθενούς και πιο συγκεκριμένα, της διαφοροδιάγνωσης. Ο ΨΥΧΤ01 υπογράμμισε ότι, *«Στην ψυχιατρική υπάρχει ο όρος της διαφοροδιάγνωσης, δηλαδή μπορεί εγώ κι εσύ να είμαστε ψυχίατροι να βλέπουμε τον ίδιο ασθενή με τα ίδια συμπτώματα με τα ίδια αγωγή, εγώ να βγάλω μια διάγνωση που θεωρώ εγώ σωστή κι εσύ μια διαφορετική και δεν μπορεί να σου πει ότι η δικιά σου είναι λάθος ή σωστή, γιατί κάποια συμπτώματα είναι κοινά»* και στην συνέχεια προσέθεσε *«Ένα μεγάλο δίλημμα είναι αν πρέπει να νοσηλευτεί, γιατί ο εισαγγελέας δίνει την εντολή για την ψυχιατρική εκτίμηση, ο ψυχίατρος είναι αυτός που θα αποφασίσει αν χρήζει νοσηλείας η όχι.»*. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις, στις οποίες η ανηλικότητα προκαλεί διλήμματα στην διαγνωστική διαδικασία, λόγω της περιορισμένης χρήσης των λέξεων για την περιγραφή της συναισθηματικής τους κατάστασης. Όπως δηλώνει η ΨΥΧΛ01 *«Ο έφηβος δεν τις περιγράφει με θεαματικό τρόπο, δηλαδή «δεν μπορώ, δεν αντέχω» και συνήθως φαίνεται μια απόσυρση που δεν μπορούμε να καταλάβουμε στην αρχή αν πρόκειται για μια αρχή ψύχωσης η κατάθλιψης»*. Όταν υπάρχει έντονη αντιπαράθεση μεταξύ του εισαγγελικού με την κλινική εικόνα του ασθενούς, τότε ο επαγγελματίας προσπαθεί να αποφασίσει ποιον δρόμο πρέπει να ακολουθήσει, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει ξεκάθαρη διάγνωση. Ένα άλλο δίλημμα αποτελεί η αγωγή και οι οδηγίες του παιδοψυχιάτρου αναφορικά με το φάρμακο. Υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες η αγωγή φαίνεται να βλάπτει τον ανήλικο και να υπάρχει διαφωνία από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, ο ΝΟΣ04 υπογραμμίζει, ότι *«υπάρχουν περιπτώσεις που ο γιατρός θα μου δώσει μια οδηγία και εγώ μπορεί να μην συμφωνώ. Τότε θα το συζητήσω όμως με τον γιατρό, αλλά θα κάνω αυτό που θα μου*

πει. Αν μου δώσει όμως μια αγωγή και στις καθημερινές μετρήσεις δα ότι το φάρμακο ρίχνει την πίεση πχ δεν θα την κάνω αλλά θα πάω στον γιατρό και θα του το πω», όπως ο ΝΟΣ03 αναφέρει, ακόμη, «Μπορεί να έχουμε διαφορετική άποψη κάποιες φορές, αλλά αναγκαστικά ακολουθούμε τις οδηγίες. Εμείς δεν μπορούμε να παρέμβουμε στο φάρμακο, αλλά μπορούμε να πούμε την άποψη μας με βάση αυτά που ξέρουμε. Βεβαία υπήρχε και το περιστατικό στο οποίο δόθηκε η οδηγία καθήλωση, αλλά μερικοί αρνηθήκαμε γιατί δεν ίσχυε και ακριβώς αυτό το πράγμα.». Στο κομμάτι, όμως, των φαρμάκων ο ΝΟΣ01 τονίζει «μπορεί η αγωγή να μην έχει επίδραση στον ασθενή και να μην γίνεται συζήτηση με τον αρμόδιο παιδοψυχίατρο και να συνεχίζουν να ακολουθούν αυτήν την αγωγή. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο γιατρός μπορεί να παίρνει μίζες από τις φαρμακοεταιρίες».

Υποενότητα 8.3.2") Ηθική Διλλήματα σχετικά με το απόρρητο, την αυτονομία και την πληροφόρηση του ανηλίκου

Έπειτα, δύναται να σημειωθούν μερικά διλήμματα για τα οποία, όμως, οι επαγγελματίες είχαν βρει την λύση. Αρχικά, έγινε αναφορά στην άρση του απορρήτου και στις καταστάσεις αυτοκαταστροφής, υπογραμμίζοντας την σημασία του συμφέροντος του ανήλικου ασθενούς ΚΛ02 «Όταν υπάρχει κίνδυνος ζωής εννοείται και υπάρχει άρση απορρήτου. Ενημερώνεις το παιδί για το ό,τι πρόκειται να κάνεις.». Στη συνέχεια, δύναται να γίνει αναφορά στην αυτονομία του ασθενούς και στην συμμετοχή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Όταν ένα άτομο δεν έχει την δυνατότητα να σκέφτεται ορθολογικά και ελλοχεύει ο κίνδυνος της επιθετικής ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, το ζήτημα της αυτονομίας τίθεται ως δεύτερο ιεραρχικά, κυριαρχώντας το συμφέρον του ασθενούς και η υγεία του. Ο ΝΟΣ01 αναφέρει ότι «Δεν μπορείς να έχεις τον ασθενή να κάνει ότι θέλει και να παίρνει αποφάσεις από την στιγμή που δεν έχει την λογική του, γιατί θέτεις το ίδιο, αλλά και το προσωπικό σε άμεσο κίνδυνο. Πρέπει να ελέγχεται η αυτονομία του σε ειδικές περιστάσεις.». Πάντως, στην περίπτωση της ενημέρωσης του ανηλίκου σχετικά με τις πληροφορίες και τις αποφάσεις, οι οποίες τον αφορούν, γίνεται εμφανές ότι η ενημέρωση στην θεραπεία σημαίνει, ότι ο ανήλικος γίνεται ισότιμος. Παράμετρος, όμως αποτελεί η ενημέρωση με τρόπο και με λόγια, τα οποία αντικατοπτρίζουν το αναπτυξιακό του στάδιο και τον καθιστά ικανό να κατανοήσει αυτό που ακούει. Όπως εκφράζει και ο ΨΥΧΛ03 «Το ίδιο συμβαίνει και με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.

Ενημερώνεις το παιδί για το ό,τι πρόκειται να κάνεις με λόγια και εκφράσεις που δύναται να αντιληφθεί θα του δώσεις ένα περίγραμμα των αποτελεσμάτων».

Συμπερασματικά, υπάρχουν διλήμματα, τα οποία αφορούν την διάγνωση, αλλά και την διαδικασία για τα οποία ο επαγγελματίας δεν μπορεί να λάβει κάποια απόφαση για το πως να συνεχίσει, ή η απόφαση, την οποία θα λάβει δύναται να έχει επιπτώσεις στον ανήλικο. Συγκριτικά, όμως, υπάρχουν τα διλήμματα στα οποία ο επαγγελματίας, μπορεί να πάρει αποφάσεις αν κρίνει την επικινδυνότητα της κατάστασης του ασθενούς με το συμφέρον της υγείας του (αυτονομία, άρση απορρήτου κ.α.)

