



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΒΑΡΕΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΚΟΥΜΑΝΑΚΟΥ ΕΡΜΕΛΙΝΤΑ (Α.Μ: 1065)

ΤΣΑΡΑΔΗΜΑ ΔΩΡΟΘΕΑ ΜΑΡΙΑ (Α.Μ: 1177)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΔΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΖΩΙΤΣΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	6
ΜΕΡΟΣ Α΄	7
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΟΡΙΣΜΟΣ	7
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	7
ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	8
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	10
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	14
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ -ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	16
ΜΕΡΟΣ Β΄	20
ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΩΝ ΑΣΘΕΝΗΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ.....	20
ΚΑΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	21
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	26
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	27
ΜΕΡΟΣ Γ΄	30
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	30
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ	33
ΜΕΡΟΣ Δ΄	37
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
ΣΚΟΠΟΣ.....	37
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς λόγω της σοβαρής συμπτωματολογίας τους χρήζουν εντατική φροντίδα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αλλά και μετά από την έξοδο τους από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται αρνητικά, για το λόγο αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καίριος.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων ασθενών, με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google scholar και PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες και το υλικό συλλέχθηκε μελετώντας την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν: η αγγλική και ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών φαίνεται να παρουσιάζει μείωση με την είσοδό τους στη ΜΕΘ καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες τους οποίους αντιμετωπίζουν καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας, ο πιο συνηθισμένος παράγοντας είναι το παραλήρημα. Για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών καθοριστικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια, για το λόγο αυτό έρχονται αντιμέτωποι με πολλά προβλήματα. Για την αντιμετώπιση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και προκειμένου αυτή να παρουσιάσει βελτίωση ο ρόλος του νοσηλευτή κρίνεται σημαντικός. Έτσι, η εκπαίδευση και η εμπειρία των νοσηλευτών αποτελούν δυο μεγάλα εργαλεία που συμβάλλουν σημαντικά στην επίτευξη του στόχου τους δηλαδή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: νοσηλευτική, βαρέως πάσχοντες, ποιότητα ζωής, μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, φροντιστές.

ABSTRACT

SUMMARY: Critically ill patients require intensive care due to their severe symptoms. During their hospitalization and also after their discharge from the Intensive Care Unit (ICU) their quality of life is negatively affected, for this reason the role of the nurse is crucial.

PURPOSE: The purpose of this research is to investigate the role of the nurse in the quality of life of critically ill patients, by searching for all the latest data mentioned in the international literature.

MATERIAL-METHOD: A review of the international literature was performed in the online database Google scholar and PubMed. The material of the study was published articles and studies during the period 1994 to 2021 and the material was collected after a detailed study of the relevant literature. The inclusion criteria of the articles were: the English and Greek language.

RESULTS: The quality of life of critically ill patients appears to decrease upon admission to the ICU as it is affected by many factors they face throughout hospitalization, the most common factor being delirium. To improve the quality of life of these patients, the role of the nurse is decisive.

CONCLUSIONS: Critically ill patients suffer from a serious illness, therefore they face many problems. To deal with all the factors that affect their quality of life and in order for it to improve, the role of the nurse is considered important. Thus, the training and experience of nurses are two great tools that contribute significantly to achieving their goal, which is improving the quality of life of seriously ill patients.

KEY WORDS: nursing, critically ill patients, quality of life, intensive care unit, nursing interventions, caregivers.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων και ο ρόλος του νοσηλευτή» είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) λόγω της σοβαρότητας των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Κατά τη νοσηλεία τους στη μονάδα αυτή η ποιότητα ζωής τους μειώνεται ως απόρροια διαφόρων παραγόντων. Για το λόγο αυτό ο ρόλος των νοσηλευτών είναι βασικός ώστε να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος της εργασίας δίνετε ο ορισμός της ποιότητας ζωής καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στους δείκτες που την επηρεάζουν, τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και εκτίμησή της, τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την εκτίμησή της και επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής στην Ελλάδα. Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Αρχικά παρατίθεται ο ορισμός των βαρέως πασχόντων, η ποιότητα ζωής τους καθώς και η ποιότητα ζωής των φροντιστών τους. Επιπλέον αναφέρονται οι κλίμακες βαρύτητας νόσου. Στην συνέχεια, γίνεται λόγος στο τρίτο μέρος της εργασίας στο ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα των φροντιστών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον το τελευταίο μέρος περιλαμβάνει νέα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το θέμα της εργασίας.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η χρήση της ποιότητας ζωής στην ιατρική ξεκίνησε το 1970. Η εφαρμογή νέων θεραπειών και η αύξηση του προσδοκώμενου όρου ζωής των ανθρώπων ανέδειξε την ανάγκη να ερευνηθεί η ποιότητα ζωής τους. Κατά τη διάρκεια της επόμενης δεκαετίας η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής άρχισε να γίνεται πιο συστηματικά τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Έτσι άρχισε και η δημιουργία εργαλείων μέτρησης και αξιολόγησής της (Pennacchini et al., 2011).

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια για την οποία δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός. Είναι μια έννοια η οποία επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων, οι οποίοι είναι διαφορετικοί για το κάθε άτομο. Πιο αναλυτικά επηρεάζεται από την κουλτούρα, το αξιακό σύστημα, την σωματική και ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας, τους στόχους και τη σχέση του ατόμου με τους γύρω του και το περιβάλλον του. Κατά τη δεκαετία του 1980, η πολυπλοκότητα της ποιότητας ζωής και η απουσία ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού οδήγησε αρκετούς ερευνητές να θεωρούν ότι η αξιολόγησή της είναι αδύνατη λόγω της μεταβλητότητας των παραγόντων που την επηρεάζουν ανα άνθρωπο και κουλτούρα. Από την άλλη μεριά αρκετοί ερευνητές υποστήριξαν τη χρησιμότητα της αξιολόγησής της στην κλινική πράξη ώστε να λαμβάνονται σωστές αποφάσεις σχετικά με την αποκατάσταση και θεραπεία κάθε ατόμου ξεχωριστά (Pennacchini et al., 2011).

Σήμερα η ποιότητα ζωής θεωρείται δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της έκβασης της υγείας του ασθενούς που προκύπτει από τη φροντίδα. Το παραπάνω είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα εφόσον σε πολλές περιπτώσεις η ολοκληρωτική θεραπεία από την ασθένεια δεν είναι δυνατή (Moons et al., 2006).

Γίνετε εμφανές ότι τις δυο τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής και αυτό φαίνεται και από την αύξηση της ανάρτησης ερευνητικών άρθρων σχετιζόμενα με την ποιότητα ζωής στο τομέα της ιατρικής, της ψυχολογίας και των κοινωνικών επιστημών (Moons et al., 2006).