Υποενότητα 8.4^η) Τρόποι αντιμετώπισης των ηθικών διλημάτων

Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται οι τρόποι, κατά με τους οποίους οι επαγγελματίες βρήκαν την απάντηση στην λήψη σοβαρών ηθικών αποφάσεων, τον τρόπο δηλαδή, με τον οποίο διαχειρίστηκαν, και ανταπεξήλθαν τις δυσκολίες στην λήψη αποφάσεων.

Υποενότητα 8.4.1^η) Διεπιστημονικότητα

Παραπάνω αναφέρθηκαν ορισμένα διλήμματα στην παιδοψυχιατρική, στα οποία οι επαγγελματίες δυσκολεύονται να αποφασίσουν τον πιο κατάλληλο τρόπο για να προάγουν την υγεία του ασθενούς και το συμφέρον του. Στην υποενότητα αυτή θα αναφερθούν οι τρόποι με τους οποίους ο ειδικός λαμβάνει τις ηθικά δύσκολές αποφάσεις. Αρχικά, τα παιδοψυχιατρικά χαρακτηρίζονται από κλίμα συνεργασία τόσο στην οργάνωση όσο και στην παρέμβαση με τους ανήλικους ασθενείς. Για την αντιμετώπιση των διλημάτων, λοιπόν, σημειώθηκε η διεπιστημονική συνάντηση, η οποία λαμβάνει μέρος στα παιδοψυχιατρικά καταστήματα μια φορά την εβδομάδα. Στις συναντήσεις αυτές συγκεντρώνεται όλο το προσωπικό μαζί με τα διοικητικά μέλη και συζητάν για τα περιστατικά, τα προβλήματα, όπως επίσης και τα διλήμματα, τα οποία προκύπτουν. Πιο συγκεκριμένα ο ΝΟΣ04 αναφέρει «*Στα ψυχιατρικά τμήματα σε σύγκριση με όλα τα σωματικής υγείας αποτελούμε ομάδα, εργαζόμαστε σαν ομάδα και ο γιατρός θα λάβει υπόψη αυτά που θα πούμε όλοι και ταυτόχρονα μπορούμε να ζητήσουμε και την βοήθεια άλλων ειδικοτήτων.*», αλλά προσθέτει ακόμη, ότι «*Συνήθως έχουμε μια φορά την εβδομάδα την μεγάλη επίσκεψη, όπου έρχονται όλες οι ειδικότητες παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης, κυρίως προϊσταμένη, γιατί δεν φτάνει το προσωπικό με ασθενείς εδώ πέρα και συζητάμε για*

τον κάθε ασθενή ξεχωριστά τις πληροφορίες που έχει ο καθένας, μετά οι γιατροί συζητούν την αγωγή, κοιτούμε τα ζωτικά του και ό,τι άλλο προκύψει.»

Υποενότητα 8.4.2^η) Άτυπη μορφή επικοινωνίας

Άλλος τρόπος με τον οποίο ο επαγγελματίας οδηγείται στην απόφαση, δύναται να είναι η επικοινωνία με συνάδελφο σε κενό ή στην διάρκεια της παραμονής τους στο πλαίσιο. Πρόκειται για ένα πιο άτυπο είδος επικοινωνίας συγκριτικά με τις προγραμματισμένες συναντήσεις, αλλά προσφέρουν ένα πιο άμεσο αποτέλεσμα. Ο ΚΛ01 αναφέρει ότι *«Όποτε έχω να αντιμετωπίσω κάποια δύσκολη απόφαση, συζητάω με τα υπόλοιπα άτομα στο γραφείο με σκοπό να ανταλλάξουμε απόψεις και ιδέες και να λάβω ένα είδος ανατροφοδότησης πιο άμεσα.»*. Επίσης, οι εργαζόμενοι μπορεί να το συζητάν τόσο με τον εκάστοτε προϊστάμενο, όσο και με τον αρμόδιο ψυχίατρο, όταν πρόκειται για έκτακτη απόφαση. Ο ΝΟΣ04 προσθέτει, ότι *«Η επικοινωνία είναι αυτή που λύνει τα περισσότερα διλήμματα. Αν φτάσουμε σε δίλημμα είμαι εγώ εδώ, το συζητάμε κι αν φτάσουμε σε μεγαλύτερο δίλημμα το συζητάμε και με τους γιατρούς.»*

Υποενότητα 8.4.3^η) Επιστημονική γνώση

Η γνώση αποτελεί ακόμα έναν τρόπο, ο οποίος προτιμά ο επαγγελματίας για την επίλυση των ηθικών διλημάτων, τα οποία τον αφορούν. Η γνώση, πιο συγκεκριμένα των πρωτοκόλλων, του νόμου και του Κώδικα της Επαγγελματικής Δεοντολογίας χαρακτηρίζονται ως μέσα τα οποία επικαλείται ή συμβουλεύεται ο επαγγελματίας με σκοπό την λήψη ηθικών προς την κατάσταση αποφάσεων. Ο ΨΥΧΛ01 υποστηρίζει ότι *«Η εμπειρία είναι εμπειρία και το βιβλίο είναι βιβλίο, αλλά σαφώς όλοι χρειαζόμαστε να έχουμε μια κατάρτιση επιστημονική, να ξέρουμε δηλαδή (...)*», ενώ ο ΝΟΣ01 *«Τα πάντα γίνονται με εντολή γιατρού, αλλά και με βάση αυτά που λέει ο νόμος και ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας, γιατί άντε να αποδείξεις ότι δεν είμαι ελέφαντας.»*

Υποενότητα 8.4.4^η) Εποπτεία και Ψυχοθεραπεία

Γίνεται, επίσης, αναφορά στα οφέλη της εποπτείας, αλλά και της ατομικής ψυχοθεραπείας. Μέσα από την εποπτεία τίγονται θέματα, τα οποία επηρεάζουν το άτομο στην διαχείριση των περιστατικών. Η ψυχοθεραπεία, όμως, φέρνει στην επιφάνεια ταμπού, τα οποία εμποδίζουν τον επαγγελματία να λάβει αποφάσεις, αλλά και συμβάλλουν σε μια βαθύτερη ενδοσκόπηση των ικανοτήτων του, όπως

παρουσιάζει και ο ΨΥΧΛ02 «Ειδικά τα πρώτα χρόνια είχα συστηματική εποπτεία μέχρι να μπορώ να αισθάνομαι ασφαλής στον ρόλο μου που ακόμη και τώρα μπορεί να υπάρχουν περιστατικά που μπορεί να αισθάνομαι ότι με προβληματίζουν», ενώ ο ΨΥΧΛ03 αναφέρει, ότι «Χρειάζεται χρόνια εποπτεία και ψυχοθεραπεία για να ξεπεράσεις τα ταμπού και να γνωρίσεις καλύτερα τον εαυτό σου, να δεις που υπάρχουν προσωπικές δυσκολίες, να μην ταυτίζεσαι με το πρόβλημα του θεραπευμένου σου και ξεκινήσει η μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση».

8.4.5^η) Εμπειρία

Τέλος, σημαντική μπορεί να χαρακτηριστεί και η εμπειρία, την οποία αποκτά ο επαγγελματίας μετά από χρόνια εργασίας σε υπηρεσίες με παρόμοια περιστατικά. Η εμπειρία σημαίνει ότι επαγγελματίας έχει βρεθεί σε παρόμοια διλήμματα και τα έχει επιλύσει. Ο ΨΥΧΛ01 αναφέρει ότι «Είναι τόσα πολλά και τόσα παρακλάδια η προσωπικότητα του καθενός ανθρώπου που θα προσεγγίσει ένας επαγγελματίας, στα οποία η εμπειρία έρχεται να βοηθήσει με τον δικό της τρόπο.».