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως ποιότητα ζωής ορίζονται οι αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι σε σχέση με τους στόχους, τις ανησυχίες και τις προδιαγραφές στη ζωή τους, τα οποία καθορίζονται από το αξιακό σύστημα και την κουλτούρα τους. Ουσιαστικά σχετίζεται με τη σωματική και ψυχική κατάσταση αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον και την πνευματικότητα. Με άλλα λόγια η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζει και καθορίζει την ικανότητά του να απολαμβάνει τη ζωή του με βασικό άξονα το ευ ζείν. Άρα μέσω της ποιότητας ζωής μπορούμε να δούμε τη σύνδεση και αλληλεπίδραση της υγείας με κοινωνικούς και άλλους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να παρουσιάζουν διακυμάνσεις στην πάροδο του χρόνου. Γίνεται ξεκάθαρο ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να πραγματοποιείται για την παρακολούθηση των ασθενών και τη δημιουργία κατάλληλου πλάνου φροντίδας με σκοπό την επίλυση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Graziani & Tsakos, 2020).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια η οποία δεν μπορεί να οριστεί ούτε να μετρηθεί με ακρίβεια και εξαρτάται από την κουλτούρα, τις αξίες, τους στόχους και τον τρόπο ζωής των ατόμων. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων οι οποίοι κατά κύριο λόγο σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και εξωτερικούς παράγοντες. Πιο αναλυτικά, οι παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε 7 διακριτές ομάδες:

1. Υλικά αγαθά: περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, ασφαλούς κατοικίας, ύπαρξη ή μη εισοδήματος.
2. Εκπαίδευση: Πρόσβαση σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και ευκαιρίες για μάθηση και ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος.
3. Ασφάλεια: Ύπαρξη ή μη ασφαλούς περιβάλλοντος και κοινωνικού πλαισίου.
4. Περιβάλλον: Ποιότητα του αναπνευόμενου αέρα, της τροφής και του νερού, περιβαλλοντικές καταστροφές, ποσοστό αξιοποίησης και εκμετάλλευσης φυσικών πηγών.

5. Δυνατότητα έκφρασης: Αναφέρεται στα χόμπι και την ελευθερία έκφρασης και το επίπεδο της ανεξαρτησίας του ατόμου.
6. Σωματική υγεία: Αφορά την ύπαρξη ασθένειας ή μη σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο.
7. Ψυχική υγεία: Ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων στην καθημερινή ζωή. Επίσης σχετίζεται με την ψυχική κατάσταση των ατόμων στο πλαίσιο της οικογένειας, της εργασίας και της κοινωνίας.

Κάποιοι επιπλέον παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων είναι το φύλλο, η κοινωνική τάξη, η κουλτούρα, η οικονομία, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και η οικογενειακή κατάσταση (Orwelius., 2010 : Sullivan., 1992 : Akranavičiūtė., 2007). Συμπληρωματικά η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, εφόσον η ποιότητα ζωής μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας του ατόμου. Επίσης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση γίνεται εμφανές ότι τα άτομα που είναι παντρεμένα ή συζούν έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτά που είναι μόνα ή διαζευγμένα. Αυξημένη ποιότητα ζωής παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν λάβει καλή εκπαίδευση και μεγάλο εισόδημα. Αντιθέτως, άτομα που πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, κατάθλιψη, έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή πάσχουν από οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια, παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής (Chen et al., 2017).

Σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι εμφανές ότι ο πιο σημαντικός είναι η κατάσταση υγείας ή νόσου του ατόμου. Συμπληρωματικά σε αυτό σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν παράγοντες όπως ο πόνος, οι κινητικές δυσκολίες, τα νοητικά προβλήματα, η αδυναμία διεκπαιρέωσης υποχρεώσεων, τα αρνητικά συναισθήματα και τα οικονομικά προβλήματα. Επιπλέον, όλα τα προαναφερθέντα συμβάλλουν στην εκτίμηση της επιβάρυνσης μιας ασθένειας (Muldoon et al., 1998).

ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχουν προκύψει πολλοί δείκτες οι οποίοι επιτρέπουν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων και της κοινωνίας (Fuchs., 2020).

Οι δείκτες χωρίζονται σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς. Οι αντικειμενικοί σχετίζονται με τις συνθήκες ζωής των ατόμων και μπορούν να παρατηρηθούν. Συμπληρωματικά, οι αντικειμενικοί δείκτες πληρούν το κριτήριο της αξιοπιστίας σε ικανοποιητικό βαθμό. Οι υποκειμενικοί αφορούν το αίσθημα της ικανοποίησης που βιώνει το κάθε άτομο ανάλογα με τις συνθήκες ζωής του και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του, άλλους ανθρώπους και τον εαυτό του (Ευαγγέλου, 2015 : Brown, 2013).

Η ποιότητα ζωής απαρτίζεται από 8 τομείς οι οποίοι είναι η σωματική ευεξία, η ψυχική ευεξία, τα δικαιώματα, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική ένταξη, η υλική ευημερία, η προσωπική ανάπτυξη και η αυτοδιάθεση. Από τους παραπάνω τομείς προκύπτουν και οι δείκτες ποιότητας ζωής. Αναλυτικότερα οι βασικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται περισσότερο είναι οι εξής εικοσιτέσσερις:

1. Υγεία: Περιλαμβάνει τη σίτιση, τη φυσική κατάσταση, τη σωματική λειτουργία και την εμφάνιση παθολογικών συμπτωμάτων.
2. Το σύστημα υγείας και η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
3. Οι καθημερινές δραστηριότητες που αφορούν την κινητικότητα και την αυτοφροντίδα.
4. Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
5. Ικανοποίηση: Αναφέρεται στα συναισθήματα ικανοποίησης και ευχαρίστησης που νιώθει το κάθε άτομο στην καθημερινή του ζωή.
6. Έλλειψη στρεσογόνων παραγόντων από το περιβάλλον του ατόμου: Επιτυγχάνεται μέσω της δυνατότητας ελέγχου των καταστάσεων που καλείται να αντιμετωπίσει καθημερινά.
7. Γνώση του εαυτού: Σχετίζεται με το εάν το άτομο γνωρίζει την αξία του, την ταυτότητά του και έχει αυτοπεποίθηση στις ικανότητές του.
8. Ανθρώπινα δικαιώματα: περιλαμβάνουν τις έννοιες της ισότητας, του σεβασμού και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
9. Τα νομικά δικαιώματα: Αναφέρονται σε όλα αυτά τα οποία έχουν νομοθετηθεί όπως το δικαίωμα της υπηκοότητας και της δίκαιης δίκης.
10. Η αλληλεπίδραση με άλλα άτομα: Πραγματοποιείται είτε διαδικτυακά είτε μέσω φυσικής παρουσίας.