Υποενότητα 8.5^η) Η επίδραση των σύγχρονων κοινωνικό-πολιτικών και οικονομικών καταστάσεων στην εργασία με ακούσια περιστατικά ανηλίκων

Σε αυτήν την ενότητα γίνεται προσπάθεια για να αναγνωριστούν οι ανάγκες, οι οποίες έχουν προκύψει λόγω των συνθηκών της σύγχρονης κοινωνίας, το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης στην διαχείριση των περιστατικών ακούσιας νοσηλείας σε παιδιά και εφήβους.

Η υποστελέχωση των δομών αποτελεί ένα βασικά πρόβλημα, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι επαγγελματίες. Τα άτομα είναι περιορισμένα και αυτό έχει επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου. Ο ΝΟΣ01 αναφέρει «Δεν υπάρχει προσωπικό και πρέπει να κάνουμε διπλοοβάρδιες. Πότε δεν υπήρχε επαρκές προσωπικό και οι συμβάσεις είναι πυροσβεστικές και αφού λήξει παραμένουμε μόνοι μας», όπως επίσης βρίσκει συμφωνία με τον ΝΟΣ02 «Η έλλειψη προσωπικού είναι το νούμερο ένα. Το προσωπικό είναι κουρασμένο. Δεν έχουμε πάρει άδειες. Μετά από ώρες εργασίας κάθε μέρα νιώθω κουρασμένη. Δεν έχω πάρει άδεια από το 22.» Η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί μια σημαντική επίπτωση από την έλλειψη συνεργατικών χεριών με τον ΨΥΧΤ01 να τονίζει «Δεν είναι ωράρια εργασίας να

κλείνω 52 ώρες, γιατί καταλαβαίνεις ότι μετά από 52 ώρες δεν μπορείς να σκέφτεσαι όπως σκεφτόσουν μετά από 2 ή 3 ώρες δουλείας γιατί είναι το πλαίσιο λίγο περίεργο. Αν ξυπνήσεις για δεύτερη μέρα μέσα σε ένα ψυχιατρείο σου φαίνονται όλα γκρι.». Ο ΝΟΣ03 εστιάζει στις συνέπειες της πολύωρης εργασίας στην κοινωνική της ζωή αναφέροντας «Η δουλειά που κάνουμε, το ωράριο εργασίας και αυτά που έχουμε να διαχειριστούμε έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική μας ζωή και υπάρχουν φορές που μπορεί να νιώθω κουρασμένη». Η εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να μαστίζει το σημαντικότερο ποσοστό των ειδικών και η εξεύρεση κάποιου τρόπου αντιμετώπισης δύναται να χαρακτηριστεί σημαντική.

Ενότητα 9^η) Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσέγγιση των περιστατικών και του τρόπου με τον η επαγγελματίες παρεμβαίνουν σε καταστάσεις ακούσιας νοσηλείας παιδιών και εφήβων. Τα περιστατικά, τα οποία επιγράφηκαν από τους επαγγελματίες αποτελούν περιπτώσεις, οι οποίες χρήζουν αναγκαστικής νοσηλείας, λόγω της βαρύτητας της συμπτωματολογίας τους. Όπως προβλέπει και ο νόμος 2071/1992 περί ακούσιας νοσηλείας, βασικές προϋποθέσεις για την εισαγωγική σε παιδοψυχιατρικό κατάστημα είναι αποτροπή πράξης βίας του ιδίου (με αυτοκαταστροφικές ενέργειες) ή τρίτου (εναντιωματικές/ αντικοινωνικές συμπεριφορές). Συνεπώς, διαφαίνεται με αυτόν τον τρόπο και ο χαρακτήρας, καθώς και ο ρόλος της νοσηλείας. Η συγκεκριμένη έρευνα αντιτίθεται στον προληπτικό χαρακτήρα της αναγκαστικής νοσηλείας του ανηλίκου (Γεωργακά, 2009) και υπογραμμίζει την εκτραχυμένη κατάσταση, με βασικό δείκτη την επικινδυνότητα, η οποία καθιστά την εισαγωγή του ανηλίκου ως έσχατο, αλλά και έκτακτο μέσο για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου.

Οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να συμπληρώνονται μεταξύ του και να εστιάζουν σε διαφορετικά ζητήματα, τα οποία προκύπτουν από την νοσηλεία. Γνώμονας για την αντιμετώπιση του κάθε ανήλικου περιστατικού είναι η συναισθηματική του στήριξη και το συμφέρον του (Priebe et al., 2009), όπως αποδείχθηκε και από τα αποτελέσματα της έρευνας με τους επαγγελματίες να βρίσκονται δίπλα στο παιδί και τον έφηβο, ακούγοντας και φροντίζοντας για την υγεία του. Η εργασία με την οικογένεια είναι ένα διαφορετικό, αλλά σημαντικό κομμάτι της παρέμβασης στην ακούσια νοσηλεία. Οι επαγγελματίες στην πλειοψηφία τους αναφέρθηκαν την αδυναμία της οικογένειας να αποδεχθεί την ψυχική νόσο του παιδιού εκδηλώνοντας αρκετές αντιστάσεις και άμυνες στην παρούσα πραγματικότητα (για παράδειγμα, μέσα από την τήρηση των απαραίτητων ιατρικών οδηγιών για την φαρμακευτική αγωγή), αλλά και βιώνοντας μια κατάσταση σοκ και πένθους (Μαρτινάκη et al, 2019). Σκοπός της νοσηλείας αποτελεί τόσο για το άτομο όσο και για την οικογένεια η ανάκαμψη της κρίσης με τρόπο, ο οποίος θα δημιουργήσει ένα πιο υγιές περιβάλλον με πιο σταθερούς δεσμούς, οι οποίοι δεν χαρακτηρίζονται από παθολογία για το ζευγάρι και την οικογένεια στο σύνολο της.

Οι επαγγελματίες υγείας αποδείχθηκε από την έρευνα ότι αντιμετωπίζουν μια σειρά από ηθικά διλήμματα, στα οποία είτε μπορούν να βρουν άμεση λύση, αλλά και να χρειαστούν την γνώμη ενός άλλου επαγγελματία. Πάντως, η έρευνα της Turunen et al. (2010), συμφωνεί με τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν από τις συνεντεύξεις σχετικά με την δυσκολία της διάγνωσης. Υπογραμμίζεται τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην έρευνα της Turunen et al. Η σημασία του αναπτυξιακού σταδίου του ανηλίκου. Η διάγνωση δύναται να μην συνάδει σε όλες τις περιπτώσεις με την διαταραχή του ανηλίκου, καθώς το παιδί δεν έχει την ικανότητα να αναγνωρίσει και να περιγράψει με επαρκή τρόπο το συναίσθημα του και την συμπτωματολογία του, κάνοντας έτσι την διαγνωστική διαδικασία δύσκολη και απαιτητική.

Σχετική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Ramasamy (2021), συμφωνεί με την παρούσα έρευνα στο ζήτημα της ενημέρωσης του ανηλίκου σχετικά με τα θέματα της υγείας του. Και στις δύο έρευνες παρουσιάζεται η σημαντικότητα της ενημέρωσης και της συναίνεσης των ανήλικων ασθενών, καθώς ενδυναμώνουν την σχέση του προσωπικού με τον ασθενή, αλλά και με την οικογένεια, αλλά και συμβάλει στην ανάπτυξη κλίματος ισότητας, εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Πάντως, σε συνθήκες ακούσιας νοσηλείας, οι ειδικοί εργάζονται για την αποκατάσταση της υγείας του ανηλίκου, περιορίζοντας την αυτονομία του τόσο στην λήψη αποφάσεων όσο και στον από κοινού σχεδιασμό της νοσηλείας του, αναλογιζόμενοι την επικινδυνότητα της κατάστασης, η οποία οδήγησε τον ανήλικο και την οικογένεια του σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας (Turunen et al., 2010, Ramasamy, 2021).

Στην παρούσα έρευνα, έγινε μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι τρόποι, στους οποίους καταφεύγει ένας επαγγελματίας όταν αντιμετωπίζει κάποιο ηθικό δίλημμα. Η διεπιστημονικότητα αποτελεί ένα στοιχείο, το οποίο υπάρχει στην φύση της παιδοψυχιατρικής δομής, όπως διαπιστώνεται και από την παρέμβαση των διαφόρων ειδικοτήτων στην ψυχική ασθένεια, αλλά και από την επικοινωνία με βασικό σκοπό την συνεργασία των μελών της ομάδας για την λήψη των ηθικά σημαντικών αποφάσεων για την προαγωγή της υγείας του ανηλίκου (Σταθόπουλος, 2012). Μέσα από το πεδίο εφαρμογής της βιοηθικής στην ψυχιατρική επιστήμη (Σικλαφίδου et al., 2012), γίνεται αντιληπτός και ο τρόπος με τον οποίον οι επαγγελματίες, οι οποίοι εργάζονται στην παιδοψυχιατρική, επιλύουν ηθικά διλήμματα στην εργασία τους με ανήλικους ψυχικά ασθενείς, καταφεύγοντας είτε

(α)στον νόμο και τον κώδικα δεοντολογίας, είτε στην γνώση, η οποία αναφέρεται στην επιστημονική κατάρτιση και βασικές σπουδές.

Οι ειδικοί, οι οποίοι εργάζονται με παιδοψυχιατρικά περιστατικά, λόγω τις βαρύτητας και της σοβαρότητας τόσο της κατάστασης, όσο και των παρεμβάσεων σε καθημερινή βάση, υπάρχει περίπτωση να εκδηλώσουν συναισθηματική και επαγγελματική εξουθένωση, σημειώνοντας επιπτώσεις στην ποιότητα της εργασίας τους και κοινωνική και προσωπική τους ζωή (Kumar, 2011). Στην παρούσα έρευνα, σε πλειοψηφία το δείγμα περιέγραψε την κούραση του από την πολύωρη εργασία με παιδοψυχιατρικά περιστατικά, αλλά η κούραση αυτή προκαλείται, πέρα από την σοβαρότητα των νοσηλειών και τους στρεσογόνους παράγοντες, από την έλλειψη προσωπικού και την υποστελέχωση, χαρακτηρίζοντας την κατάσταση σαν έναν φαύλο κύκλο.

Ενότητα 10^η) Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια να αναγνωριστούν οι εμπειρίες και οι δυσκολίες των επαγγελματιών στην ακούσια νοσηλεία ανηλίκων, οι οποίοι εργάζονται σε παιδοψυχιατρικά καταστήματα, αλλά και τα ηθικά διλήμματα, τα οποία προκύπτουν στην διάρκεια της εργασίας τους και χρήζουν αντιμετώπισης μέσα από διάφορους τρόπους. Πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους επαγγελματίες, με σκοπό να συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες, σχετικές με την εμπειρία και τα εμπόδια, τα οποία προκύπταν στα ακούσια περιστατικά παιδιών και εφήβων, αλλά και την οικογένεια. Η έρευνα αυτή υπογράμμισε τον κατασταλτικό και θεραπευτικό ρόλο της ακούσιας νοσηλείας ως μοναδική επιλογή στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας του ανηλίκου, η οποία τον καθιστά επικίνδυνο τόσο για τον εαυτό του όσο και για την οικογένεια του. Μια σημαντική δυσκολία, η οποία περιγράφηκε την πλειοψηφία του δείγματος, αποτελεί η εργασία με την οικογένεια, καθώς με την νοσηλεία του παιδιού, ταρασσονται οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί και βρίσκεται σε κρίση. Η εργασία με την οικογένεια προϋποθέτει την διαχείριση του πένθους, των συνεχών αντιστάσεων, του κοινωνικού στίγματος και της παρεμβατικότητας με σκοπό την αποδοχή της κατάστασης. Ερευνήθηκαν, ακόμα, και τα ηθικά διλήμματα, τα οποία απασχολούν τους επαγγελματίες και χρήζουν αντιμετώπισης. Ανάμεσα σε άλλα ηθικά διλήμματα αναφορικά με την αυτονομία, την πληροφόρηση, την άρση απορρήτου, η διάγνωση αποτελεί το σημαντικότερο δίλημμα, το οποίο προκύπτει από την εργασία με ανήλικα, καθώς είναι δεν έχουν την ικανότητα να περιγράψουν και να αναγνωρίζουν με επάρκεια τα συναισθήματα τους, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε «λάθος» διάγνωση και αγωγή. Η φύση των παιδοψυχιατρικών δομών με την διεπιστημονική ομάδα, αποδεικνύει την ολιστικότητα της παρέμβασης, αλλά και την συνεργασία των επαγγελματιών για να αντιμετωπίσουν ομαδικά περιστατικά, προβληματισμούς και δύσκολες αποφάσεις. Η υποστελέχωση, όμως, και οι πολύωρη εργασία δύναται να επηρεάσει την ψυχική υγεία του προσωπικού. Συνεπώς, δύναται να προκύψουν τα εξής ερωτήματα για μελλοντική μελέτη: Ποιες οι συνέπειες της συναισθηματικής εξουθένωσης στην εργασία με παιδοψυχιατρικά περιστατικά; Ποια είναι η άποψη και η στάση της οικογένειας σχετικά με την ακούσια νοσηλεία παιδιών και εφήβων; Με ποιους τρόπους η επαγγελματίες διαχειρίζονται το στίγμα; Πως οι ειδικοί μπορούν να ελέγξουν την πιθανότητα της υποτροπή μετά τη νοσηλεία;

Βιβλιογραφία

Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα Θεματική ανάλυση. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35(3)

Γκριτζέλας, Γ. (2015). Κώδικες ηθικής και δεοντολογίας στην παιδοψυχιατρική (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κλινικοεργαστηριακός. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας)

Δημοπούλου- Λαγωνίκα Μ., Ταυλαρίδου- Καλούτση Α. & Μουζακίτης Μ. Χ.,(2011), «Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας- Μοντέλα Παρέμβασης: Από την Ατομική στην Γενική- Ολιστική Προσέγγιση» , Εκδόσεις Τόπος: Αθήνα.