11. Οι σχέσεις των ατόμων με τους γύρω του: Με άλλα λόγια οι σχέσεις του ατόμου με την οικογένειά του, τους φίλους του και με όλα τα υπόλοιπα άτομα που συναναστρέφεται στην καθημερινή του ζωή.
12. Ύπαρξη στήριξης: Το είδος της στήριξης μπορεί να είναι οικονομικό, συναισθηματικό και σωματικό.
13. Ύπαρξη κοινωνικής στήριξης: Αναφέρεται στην ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων, δομών και υπηρεσιών.
14. Κοινωνική ένταξη: Δυνατότητα συμμετοχής στο κοινωνικό σύνολο και στη λήψη αποφάσεων που το αφορούν.
15. Ύπαρξη ρόλου: Αποσκοπεί στην προσφορά του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο.
16. Απόδοση: το επίπεδο επιτυχίας του ατόμου. Περιλαμβάνει την αποδοτικότητα και τα επιτεύγματά του.
17. Προσωπικές ικανότητες: Οι πρακτικές, γνωστικές και κοινωνικές ικανότητες του ατόμου.
18. Εκπαίδευση: Επίπεδο εκπαίδευσης και σημαντικά επιτεύγματα.
19. Αυτονομία: Επίπεδο και ικανότητα ελέγχου της προσωπικής ζωής.
20. Επιλογές: Οι δυνατότητες που δίνονται και οι επιλογές που κάνει ένα άτομο. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν οι προτιμήσεις του κάθε ατόμου.
21. Στόχοι: Για κάθε άτομο είναι διαφορετικοί και βασίζονται στο αξιακό σύστημα, τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις.
22. Εργασία: Σχετίζεται με την ύπαρξη αλλά και την απουσία της. Επίσης βασικό είναι το εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας.
23. Οικονομικό υπόβαθρο: Ύπαρξη εισοδήματος.
24. Κατοικία: Αφορά την ιδιοκτησία, τον τύπο και την κατάσταση της κατοικίας (Schalock et al., 2005).

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ξεκίνησε να γίνεται το 1970 μέσω μια θεωρητικής δομής, σύμφωνα με την οποία καθιερώθηκαν μέθοδοι και εφαρμογές. Τα τελευταία χρόνια η αξιολόγηση

της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται για τον καθορισμό του αντίκτυπου ασθενειών και παρεμβάσεων (Ribeiro et al., 2018).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής από τους ερευνητές γίνεται με τη χρήση ερωτηματολογίων. Πολλοί από τους δείκτες ποιότητας ζωής δεν μπορούν να παρατηρηθούν και να μετρηθούν άμεσα για αυτό αξιολογούνται βάση της αρχής της θεωρίας αντικείμενο-μέτρηση. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί έμμεσα, ρωτώντας μια σειρά ερωτήσεων ή αλλιώς «αντικειμένων» τα οποία μετράνε την ίδια ιδέα-κλίμακα. Οι απαντήσεις των ασθενών μετατρέπονται σε αριθμητικό σκορ, το οποίο συναρθίζεται και προκύπτουν βαθμολογίες σε κάθε κλίμακα ή στατιστικά αποτελέσματα (Testa & Simonson, 1996).

Ένα εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις. Αρχικά, πρέπει να παρέχει κάλυψη δηλαδή να καλύπτει τόσο τα αντικειμενικά όσο και τα υποκειμενικά στοιχεία τα οποία αφορούν τους ασθενείς και επηρεάζονται από παρεμβάσεις. Συμπληρωματικά πρέπει να είναι αξιόπιστο δηλαδή οι μεταβλητές πρέπει να παραμένουν σταθερές ή να μεταβάλλονται ελάχιστα έπειτα από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις υπο όμοιες συνθήκες. Επιπλέον το εργαλείο πρέπει να είναι έγκυρο δηλαδή να μετράει την μεταβλητή που υποστηρίζει ότι μετράει. Σημαντική επίσης είναι η ευαισθησία, η ικανότητα της μέτρησης να αναδεικνύει πραγματικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής (Testa & Simonson, 1996).

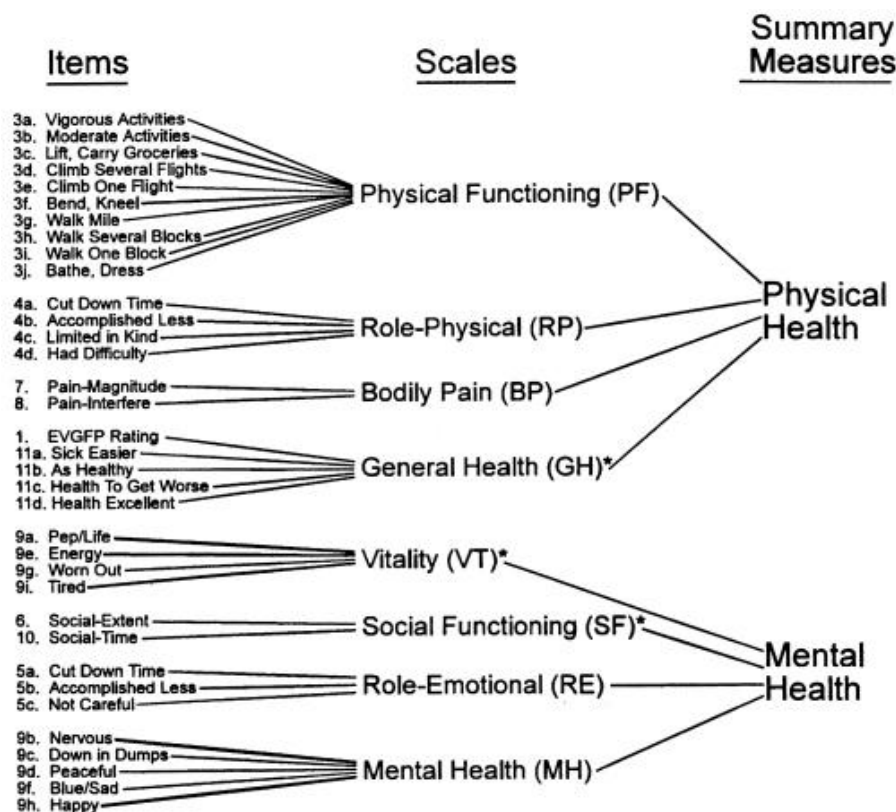
Η επιλογή εργαλείου μέτρησης εξαρτάται από τους συμμετέχοντες και το ρόλο τους (επαγγελματίας υγείας, φροντιστής ή ασθενής), τον τύπο του ερωτηματολογίου (φόρμα αυτοαξιολόγησης, συνέντευξη, ερωτηματολόγιο, κλινική έρευνα, τηλεφωνική έρευνα) και την προσέγγιση της αξιολόγησης από τους ερευνητές (Testa & Simonson, 1996).

Στο γενικό πλυθησμό χρησιμοποιούνται εργαλεία τα οποία αξιολογούν πολλές μεταβλητές οι οποίες δεν είναι ειδικές για κάποια ασθένεια ή κατάσταση και μπορούν να παράγουν γενικά αποτελέσματα, χρήσιμα για τη σύγκριση της ποιότητας ζωής ασθενών με διαφορετικές ασθένειες (Testa & Simonson, 1996).

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής μιας συγκεκριμένης ασθένειας χρησιμοποιούνται ειδικά εργαλεία. Συγκεκριμένα, στις κλινικές δοκιμές περιλαμβάνονται γενικές ερωτήσεις και ερωτήσεις ειδικές με την ασθένεια που ερευνάται (Testa & Simonson, 1996).

Η πιο συχνή μέθοδος που χρησιμοποιείται για την μέτρηση και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι το ερωτηματολόγιο Short Form 36 (SF-36). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε 8 γκρούπ.