Ηγουμενίδης Μ. (2020), Βασική Βιοηθική: Δεοντολογία - Νομοθεσία για Επαγγελματίες Υγείας, BROKEN HILL PUBLISHERS LTD: Αθήνα, 453-60

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2003). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Τυπωθητω, ΑΘήνα

Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Χριστοδούλου Γ.(2010). Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή. Εκδόσεις, ΒΗΤΑ, Αθήνα

Μαρτινάκη, Σ., Ασημόπουλος, Χ., Παπαϊωάννου, Α., Μιχαΐλοβιτς, Ν., Αναστασιάδου, Ν., Σκευοφύλαξ, Β., & Χατζημιχαηλίδη, Α. (2019). Ακούσια νοσηλεία, οικογένεια και κλινική κοινωνική εργασία. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 36(6)

Μούγια-Ανταρέλη, Β. (1999). Επίδραση της αναγκαστικής νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχασθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

Μπαμπινιώτης Γ., (2019) «ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ» Ε΄ έκδοση, Κέντρο Λεξικολογίας: Αθήνα.

Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2003). Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση. PSYCHIATRIKI, 14(2), 101

Πουλόπουλος Χ., (2011) «Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι Κοινότητες τις Αλλαγής». Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, Αθήνα

Σικλαφίδου Π., Ζελένη Δ., Λειβαδίτης Μ. (2012), «Δεοντολογία και Ψυχιατρική πράξη», Εγκέφαλος 49, 103-108

Σταθόπουλος Π.Α. (2012), «Οργάνωση και Διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών», Παπαζήση, Αθήνα

Ξενόγλωσση:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2008). Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. Trends in neurosciences, 31(4), 183-191

Andorno, R. (2005). The Oviedo Convention: a European legal framework at the intersection of human rights and health law, 133-143

Appelbaum, P. S. (2002). Privacy in psychiatric treatment: threats and responses. American Journal of Psychiatry, 159(11), 1809-1818

Aspers, P., Corte, U. (2019) What is Qualitative in Qualitative Research. Qual Sociol 42, 139–160

Baker, K. (2009). Conduct disorders in children and adolescents. Paediatrics and Child Health, 19(2), 73-78

Baker, K. (2013). Conduct disorders in children and adolescents. Paediatrics and Child Health, 23(1), 24-29

Bandelow B. & Michaelis S. (2015) Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century, Dialogues in Clinical Neuroscience, 17:3, 327-335

- Beauchamp, T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical ethics*, 29(5), 269-274
- Berridge, V., & Mars, S. (2004). History of addictions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(9), 747-750
- Biering, P. (2002). Caring for the involuntarily hospitalized adolescent: the issue of power in the nurse-patient relationship. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 65
- Bhabha, J. (2016). Child Migration and the Lacunae in International Protection. *The Ashgate Research Companion to Migration Law, Theory and Policy*, 321-345
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341
- Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2000). Child development and evolutionary psychology. *Child development*, 71(6), 1687-1708
- Blake, B. (2015). Developmental psychology: Incorporating Piaget's and Vygotsky's theories in classrooms
- Bloch, S., & Green, S. A. (2006). An ethical framework for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 7-12
- Boos, S. C., & Fortin, K. (2014). Medical neglect. *Pediatric Annals*, 43(11), 253-259.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2008). Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *European Journal of Emergency Medicine*, 15(5), 276-278
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'Health'. *Hastings Center Studies*, 77-87
- Carper, B. A. (1979). The ethics of caring. *Advances in nursing Science*, 1(3), 11-20
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of family therapy*, 31(1), 3-45
- Charter, O. (1986). Ottawa Charter for health promotion. In *First international conference on health promotion*, 21, 17-21

- Chatzifotiou, S., & Papouli, E. (2022). Social workers dealing with ethical dilemmas in the course of their professional work: The Greek experience. *The British Journal of Social Work*, 52(8), 4795-4814
- Chodoff, P. (1984). Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *The American journal of psychiatry*, 141(3), 384-389
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder? *Focus*, 9(3), 369-388
- Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 189-199
- Daiute, C. (2017). The rights of children, the rights of nations: Developmental theory and the politics of children's rights. In *Children's Rights* (pp. 405-427). Routledge
- Dfarhud, D., Malmir, M., & Khanahmadi, M. (2014). Happiness & health: the biological factors-systematic review article. *Iranian journal of public health*, 43(11), 1468.
- Deas, D., & Brown, E. S. (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 18
- Dell, M. L., & Kinlaw, K. (2008). Theory Can Be Relevant: An Overview of Bioethics for the Practicing Child and Adolescent Psychiatrist. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(1), 1-19
- De Sousa, A. (2010). Ethical issues in child and adolescent psychotherapy: A clinical review. *Indian journal of medical ethics*, 7(3), 157-161
- Despert, J. L. (1938). Schizophrenia in children. *Psychiatric Quarterly*
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., & Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation

disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339-2350

Douzenis, A., & Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International journal of law and psychiatry*, 39, 31-35

Dunkel, C. S., & Harbke, C. (2017). A review of measures of Erikson's stages of psychosocial development: Evidence for a general factor. *Journal of Adult Development*, 24, 58-76

Feldman, D. H. (2004). Piaget's stages: the unfinished symphony of cognitive development. *New Ideas in Psychology*, 22(3), 175-231.

Fennig, S., Horesh, N., Aloni, D., Apter, A., Weizman, A., & Fennig, S. (2005). Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. *European child & adolescent psychiatry*, 14, 454-460.

Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of emergency mental health*, 2(2), 119-126

Foot, P. (1985). Utilitarianism and the Virtues. *Mind*, 94(374), 196-209

Floud, J. (1982). Dangerousness and criminal justice. *The British Journal of Criminology*, 22(3), 213-228

Fisher, C. B., Pearson, J. L., Kim, S., & Reynolds, C. F. (2002). Ethical issues in including suicidal individuals in clinical research. *IRB: Ethics & Human Research*, 24(5), 9-14

First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M. & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187-195

Foureur, N., & Galmiche, P. (2019). Autonomy integrity: Another way to understand autonomy in psychiatry?. *Clinical Ethics*, 14(4), 178-186.

Foy, J. M., & Perrin, J. (2010). Enhancing Pediatric Mental Health Care: Strategies for Preparing a Community, *Pediatrics*, 125(3), 75–S86

Gelo, O., Braakmann, D. & Benetka, G. (2008), Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. *Integr. psych. behav.* 42, 266–290

- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British journal of addiction*, 85(11), 1403-1408
- Gough, K. V. (2016). Youth and jobs. *world*, 35(2), 91-102
- Graham, P. J., & Foreman, D. M. (1995). An ethical dilemma in child and adolescent psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 19(2), 84-86
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS spectrums*, 21(4), 300-303
- Green, J., and Anne S. (1987) "Ethical issues in child and adolescent psychiatry." *Journal of medical ethics* 13.1, 5-11
- Halpern, H. A. (1973). Crisis theory: A definitional study. *Community Mental Health Journal*, 9, 342-349
- Halpern, R., & Figueiras, A. (2004). Environmental influences on child mental health. *Jornal de pediatria*, 80, 104-110.
- Hammarberg, T. (1990). The UN convention on the rights of the child--and how to make it work. *Human Rights Quarterly*, 12(1), 97-105
- Hancock, B., Ockleford, E., & Windridge, K. (2001). *An introduction to qualitative research*. London: Trent focus group
- Hayden, E. P., & Mash, E. J. (2014). *Child psychopathology: A developmental-systems perspective*
- Helmchen, H. (1978). Declaration of Hawaii. *Journal of medical ethics*, 4(4), 217
- Helmchen, H., & Okasha, A. (2000). From the Hawaii declaration to the declaration of Madrid. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(399), 20-23
- Hogan, D. (2005). Researching 'the child' in developmental psychology. *Researching children's experience: Approaches and methods*, 22-41
- Hooley J., Butcher M., Nock M., Mineka S., (2020), “ Ψυχοπαθολογία”, 17^η έκδοση, Utopia, Αθήνα

- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D. & Smid, H. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343
- Hughes, J. C. (2005). Moral reasoning—the unrealized place of casuistry in medical ethics. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 149-154
- Husband, G. (2020). Ethical Data Collection and Recognizing the Impact of Semi-Structured Interviews on Research Respondents. *Education Sciences*, 10(8), 206
- Hustoft, K., Larsen, T. K., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J. O., & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 136-143
- Hyman, S. E. (2014). Revitalizing psychiatric therapeutics. *Neuropsychopharmacology*, 39(1), 220-229
- Irving, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4)
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health.
- Jendreyshak, J., Illes, F., Hoffmann, K., Holtmann, M., Haas, C. R., Burchard, F. & Haussleiter, I. S. (2014). Voluntary versus involuntary hospital admission in child and adolescent psychiatry: a German sample. *European child & adolescent psychiatry*, 23, 151-161
- Joy, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (2000). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*, 2
- Kallert, T. W., Rymaszewska, J., & Torres-González, F. (2007). Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 197-207
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965.

- Kaltiala-Heino, R., & Eronen, M. (2015). Ethical issues in child and adolescent forensic psychiatry: a review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(6), 759-780
- Kazdin, A. E. (1983). Psychiatric diagnosis, dimensions of dysfunction, and child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14(1), 73-99
- Kendall, P.C., Cantwell, D.P. & Kazdin, A.E. Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. *Cogn Ther Res* 13, 109–146 (1989)
- Keyes, C.L.M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Springer
- Knox, K., & Roberts, A. (2001). The crisis intervention model. Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach, 183-202
- Kring, A. M., & Caponigro, J. M. (2010). Emotion in schizophrenia: where feeling meets thinking. *Current directions in psychological science*, 19(4), 255-259
- Kring A. M., Davinson G. C., Neale J. M. & Johnson, (2010), «Ψυχοπαθολογία», Gutenberg, Αθήνα
- Kumar, S. (2011). Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(4), 295-301
- Lachman, V. D. (2012). Applying the ethics of care to your nursing practice. *Medsurg Nursing*, 21(2), 112-116
- Landau, R. (2001). Ethical dilemmas in general hospitals: Social workers' contribution to ethical decision-making. *Social Work in Health Care*, 32(2), 75-92
- Lee, K., Cascella, M., & Marwaha, R. (2019). Intellectual disability.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392(10146), 508-520
- Mack, N., & Woodsong, C. (2005). Qualitative research methods.
- Manikam, R., & Perman, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology*, 30(1), 34-46

- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, (12)
- Masten, A. S., Burt, K. B., & Coatsworth, J. D. (2015). Competence and psychopathology in development. *Developmental psychopathology: Volume three: risk, disorder, and adaptation*, 696-738
- Merriam, S. B. (2002). Introduction to qualitative research. *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*, 1(1), 1-17
- Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychology Review*, 38(2), 153-167
- Miller, L. M., Southam-Gerow, M. A., & Allin, R. B. (2008). Who stays in treatment? Child and family predictors of youth client retention in a public mental health agency. *In Child & youth care forum*, 37, 153-170
- Mimmo, L., Woolfenden, S., Travaglia, J., & Harrison, R. (2019). Partnerships for safe care: A meta-narrative of the experience for the parent of a child with Intellectual Disability in hospital. *Health Expectations*, 22(6), 1199-1212
- Müller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., & Cabeza, S. G. (2000). Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany: Legal framework, recent developments, and current practice. *International journal of law and psychiatry*, 23(5-6), 467-480
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12)
- Neel, A. F. (1977). Social and biological factors in child development. *Psychological Reports*, 40(3_suppl), 1143-1146
- Nelson, D.L. (2010). Mental Retardation and Intellectual Disability. In: Speicher, M.R., Motulsky, A.G., Antonarakis, S.E. (eds) *Vogel and Motulsky's Human Genetics*. Springer

- Nijman, R. J. M., Bower, W., Butler, U., Elsworth, P., Tekgul, S., & Von Gontard, A. (2005). Diagnosis and management of urinary incontinence and encopresis in childhood. *Incontinence*, 2, 965-1058
- Norvoll, R., Hem, M. H., & Lindemann, H. (2018). Family members' existential and moral dilemmas with coercion in mental healthcare. *Qualitative Health Research*, 28(6), 900-915.
- Novak A. (2014) Anonymity, Confidentiality, Privacy, and Identity: The Ties That Bind and Break in Communication Research, *Review of Communication*, 14:1, 36-48
- Nugent, R. (2005). Youth in a global world. *World*, 1(27), 1-845
- Okasha, A. (2003). The Declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry*, 2(2), 65
- Pasewark, R. A., & Albers, D. A. (1972). Crisis intervention: Theory in search of a program. *Social work*, 17(2), 70-77
- Patel, V., Kieling, C., Maulik, P. K., & Divan, G. (2013). Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective. *Archives of disease in childhood*, 98(5), 323-327
- Payne, M. (2021). *An A-Z of social work theory*. Sage.
- Pescosolido, B. A., Perry, B. L., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(5), 613-618
- Pies, R. (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses?:(guess again). *Psychiatry (Edgmont)*, 4(10), 18
- Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 10, 121-140
- Posner, K., Melvin, G. A., Stanley, B., Oquendo, M. A., & Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS spectrums*, 12(2), 156-162
- Postema, G. J. (1980). Moral responsibility in professional ethics. *NYUL Rev.*, 55, 63

- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., ... & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry*, 194(1), 49-54
- Primeau, F., Ph, B., & du Québec, P. (2002). Basic principles of ethics for psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*
- Proctor, E. K., Morrow-Howell, N., & Lott, C. L. (1993). Classification and correlates of ethical dilemmas in hospital social work. *Social work*, 38(2), 166-177
- Ramasamy, R. S. (2021). Involuntary treatment of minors with severe and enduring anorexia nervosa. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(3), 361-370
- Reamer, F. G. (1983). Ethical dilemmas in social work practice. *Social Work*, 28(1), 31-35
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12(2), 92-98
- Rihmer, Z., & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders*, 4, 21-25.
- Riba M.B & Ravindranath D., (2010), *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*, American Psychiatric Publishing
- Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 2(1)
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329
- Robertson, M., Morris, K., & Walter, G. (2007). Overview of psychiatric ethics V: Utilitarianism and the ethics of duty. *Australasian Psychiatry*, 15(5), 402-410
- Robertson, M., & Walter, G. (2007). Overview of psychiatric ethics I: Professional ethics and psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 15(3), 201-206
- Roth, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). What do adolescents need for healthy development? Implications for youth policy. *Social Policy Report*, 14(1), 1-20

- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and psychopathology*, 12(3), 265-296
- Ruse, M. (1975). Charles Darwin's theory of evolution: an analysis. *Journal of the History of Biology*, 219-241
- Sabin, J. E., & Harland, J. C. (2017). Professional ethics for digital age psychiatry: boundaries, privacy, and communication. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1-7
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 163-168.
- Salize, Hans Joachim, Harald Dreßing, and Monika Peitz, (2002), "Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states." Central Institute of Mental Health Research Project Final Report, Mannheim, Germany 15, 3-4
- Saracho, O. N., & Evans, R. (2021). Theorists and their developmental theories. *Early Child Development and Care*, 191(7-8), 993-1001
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The lancet child & adolescent health*, 2(3), 223-228
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 649-659
- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of health & illness*, 31(3), 441-455
- Schetky, D. H. (1992). Ethical issues in forensic child and adolescent psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(3), 403-407
- Shuster, E. (1997). Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. *New England Journal of Medicine*, 337(20), 1436-1440
- Small, L., & Aplasca, A. (2016). Child obesity and mental health: a complex interaction. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(2), 269-282