1. Τη σωματική λειτουργία (10 ερωτήσεις): Προσδιορίζει τον βαθμό περιορισμού των σωματικών δραστηριοτήτων από το επίπεδο υγείας
2. Την κοινωνική λειτουργία (2 ερωτήσεις): Αναδεικνύει το επίπεδο επιρροής των κοινωνικών δραστηριοτήτων στην ψυχική και συναισθηματική υγεία.
3. Τον περιορισμό των ρόλων λόγω σωματικών προβλημάτων (4 ερωτήσεις): Καθορίζει την επιρροή της σωματικής υγείας σε επίπεδο καθημερινότητας και εργασίας.
4. Τον περιορισμό των ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (3 ερωτήσεις): Συμβάλλει στην εκτίμηση του αντίκτυπου των συναισθηματικών προβλημάτων στην καθημερινή ζωή.
5. Τη ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις): Καθορίζει το επίπεδο ψυχικής υγείας και αναδεικνύει την ύπαρξη παθογένειας.
6. Την ενέργεια (4 ερωτήσεις): Σχετίζεται με τη μέτρηση της ζωτικότητας και της κούρασης.
7. Τον πόνο (2 ερωτήσεις): Συμβάλλει στον υπολογισμό και την αξιολόγηση της διάρκειας, της έντασης και της επίδρασης του πόνου στην καθημερινή ζωή των ατόμων.
8. Τη γενική υγεία (5 ερωτήσεις): Προσδιορίζει την ικανότητα διατήρησης της υγείας και αποφυγής της ασθένειας (Fallowfield, 2009; Μαλλιάρου, 2012).



Πίνακας 1: Περιεχόμενο ερωτηματολογίου SF-36 Πηγή: Ware, 2000

Η συλλογή στοιχείων από το ερωτηματολόγιο γίνεται κυρίως με συνέντευξη ώστε να μειωθούν τα σφάλματα από παρερμηνεία των ερωτήσεων. Η συνέντευξη είναι σημαντικό να γίνεται από έναν επαγγελματία υγείας ή κάποιο κατάλληλα εκπαιδευμένο άτομο, ώστε τα αποτελέσματα να είναι ορθά. Συμπληρωματικά σε αυτό όταν οι ασθενείς συμπληρώνουν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο η κατανόηση των ερωτήσεων εξαρτάται από το μαθησιακό τους επίπεδο και σε περίπτωση που κάποιος είναι αναλφάβητος δεν μπορεί να συμπεριληφθεί στη μελέτη. Άλλοι τρόποι συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι μέσω τηλεφώνου και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (Pequeño et al., 2020).

Το EQ-15D είναι μια μέθοδος που συμβάλλει στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, πάνω στο οποίο αποτυπώνεται η κατάσταση της υγείας σε 15 διαστάσεις, η οποίες σύμφωνα με τον Γ. Υφαντόπουλο είναι « κινητικότητα, όραση, ακοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, ψυχολογικό stress, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα» (Υφαντόπουλος, 2001).

Άλλα εργαλεία μέτρησης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι το SF-12 (Short Form 12), η επισκόπηση υγείας Νότιγγαμ (Nottingham Health Profile), το προφίλ επίπτωσης ασθένειας (Sickness Impact Profile) και η κλίμακα ποιότητας ευεξίας (the Quality of Well-Being Scale). Τα παραπάνω ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται με λιγότερη συχνότητα σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SF-36 εφόσον έρευνες έχουν αποδείξει ότι πληρεί τα κριτήρια της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και ευαισθησίας σε ικανοποιητικότερο βαθμό σε σύγκριση με τα παραπάνω (Sullivan., 1992 : Jenkinson., 1994).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Πάνω στον όρο ποιότητα ζωής έχουν γίνει πολλές μελέτες οι οποίες στην αρχή επικεντρώθηκαν στην ποιότητα ζωής των υγιών ατόμων ενώ αργότερα είχαν ως επίκεντρο μη υγιή άτομα. Αν και ο ορισμός του όρου είναι κάπως περίπλοκος θεωρείται πως η σωματική ευεξία, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το ποσοστό ανεξαρτησίας δηλαδή ο βαθμός που το άτομο είναι σε θέση να υλοποιήσει τις ανάγκες του μόνος του χωρίς να εξαρτάται από κάποιο άλλο πρόσωπο, οι κοινωνικές του σχέσεις και τα πιστεύω του αποτελούν παράγοντες που αποδεικνύουν την καλή ποιότητα ζωής. Προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής το ίδιο το άτομο έχει κυρίαρχο ρόλο καθώς πέρα από τους οικονομικούς πόρους, τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασία αλλά και το εάν είναι υγιές, βασικό ρόλο έχει και η ψυχολογική κατάστασή του, τα συναισθήματα αλλά και τα πιστεύω του. Αυτοί οι παράγοντες αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα υγιές άτομο ενδεχομένως να έχει μια κακή ποιότητα ζωής από κάποιο που πάσχει από κάποια ασθένεια. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αυτή η έννοια αφορά την σωματική και ψυχική υγεία (Mabire & Gay, 2013).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής δεν δύναται να είναι εύκολη καθώς ο ορισμός της από μόνος του είναι περίπλοκος, γεγονός που περικλείει και την αξιολόγησή της. Τα ερωτηματολόγια και η παρατήρηση αποτελούν εργαλεία αξιολόγησής της, ενώ οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να αφορούν το ίδιο το άτομο αλλά ακόμη και να αφορούν ένα άλλο πρόσωπο το οποίο γνωρίζει καλά το άτομο ή και το φροντίζει. Βέβαια, οι απαντήσεις του εν λόγω ατόμου φαίνεται να είναι πιο αξιόπιστες όσον αφορά τον ίδιο παρά από τις αντίστοιχες απαντήσεις κάποιου άλλου προσώπου. Σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια η μέθοδος της παρατήρησης

περιλαμβάνει πολλές φορές και την ύπαρξη για παράδειγμα κάμερας γεγονός που ασκεί επιρροή στο άτομο και ίσως το επηρεάσει να μην λειτουργεί χωρίς περιορισμούς. Εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας της ζωής μπορεί να είναι επίσης ο Δερματολογικός δείκτης ποιότητας ζωής ή η ποιότητα ζωής στη νόσο Αλτσχάιμερ, εργαλεία τα οποία εστιάζουν περισσότερο στο ιατρικό κομμάτι αλλά αποτρέπουν την σύγκριση βαθμολογίας ποιότητας ζωής από αλλότροπους πληθυσμούς (Mabire & Gay, 2013).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής αντιμετωπίζει προβλήματα στην ποιοτική αλλά και στην ποσοτική έρευνα. Ακόμη, το προσδόκιμο ζωής έχει μεγαλώσει και για το λόγο αυτό η ποιότητα ζωής ερευνάται ακόμα περισσότερο. Με βάση το προσδόκιμο ζωής όλα αυτά τα εργαλεία εκτίμησης της ζωής είναι αναγκαίο να προσαρμόζονται και στα ηλικιωμένα άτομα. Η επέκταση και οι διάφοροι τομείς της ποιότητας ζωής αντιμετωπίζουν ακόμα προβλήματα όσον αφορά την μέτρηση σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας καθώς υπάρχουν θέματα και καταστάσεις για τα οποία δεν επιθυμούν να μιλήσουν (Mabire & Gay, 2013).

Ένα ακόμη πρόβλημα είναι το γεγονός ότι το μεγάλο αυτό προσδόκιμο ζωής αυξάνει την εμφάνιση της νόσου του Αλτσχάιμερ πράγμα που οδηγεί σε προβλήματα στην ποσοτική και ποιοτική έρευνα αλλά και στον προσδιορισμό του όρου ποιότητας ζωής. Ένα άλλο κομμάτι των προβλημάτων της εκτίμησης της ποιότητας ζωής σύμφωνα αφορά τα άτομα που πάσχουν από άνοια, τα άτομα αυτά δεν βρίσκονται σε θέση να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο λόγω της ασθένειάς τους. Η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από άνοια μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Σημαντικό θα ήταν για ακόμη μια φορά η προσαρμογή των ερωτηματολογίων ή άλλων εργαλείων μέτρησης στα διάφορα στάδια της νόσου προκειμένου να δοθούν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα το γεγονός όμως τις έλλειψης των εργαλείων αυτών αποτελεί πρόβλημα για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Mabire & Gay, 2013).

Επιπροσθέτως, ένα ηλικιωμένο άτομο που διατηρεί την γνωστική λειτουργία έχει προφανώς καλύτερη ποιότητα ζωής από κάποιον που δεν τη διαθέτει. Γνωστικές ή ψυχολογικές διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο και ασκούν επιρροή στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός όπως έχει προαναφερθεί και πιο πάνω για την νόσο του αλτσχάιμερ ότι τα ερωτηματολόγια που είναι για τους φροντιστές μπορούν να φέρουν διαφορετικά αποτελέσματα με αυτά των ασθενών είτε με άνοια είτε με αλτσχάιμερ. Το ίδιο συμβαίνει και με διάφορες κλίμακες οι οποίες διαθέτουν μια έκδοση για τον ασθενή και μια για τον φροντιστή του, έχουν

δηλαδή διαφορετικά αποτελέσματα. Η μέθοδος της παρατήρησης στην άνοια φαίνεται να έχει ανταπόκριση αλλά δεν μπορεί να αντικαταστήσει την αξιολόγηση του ίδιου του ασθενή για τον εαυτό του. Επιπλέον, η εκτίμηση του συναισθήματος ότι γίνεται βάρος, της εξουθένωσης ή της ψυχικής και συναισθηματικής κατάστασης των φροντιστών αποτελεί σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης καθώς οι φροντιστές συνδέονται με τους ασθενείς που φροντίζουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η φροντίδα των ατόμων που προσέχουν τον άρρωστο δηλαδή των φροντιστών τους αλλά και του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (Mabire & Gay, 2013).

Το ερωτηματολόγιο αποτελεσμάτων σχετιζόμενα με των ασθενή στον κλινικό χώρο αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο αντιμετωπίζει ορισμένα προβλήματα δεν είναι πολύ σύντομο αλλά αντίθετα παίρνει πολύ χρόνο, επίσης οι γιατροί θεωρούν ότι η εμπειρία που διαθέτουν αρκεί για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, έλλειψη ατόμων για την αξιολόγηση των δεδομένων των οποίων η εξήγηση είναι απαιτητική, υπάρχει ανεπάρκεια καλού ερωτηματολογίου (Fallowfield., 2009).

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κατά την διάρκεια της κρίσης το σύνολο των προϊόντων, υλικών και άυλων, τα οποία παράχθηκαν μέσα στην επικράτεια της χώρας σε ένα χρόνο παρουσίασαν μηδαμινά ποσοστά ανάπτυξης στα τέλη του 2007 ενώ το 2014 παρουσίασαν αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης με θετικό 0,8%. Την ίδια στιγμή το σύνολο των οφειλών της χώρας το 2007 ήταν 105,4 % και παρουσίασε αύξηση το 2014 σε 177,1%. Ως λύση του προβλήματος η χώρα πήρε απόφαση να εφαρμόσει μνημόνια, Το 2010 γίνεται λόγος για 110 δισεκατομμύρια ευρώ ενώ το 2011, 158 δισεκατομμύρια ευρώ. Παράλληλα, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση επέφερε σημαντικές οικονομικές αλλά και κοινωνικές συνέπειες στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης η ανεργία παρουσίασε σημαντικές αυξήσεις, αποτελούσε το 10% γεγονός το οποίο το 2008 παρουσίασε μείωση και έφτασε στο 6,6%. Το διάστημα 2010 έως 2013 ο πληθυσμός που εργάζεται μειώθηκε κατά 20%. Σύμφωνα με την Εconomou και συν «τα ποσοστά ανεργίας εκτοξεύτηκαν εν μέσω της οικονομικής ύφεσης, με τα σημερινά ποσοστά να ανέρχονται σε 7,7 % το 2008, 9,5 % το 2009, 12,6 % το 2010, 17,7 % το 2011, 24,3 % το 2012, 27,5 % το 2013 και 26,5 % το 2014». Το 2015

817.787 άτομα έψαχναν δουλειά από τους οποίους οι 463.595 έψαχναν παραπάνω από ένα χρόνο εργασία ενώ μόνο οι 101.257 βρήκαν εργασία στην ιδιότητά τους. Σημαντική μείωση κατά 21 % εργαζομένων σημειώθηκε στον ανδρικό πληθυσμό κατά τη χρονική διάρκεια 5 ετών (2008-2013). Μια ακόμη συνέπεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι η αύξηση της φτώχειας. Η φτώχεια το 2008 ανέρχονταν σε ποσοστό 28,1 % και παρουσίασε αύξηση σε 35,7 % το 2013, ενώ το 2014 έφτασε το 36 %. Σημαντικό ήταν επίσης το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων έχασαν το εισόδημά τους πολλοί από τους οποίους ήταν πεσιμιστικοί όσον αφορά το εισόδημά τους αλλά και την κάλυψη των αναγκών και υποχρεώσεών τους. Συμπληρωματικά η οικονομική κρίση έφερε αύξηση στην παιδική φτώχεια από 23% που ήταν το 2008 σε 40,2 % το 2012. Τέλος, καθ' όλη την περίοδο της κρίσης η εισοδηματική ανισότητα αυξήθηκε στην Ελλάδα (Economou et al., 2016).

Εκτός από τις κοινωνικές συνέπειες προκλήθηκαν και συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού. Οι κοινωνικές συνέπειες που επέφερε η κρίση στην Ελλάδα επηρέασαν σημαντικά την υγεία των κατοίκων της χώρας. Αναλυτικότερα, κατά την περίοδο 2009-2011 η χώρα ήρθε αντιμέτωπη με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από ορισμένες επιδημίες λόγω της λανθασμένης και μη αποτελεσματικής εφαρμογής μέτρων πρόληψης της δημόσιας υγείας. Επίσης φαίνεται πως στην Ελλάδα οι συνέπειες της κρίσης άσκησαν επιρροή στην εκδήλωση συγκεκριμένων ασθενειών (Economou et al., 2016).