- Sondheimer, A., & Martucci, L. C. (1992). An Approach to Teaching Ethics in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(3), 415–422
- Sroufe, L. A. (1986). Appraisal: Bowlby's contribution to psychoanalytic theory and developmental psychology; Attachment: Separation: Loss. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 27(6), 841-849
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child development perspectives*, 3(3), 178-183.
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10
- Tannsjö, T. (2004). The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *Journal of medical ethics*, 30(5), 430-434
- Tătaru, N., Marinov, P., Douzenis, A., Novotni, A., & Kecman, B. (2010). Forensic psychiatry in some Balkan countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 472–480
- Toseland, R. W., & Rivas, R. F. (2009). *An introduction to group work practice*. Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon
- Turunen, S., Välimäki, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Psychiatrists' views of compulsory psychiatric care of minors. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 35-42
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156-2166
- Van Der Post, L. F. M., Dekker, J. J. M., Jonkers, J. F. J., Beekman, A. T. F., Mulder, C. L., De Haan, L. & Schoevers, R. A. (2010). Crisis Intervention and Acute Psychiatry in Amsterdam, 20 Years of Change: a Historical Comparison of Consultations in 1983 and 2004—2005. *International journal of social psychiatry*, 56(4), 348-358

Van Der Post, L., Mulder, C. L., Bernardt, C. M., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2009). Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11), 1543-1546

Verenikina, I. (2003). Vygotsky's socio-cultural theory and the zone of proximal development

Voultzos, P., Tsamadou, E., Karakasi, M. V., Raikos, N., & Pavlidis, P. (2020). Involuntary psychiatric hospitalization of children and adolescents in Northern Greece: Retrospective epidemiological study and related ethical issues. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 31(2), 129-139

Wagner, K. D., & Ambrosini, P. J. (2001). Childhood depression: Pharmacological therapy/treatment (pharmacotherapy of childhood depression). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(1), 88-97.

Walker S., Barnett P., Srinivasan R., Abrol E., Johnson S., (2021), Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(7), 501-512

Waring, M., & Ricks, D. (1965). Family patterns of children who became adult schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 140(5), 351-364

Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., & Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(3), 252-261.

World Health Organization. (2014). Social determinants of mental health.

Wilmschurst, L. (2005). *Essentials of child psychopathology*. John Wiley & Sons.

Διεθνείς Ιστότοποι:

General Assembly Resolution 44/25 (1989), “Convention on the Rights of the Child”, U.N. (<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.)

U.N., “Children” (<https://www.un.org/en/globalissues/children#:~:text=In%201959%2C%20the%20UN%20General,%2C%20shelter%2C%20and%20good%20nutrition.>)

U.N., “Youth” (<https://www.un.org/en/global-issues/youth>)

UNICEF, “Convention on the Rights of the Child: For every child, every right.” ([https://www.unicef.org/child-rights-convention.](https://www.unicef.org/child-rights-convention))

UNICEF, “Convention on the Rights of the Child: For 30 years the Convention on the Rights of the Child has been protecting children and adolescents from vulnerable situations”, (<https://www.unicef.org/greece/en/crc>)

W.H.O., “Adolescent health” (https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

W.H.O., “Constitution” (<https://www.who.int/about/governance/constitution>)

W.H.O., (2022), “Mental disorders” (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mentaldisorders/?gclid=Cj0KCQjwi7GnBhDXARIsAFLvH4kcRrWWd_h-F2olusLL_Dkrsck5Gf4xjS1uzVn9aNNOjMmU-bVSPDAaAlkhEALw_wcB)

W.H.O., (2022), “Mental Health” (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>)

W.H.O., (2021), “Mental health of adolescents” (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth/?gclid=Cj0KCQjwi7GnBhDXARIsAFLvH4k1qOhq9dkqJ_UzPAwaqGI5fvpAAg3r-j-5_ZOk1bHbXZfONpnmwboaAoyqEALw_wcB.)



Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

Τίτλος:	«Εμπειρίες και απόψεις επαγγελματιών για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων»
Ερευνητής/τρια:	Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης, Προπτυχιακός Φοιτητής, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Επιβλέπων/ουσα:	Μιχελή Κατερίνα, MPH, PhD, Κοινωνική Λειτουργός

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μια έρευνα, η οποία διεξάγεται από τον Κουτσομπόρη Παντελεήμονα Χρυσοβαλάντη, προπτυχιακό φοιτητή, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Μιχελή Αικατερίνη, κοινωνική λειτουργό, του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ.

Το έντυπο πρόκειται να σας δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να καταλάβετε γιατί γίνεται αυτή η έρευνα και για ποιόν λόγο έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε. Επιπρόσθετα, περιγράφει τι θα αφορά η συμμετοχή σας, πιο συγκεκριμένα τι θα πρέπει να κάνετε, καθώς και τυχόν γνωστούς κινδύνους ή δυσφορία, η οποία μπορεί να προκληθεί από την συμμετοχή σας.

Η ανάγνωση του έντυπου δύναται να χαρακτηριστεί ιδιαίτερα βοηθητική. Γι' αυτόν τον λόγο θα σας παρακαλούσα να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε να το διαβάσετε, αλλά και να το σκεφτείτε. Βρίσκομαι στην διάθεση σας για οποιαδήποτε ερώτηση προκύψει είτε τώρα, είτε κάποια άλλη στιγμή. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε θα σας ζητηθεί να υπογράψετε αυτό το έντυπο και θα λάβετε αντίγραφο.

1) ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;

Σκοπός της μελέτης αποτελεί η ανάδειξη, αρχικά, των εμπειριών των ειδικών (κοινωνικών λειτουργών, παιδοψυχολόγων, παιδοψυχιάτρων, νοσηλευτών, καθώς και

άλλων ειδικοτήτων), οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Έπειτα η έρευνα πρόκειται να διερευνήσει τις απόψεις τους σχετικά με τον θεσμό και την διαδικασία της νοσηλείας ανηλίκων.

2) ΠΟΙΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ;

Στην παρούσα έρευνα πρόκειται να συμμετέχει η ομάδα των επαγγελματιών, η οποία εργάζεται στην Παιδοψυχιατρική Πτέρυγα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, καθώς και στο Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο. Συμμετέχοντες αποτελούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι και νοσηλευτές των παραπάνω νοσοκομειακών μονάδων.

3) ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Θα διενεργηθούν προγραμματισμένες συνεντεύξεις, έπειτα από συνεννόηση με τον επαγγελματία. Εκτιμώμενος συνολικός χρόνος που θα διαρκέσουν οι συνεντεύξεις είναι περίπου τα 45 λεπτά. Οι ερωτήσεις θα σχετίζονται με το θέμα της έρευνας « Εμπειρίες και απόψεις επαγγελματιών για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων». Σε περίπτωση που νιώσετε ότι δεν μπορείτε να ανταποκριθείτε σε κάποια ερώτηση στην διάρκεια της συνέντευξης, μπορείτε να την παραλείψετε. Επόμενο και τελικό βήμα της διαδικασίας αποτελεί η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και με κύριο στόχο την ανάλυση τους και την ανάδειξη αποτελεσμάτων.