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν για το διάστημα που επήλθε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία η οποία αφορά την καλή φυσική, ψυχολογική ακόμη και την πνευματική κατάσταση του ατόμου φαίνεται να μειώθηκε σημαντικά. Κατά την περίοδο 2003-2016 η Ελλάδα βρίσκονταν σε μια μέτρια κατάσταση λόγω της οικονομικής κρίσης εκείνης της περιόδου. Η προ αναφέρουσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα επέφερε αλλαγές όσον αφορά την σημαντική αύξηση του εισοδήματος των ιδιωτών που μεταβιβάζεται στο δημόσιο τομέα μέσω της φορολογίας, καθώς και την μείωση αγαθών και υπηρεσιών, όπου περιλαμβάνουν τη δημόσια κατανάλωση και τις δημόσιες επενδύσεις καθώς και αλλαγές στη μείωση των μεταβιβαστικών πληρωμών, όπου αποτελούνται από μεταβιβάσεις εισοδήματος, οι τροποποιήσεις αυτές είχαν συνέπειες στον υγειονομικό τομέα, πιο συγκεκριμένα είχαν ως αποτέλεσμα τις διακρίσεις στην υγεία. Παρά όλες τις αντίξοες συνθήκες φαίνεται πως ο αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας έχει αυξηθεί. Οι μελέτες έδειξαν ότι οι συνθήκες αυτές

είχαν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των ατόμων αλλά και στην βιολογική τους κατάσταση (Beletsioti & Niakas, 2019).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα εκτός από τα παραπάνω φαίνεται να επιδρά και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι διάφορες περικοπές που έγιναν όπως στις δαπάνες για την δημόσια υγεία των πόρων για τη δημόσια υγεία, των συντάξεων, τη μείωση του προσωπικού στα νοσοκομεία, των ιατρικών εφοδίων κτλ., επηρέασαν σημαντικά το σύστημα υγείας. Κάποια από αυτά τα προβλήματα επηρέασαν και το σύστημα ψυχικής υγείας καθώς η χρηματοδότηση του κράτους παρουσίασε μείωση την περίοδο 2010 και 2011 κατά 20 % και την περίοδο 2011 και 2012 κατά 50 % (Economou et al., 2016).

Εμφανείς έγιναν και οι επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης στη ψυχική υγεία ή αλλιώς ψυχικές διαταραχές του ελληνικού πληθυσμού. Αναλυτικότερα, για την εντόπιση της μείζονος κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας έγιναν τηλεφωνικές έρευνες οι οποίες είχαν μεγάλα ποσοστά ανταπόκρισης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν είχαν εμφανίσει ορισμένα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης. Όσον αφορά τις δυσκολίες των ατόμων να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές ανάγκες της καθημερινότητας τους χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι η συχνή εμφάνιση και εξάπλωση της μείζονος κατάθλιψης πριν την οικονομική κρίση το ήταν 3,3% ποσοστό το οποίο αυξήθηκε με την πάροδο του χρόνου σε 6,8% το 2009, το 2011 σε 8,2%, και το 2013 σε 12,3 %. Από την άλλη, τα ποσοστά αυτοκτονιών ενώ στην αρχή παρουσίασαν αύξηση από 2,4 % το 2008, 5,2 % το 2009 και 6,7 % το 2011 στην συνέχεια παρατηρείται μείωση του ποσοστού το 2013 σε 2,6 %. Όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας το 2008 αποτελούσαν 0,6 %, το 2009 1,1 %, 1,5 % το 2011 και 0,9 % το 2013. Κατά την χρονική περίοδο της κρίσης στην Ελλάδα οι πιθανότητες εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης είναι πολύ υψηλές. Την περίοδο 2010 και 2011 τα οικονομικά προβλήματα και η απασχόληση αποτελούσαν το κίνητρο για το 13% των αυτοκτονιών καθώς ο υψηλότερος παράγοντας κινδύνου ήταν η οικονομική δυσκολία αλλά καθοριστικός ήταν και η μη ύπαρξη απασχόλησης (Economou et al., 2016).

Η εμφάνιση και εξάπλωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σημειώνεται πως παρουσίασε αύξηση από το 2008 που ήταν 3,7 % σε 3,8 % το 2009 και 4 % το 2011. Έρευνα που έγινε για τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριο 2009 και Φεβρουαρίου 2010 μέσω του Αναθεωρημένου Προγράμματος Κλινικών Συνεντεύξεων και Αναγνώρισης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ, το 14%

των ατόμων υπέφερε από μια κλινική ψυχιατρική διαταραχή, ενώ ένα ποσοστό του πληθυσμού το οποίο ανέρχεται στο 12,69% έκανε κατανάλωση αλκοόλ. Επιπροσθέτως, από το 2008 έως και το 2014 έχει αυξηθεί σημαντικά οι κλίσεις στις συμβουλευτικές υπηρεσίες. Τα άτομα τα οποία ανέφεραν προβλήματα που είχαν λόγω της οικονομικής κρίσης, παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης με υψηλότερη συχνότητα σε σχέση με τα άτομα που δεν ανέφεραν προβλήματα σχετιζόμενα με την κρίση. Άλλη μια έρευνα έδειξε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα συναισθήματα λύπης φαίνεται να ήταν έντονα το 2011 συγκριτικά με το 2006 (Economou et al., 2016).

Με βάση την έρευνα που έγινε με το εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής EQ-15D στην Ελλάδα, φάνηκε πως η ποιότητα ζωής του ανδρικού ελληνικού πληθυσμού είναι σε καλύτερη κατάσταση από εκείνη των γυναικών. Επιπροσθέτως, η ηλικία είναι ένας παράγοντας που με το πέρασμα των χρόνων φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού όπως για παράδειγμα την όραση, αρα και την ποιότητα ζωής. Ένα άλλο κομμάτι που θα μπορούσαμε να συσχετίσουμε την ποιότητα ζωής στον Ελλαδικό χώρο είναι η εκπαίδευση, η οποία φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής καθώς τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο τείνουν να προσέχουν περισσότερο την υγεία τους μέσα από την καθημερινότητα και τον τρόπο διαβίωσης αλλά και των παροχών που προσφέρουν οι ίδιοι στους εαυτούς τους μέσω των γνώσεων που διαθέτουν (Υφαντόπουλος, 2001).

ΜΕΡΟΣ Β'

ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΩΝ ΑΣΘΕΝΗΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ικανότητα προσδιορισμού ατόμων ως βαρέως πάσχοντες συνδέεται άμεσα με την παροχή κατάλληλης φροντίδας, στα άτομα αυτά. Μέχρι και σήμερα δεν έχει διατυπωθεί κάποιος ευρέως αποδεκτός ορισμός για τους βαρέως πάσχοντες, για αυτό ένας ορισμός προκύπτει από τον ορισμό της σοβαρής ασθένειας. (Kelley & Bollens-Lund, 2018).

Σοβαρή ασθένεια χαρακτηρίζεται μια κατάσταση λόγω της οποίας παρουσιάζονται μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας ακόμα και έπειτα από εφαρμογή θεραπείας, σοβαρά συμπτώματα που επηρεάζουν και χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής, την καθημερινότητα και την λειτουργία των ασθενών και των φροντιστών τους. Επιπροσθέτως παρατηρείται σοβαρή οικονομική, ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών/οικογενειών τους (Kelley, 2014). Η επιβάρυνση των φροντιστών προκύπτει άμεσα από την παροχή φροντίδας των βαρέως πασχόντων ασθενών (Bastawrous, 2013).

Ως βαρέως πάσχοντες ορίζονται οι άνθρωποι που πάσχουν από κάποια σοβαρή ασθένεια με πολύ έντονα συμπτώματα και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν εντατική υγειονομική περίθαλψη (Murali et al., 2021).

Η διαχείριση των σοβαρών ασθενειών, άρα και των βαρέων πασχόντων, γίνεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Fok et al., 2005). Με τον όρο ΜΕΘ αναφερόμαστε σε ειδικές μονάδες στις οποίες νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Στις μονάδες αυτές υπάρχουν εργαλεία για την υποστήριξη ζωής, την παρακολούθηση και τη διαχείριση σοβαρής ασθένειας με τη χρήση παρεμβατικών ή μη μέσων (Stretch & Shepherd, 2021).

Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο κριτήριο για την εισαγωγή στη ΜΕΘ αλλά η οργανική δυσλειτουργία και η σοβαρή διαταραχή της φυσιολογίας θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως δείκτες εισαγωγής. Η εισαγωγή σε ΜΕΘ κρίνεται αναγκαία σε οξείες ασθένειες, επιδείνωση μιας χρόνιας ασθένειας και έπειτα από μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση. Μερικοί από τους πιο συχνούς λόγους εισαγωγής είναι το σηπτικό σοκ, η καρδιακή ανεπάρκεια, οι αρρυθμίες, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η ηπατική ανεπάρκεια, οι μαζικές αιμορραγίες και

τραύματα, η εσωτερική αιμορραγία και η αναπνευστική ανεπάρκεια προκαλούμενη από οξεία κατάσταση ή επιδείνωση μιας χρόνιας κατάστασης (Stretch & Shepherd, 2021).

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ

Οι κλίμακες αξιολόγησης βαρύτητας νόσου σχεδιάστηκαν για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ με σκοπό τον προσδιορισμό της βαρύτητας νόσου, της έκβασης των ασθενών, τον κίνδυνο θανάτου, του βαθμού πολυοργανικής δυσλειτουργίας και της ποιότητας φροντίδας. Συμπληρωματικά συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων στην κλινική πράξη και την ποιοτική σύγκριση διαφορετικών ΜΕΘ. Οι κλίμακες αυτές έχουν εξελιχθεί ραγδαία από το 1990 και προέκυψαν μέσω στατιστικών μεθόδων οι οποίες επέτρεψαν την αναγνώριση των παραγόντων/μεταβλητών που καθορίζουν την βαρύτητα της νόσου αλλά και την έκβαση του ασθενή (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015). Η πρώτη κλίμακα αξιολόγησης που δημιουργήθηκε είναι η κλίμακα APGAR η οποία χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα για την αξιολόγηση των νεογνών (Νάκος και συν., 2016).

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην κλινική πράξη είναι οι APACHE II, III, IV , SAPS και MPM (Νάκος και συν., 2016).

Κλίμακα APACHE (Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation)

Η κλίμακα APACHE χρησιμοποιείται συχνά και μέχρι στιγμής υπάρχουν 4 εκδοχές της (I, II, III, IV). Η APACHE I δεν χρησιμοποιείται πλέον λόγω της πολυπλοκότητάς της. Οι εκδοχές III και IV είναι έγκυρες, όμως έχουν πολλές μεταβλητές γεγονός που τις καθιστά δύσχρηστες. Το μοντέλο που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι το APACHE II. Μέσω της δεύτερης έκδοσης εκτιμάται με μεγάλη ακρίβεια ο κίνδυνος θανάτου. Περιλαμβάνει 17 μεταβλητές και η βαρύτητα του ασθενή βασίζεται στις τιμές των μεταβλητών κατά τις πρώτες 24 ώρες της νοσηλείας του. Αξίζει να αναφερθεί ότι η έκβαση των ασθενών εκτός ΜΕΘ και ασθενών με κάποια συγκεκριμένα νοσήματα δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΥΨΗΛΕΣ ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ					ΧΑΜΗΛΕΣ ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ																					
	+ 4	+ 3	+ 2	+ 1	0	+ 1	+ 2	+ 3	+ 4																		
Θερμοκρασία ορθού (°C)	≥ 41	39 – 40,9		38,5 – 38,9	36 – 38,4	34 – 35,9	32 – 33,9	30 – 31,9	≤ 29,9																		
Μέση αρτηριακή πίεση (mm Hg)	≥ 160	130 – 159	110 – 129		70 – 109		50 – 69		≤ 49																		
Καρδιακή συχνότητα (κοιλιακή ανταπόκριση)	≥ 180	140 – 179	110 – 139		70 – 109		55 – 69	40 – 54	≤ 39																		
Αναπνευστική συχνότητα (με ή χωρίς μηχανικό αερισμό)	≥ 50	35 – 49		25 – 34	12 – 24	10 – 11	6 – 9		≤ 5																		
Οξυγόνωση: A-aDO ₂ ή PaO ₂ (mm Hg)																											
• FiO ₂ ≥ 0.5: καταγραφή A-aDO ₂	≥ 500	350 – 499	200 – 349		< 200																						
• FiO ₂ < 0.5: καταγραφή PaO ₂					PaO ₂ > 70	PaO ₂ 61 - 70		PaO ₂ 55 - 60	PaO ₂ < 55																		
Αρτηριακό pH	≥ 7,7	7,6 – 7,69		7,5 – 7,59	7,33 – 7,49		7,25 – 7,32	7,15 – 7,24	< 7,15																		
Εάν δεν υπάρχουν αέρια αίματος: καταγραφή φλεβικού HCO ₃ (mmol/L) (δεν προτιμάται)	≥ 52	41 – 51,9		32 – 40,9	22 – 31,9		18 – 21,9	15 – 17,9	< 15																		
Na ορού (mmol/L)	≥ 180	160 – 179	155 – 159	150 – 154	130 – 149		120 – 129	111 – 119	≤ 110																		
K ορού (mmol/L)	≥ 7	6 – 6,9		5,6 – 5,9	3,5 – 5,4	3 – 3,4	2,5 – 2,9		< 2,5																		
Κρεατινίνη ορού (mg/dL)																											
(Διπλασιασμός βαθμολογίας στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια)	≥ 3,5	2 – 3,4	1,5 – 1,9		0,6 – 1,4		< 0,6																				
Λιματοκρίτης (%)	≥ 60		50 – 59,9	46 – 49,9	30 – 45,9		20 – 29,9		< 20																		
Λευκά αιμοσφαίρια (×10 ³ /mm ³)	≥ 40		20 – 39,9	15 – 19,9	3 – 14,9		1 – 2,9		< 1																		
Κλίμακα Γλασκώβης	15 – GCS =																										
A Συνολική βαθμολογία οξέων διαταραχών (άθροισμα βαθμών από τις 12 μεμονωμένες μεταβλητές):																											
B Βαθμολογία από ηλικία:		C Βαθμολογία χρόνιας νόσου:				APACHE II SCORE																					
<table><tr><th>Ηλικία (έτη)</th><th>Βαθμοί</th></tr><tr><td>≤ 44</td><td>0</td></tr><tr><td>45 – 54</td><td>2</td></tr><tr><td>55 – 64</td><td>3</td></tr><tr><td>65 – 74</td><td>5</td></tr><tr><td>≥ 75</td><td>6</td></tr></table>		Ηλικία (έτη)	Βαθμοί	≤ 44	0	45 – 54	2	55 – 64	3	65 – 74	5	≥ 75	6	<table><tr><td colspan="2">Εάν ο ασθενής έχει ιστορικό σοβαρής οργανικής ανεπάρκειας ή είναι ανοσοκατεσταλμένος*, αποδίδεται βαθμολογία σύμφωνα με τα παρακάτω:</td></tr><tr><td>Για μη χειρουργικούς ή μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από επείγουσα επέμβαση</td><td>5 βαθμοί</td></tr><tr><td>Για μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από προγραμματισμένη επέμβαση</td><td>2 βαθμοί</td></tr></table>				Εάν ο ασθενής έχει ιστορικό σοβαρής οργανικής ανεπάρκειας ή είναι ανοσοκατεσταλμένος*, αποδίδεται βαθμολογία σύμφωνα με τα παρακάτω:		Για μη χειρουργικούς ή μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από επείγουσα επέμβαση	5 βαθμοί	Για μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από προγραμματισμένη επέμβαση	2 βαθμοί	Άθροισμα βαθμών από A + B + C : A Βαθμολογία οξέων διαταραχών _____ B Βαθμολογία από ηλικία _____ C Βαθμολογία χρόνιας νόσου _____ Συνολικό APACHE II _____			
Ηλικία (έτη)	Βαθμοί																										
≤ 44	0																										
45 – 54	2																										
55 – 64	3																										
65 – 74	5																										
≥ 75	6																										
Εάν ο ασθενής έχει ιστορικό σοβαρής οργανικής ανεπάρκειας ή είναι ανοσοκατεσταλμένος*, αποδίδεται βαθμολογία σύμφωνα με τα παρακάτω:																											
Για μη χειρουργικούς ή μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από επείγουσα επέμβαση	5 βαθμοί																										
Για μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από προγραμματισμένη επέμβαση	2 βαθμοί																										