4) ΠΟΙΟΣ ΩΦΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; Ή ΕΧΩ ΚΑΠΟΙΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Δεν υπάρχουν κάποια άμεσα οφέλη για σας από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας στην μελέτη δύναται να χαρακτηριστεί σημαντική, καθώς μέσα από τις απαντήσεις σας στην συνεντευτική διαδικασία πρόκειται να βοηθηθεί η ερευνητική και επιστημονική κοινότητα σχετικά με τον θεσμό της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων, η οποία εγείρει ηθικά διλήμματα και

αποτελεί μια συντονισμένη προσπάθεια τόσο της επιστημονικής ομάδας όσο και της γενικότερης κοινότητας (οικογένειας, σχολείου κ.α.) για τον περιορισμό των επιβλαβών συμπεριφορών, οι οποίες οφείλονται στην ύπαρξη κάποιας διαταραχής.

5)ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ (Η ΚΟΣΤΟΣ/ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ) ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Έχουν ληφθεί όλα τα απαραίτητα μέτρα, ώστε να περιοριστούν όλοι οι πιθανοί κίνδυνοι αυτής της μελέτης. Η απάντηση στις ερωτήσεις στην πορεία της συνέντευξης ίσως είναι δύσκολη. Σε κάθε περίπτωση, κατά την οποία υπάρχουν προβληματισμοί, απορίες και άγχος σχετικά με την μελέτη, την θεματολογία, αλλά και την διαδικασία της συνέντευξης, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον συνεντευκτή.

6)ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική. Έχετε την δυνατότητα να αρνηθείτε χωρίς καμία αιτιολογία. Στην περίπτωση, όμως που δεχτείτε να συμμετάσχετε, θα ήταν ωφέλιμο να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο. Ακόμη κι αν δεχτείτε να συμμετάσχετε, μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανα πάσα στιγμή και να αποχωρίσετε από την ερευνητική διαδικασία, χωρίς κάποια αιτιολογία και χωρίς καμία συνέπεια σας. Συνεπώς, σε αυτήν την περίπτωση, μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες σας που έχουν συλλεχθεί. Τα δεδομένα πρόκειται να διαγραφούν άμεσα, έπειτα από επικοινωνία με τον Κουτσομπόρη Παντελή στο email (koutsomproesp@gmail.com).

7)ΠΩΣ ΘΑ ΔΙΑΦΥΛΑΧΘΕΙ Η ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΟΥ;

Πρόκειται να ακολουθηθούν οι δεοντολογικοί κανονισμοί σχετικά με το απόρρητο και την ανωνυμία. Οι πληροφορίες, οι οποίες πρόκειται να συλλεχθούν, θα είναι ανώνυμες. Η ταυτότητα σας είναι αδύνατον να αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή σε επιστημονικές αναφορές, καθώς τα ποιοτικά δεδομένα, τα οποία θα συλλεχθούν, πρόκειται να κωδικοποιηθούν, έτσι ώστε να μην ταυτοποιούνται με κανέναν από τους συμμετέχοντες. Η χρήση των αποτελεσμάτων

του έργου για δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά και συνέδρια θα γίνει σε ανώνυμη μορφή.

8)ΘΑ ΛΑΒΩ ΚΑΠΟΙΑ ΑΜΟΙΒΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ;

Οι συμμετέχοντες δεν λαμβάνουν αμοιβή οποιουδήποτε είδους.

9)ΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η έρευνα αυτή δεν λαμβάνει χρηματοδότηση από κανένα φορέα.

10)ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΓΚΡΙΝΕΙ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η έρευνα έχει υποβληθεί για έγκριση στην ΕΔΗΕ του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

11)ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΩ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον προπτυχιακό φοιτητή του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ Κουτσομπόρη Παντελεήμων Χρυσοβαλάντη στο email koutsomporesp@gmail.com .

12)ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΠΑΡΑΠΟΝΑ Ή ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ;

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου ehde@hmu.gr

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (dpo@hmu.gr) και σε κάθε

περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (contact@dpa.gr).



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

Τίτλος:	«Εμπειρίες και απόψεις επαγγελματιών για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων»
Ερευνητής/τρια	Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης, Προπτυχιακός Φοιτητής, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Επιβλέπων/ουσα	Μιχελή Κατερίνα, MPH, PhD, Κοινωνική Λειτουργός

Παρακαλώ συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση.

	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>
Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο της μελέτης.		
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη μελέτη.		
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων.		
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια.		
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.		
Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας όποια στιγμή και αν το αποφασίσω.		
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την μελέτη.		
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες.		
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου.		
Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:		
Υπογραφή:		
Ημερομηνία:		

<i>Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:</i>	
<i>Υπογραφή:</i>	
<i>Ημερομηνία:</i>	

Κουτσομπόρης Παντελεήμων Χρυσοβαλάντης yk20019

ΕΛΜΕΠΑ 2022-23

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Επιβλέπουσα: Μιχελή Κατερίνα

Άξονες Συνέντευξης

Οι παρακάτω άξονες, οι οποίοι θα αναφερθούν παρακάτω, θα αποτελέσουν τα θέματα στα οποία θα κινηθεί η ημι-δομημένη συνέντευξη και θα συζητηθούν με τους επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί τον θεσμό της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων. Οι συνεντεύξεις πρόκειται να διαρκέσουν έως και 45 λεπτά. Οι άξονες που θα συζητηθούν κατά την διάρκεια αποτελούν:

Εμπειρίες από παραστατικά ακούσιας νοσηλείας

- 1) Ποια είναι η εμπειρία σας σχετικά με την ακούσια νοσηλεία;
- 2) Με τι ηλικίες παιδιών έχετε συνεργαστεί;
- 3) Πως εργάζεστε κατά την διάρκεια της νοσηλείας; Υπάρχουν κρίσιμες περίοδοι;
- 4) Με ποιες άλλες ειδικότητες συνεργάζεστε;
- 5) Με ποιους άλλους συνεργάζεστε πέρα από τον ανήλικο ασθενή; (Οικογένεια, κοινότητα)
- 6) Ποιες δυσκολίες έχετε αντιμετωπίσει στην διάρκεια της εργασίας σας;

Θεματική 2: Βιοηθικά ζητήματα και διλλήματα

- 1) Ο θεσμός και η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων αποτελεί σημαντικό ζήτημα ηθικής. Έχετε συναντήσει ηθικά εμπόδια και διλλήματα κατά την διάρκεια της νοσηλείας ανηλίκων; Μπορείτε να μου αναφέρεται μερικά;
- 2) Πως αντιμετωπίσατε αυτά τα εμπόδια;

Θεματική 3: Απόψεις και Ανάγκες ειδικών

- 1) Πως θα χαρακτηρίζατε την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας ανηλίκων;
- 2) Ποιους προβληματισμούς σας δημιουργούνται από την ακούσια νοσηλεία;
- 3) Αν θα μπορούσατε να αλλάξετε κάτι στην νοσηλεία θα αλλάζατε κάτι;
- 4) Πως έχουν επηρεάσει οι συνθήκες που βιώνουμε τώρα στην εργασία σας;