Πίνακας 2: APACHE II Πηγή: Ντάγανου & Κυριακούδη, 2016

Σύστημα SAPS (Simplified Acute Physiological Score)

Το σύστημα SAPS προέκυψε τη δεκαετία του '80 ενώ 10 χρόνια μετά αναθεωρήθηκε και αναπτύχθηκε το SAPS II. Όπως και η κλίμακα APACHE II αποτελείται από 17 μεταβλητές οι οποίες αξιολογούν την κατάσταση του ατόμου τις πρώτες 24 ώρες μετά την εισαγωγή του σε ΜΕΘ και έτσι εκτιμάται ο κίνδυνος θανάτου. Τρεις από τις μεταβλητές και πιο συγκεκριμένα ο μεταστατικός καρκίνος, το AIDS και οι αιματολογικές κακοήθειες είναι ποιοτικές διχότομες μεταβλητές δηλαδή είτε υπάρχουν ή όχι. Οι υπόλοιπες 14 μεταβλητές παίρνουν οποιαδήποτε τιμή πραγματικών αριθμών άρα είναι συνεχείς. Το σύστημα SAPS μπορεί να εφαρμοσθεί τόσο σε ΜΕΘ όσο και σε ΜΑΦ (Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας) (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

Simplified Acute Physiologic Score (SAPS II)						
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ = 12 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ + ΗΛΙΚΙΑ + ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ + ΕΙΔΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ						
Παράμετρος	Τιμή [Βαθμολογία]					
Σφύξεις (παλμοί/λεπτό)	< 40 [11]	40-69 [2]	70-119 [0]	120-159 [4]	≥ 160 [7]	-
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)	< 70 [13]	70-99 [5]	100-199 [0]	≥ 200 [2]	-	-
Θερμοκρασία (°C)	< 39 [0]	≥ 39 [3]	-	-	-	-
PaO ₂ /FiO ₂ (mm Hg)	< 100 [11]	100-199 [9]	≥ 200 [6]	-	-	-
Ούρα 24ώρου (ml)	< 500 [11]	500-999 [4]	≥ 1.000 [0]	-	-	-
Ουρία (g/L)	< 0,6 [0]	0,6-1,79 [6]	> 1.8 [10]	-	-	-
Λευκά (x 10 ³ /mm ³)	< 1.000 [12]	1.000-19.000 [0]	≥ 20.000 [3]	-	-	-
Κάλιο (mEq/L)	< 3 [3]	3-4,9 [0]	≥ 5 [2]	-	-	-
Νάτριο (mEq/L)	< 125 [5]	125-144 [0]	≥ 145 [1]	-	-	-
Διττανθρακικά (mEq/L)	< 15 [6]	15-19 [3]	> 20 [0]	-	-	-
Χολερυθρίνη (mg/L)	< 4 [0]	4-5,9 [4]	≥ 6 [9]	-	-	-
Κλίμακα Γλασκώβης	< 6 [26]	6-8 [13]	9-10 [7]	11-13 [5]	14-15 [0]	-
Ηλικία	< 40 [0]	40-59 [7]	60-69 [12]	70-74 [15]	75-79 [16]	> 80 [18]
Χρόνια Νόσος	Μεταστατικός καρκίνος [9]	Αιματολογική κακοήθεια [10]	AIDS [17]	-	-	-
Είδος Εισαγωγής	Προγραμματισμένη χειρουργική [0]	Μη χειρουργική [6]	Επείγουσα χειρουργική [8]	-	-	-
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	29	40	52	64	77	
ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ	10%	25%	50%	75%	90%	

Πίνακας 3: Σύστημα SAPS Πηγή: Νάκος και συν, 2016

Μοντέλο MPM (Mortality Prediction Model)

Στην κλινική πράξη χρησιμοποιείται το MPM II το οποίο περιλαμβάνει 15 μεταβλητές που υπολογίζονται αρχικά όταν γίνετε η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο και κατά τις πρώτες 24 ώρες στην ΜΕΘ. Όλες οι μεταβλητές εξαιρουμένου της ηλικίας είναι διχότομες και παίρνουν τιμές 0 και 1 (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

Mortality Prediction Model (MPM II)	
MMP II - Εισαγωγή	Βαθμολογία
Μη χειρουργική ή μη προγραμματισμένη εισαγωγή	1
Μεταστατικό νεόπλασμα	1
Κίρρωση	1
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	1
Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πριν από την εισαγωγή	1
Κώμα (GCS 3-5)	1
Καρδιακή συχνότητα ≥ 150	1
Συστολική αρτηριακή πίεση ≤ 90 mm Hg	1
Οξεία νεφρική ανεπάρκεια	1
Καρδιακή αρρυθμία	1
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1
Αιμορραγία γαστρεντερικού	1
Αυξημένη ενδοκράνια πίεση	1
Μηχανικός αερισμός	1
Ηλικία	
MMP II - 24, 48, 72 ώρες	Βαθμολογία
Μη χειρουργική ή μη προγραμματισμένη εισαγωγή	1
Μεταστατικό νεόπλασμα	1
Κίρρωση	1
Κρεατινίνη $> \text{mg/dL}$	1
Παραγωγή ούρων < 150 ml/8ωρο	1
Κώμα (GCS 3-5)	1
Επιβεβαιωμένη λοίμωξη	1
Αυξημένη ενδοκράνια πίεση	1
Μηχανικός αερισμός	1
Αγγειοδραστικά φάρμακα ≥ 1 ώρα	1
$\text{PaO}_2 < 60$ mm Hg	1
$\text{PT} > \text{N} + 3$ s	1
Ηλικία	

Πίνακας 4: Σύστημα MPM Πηγή: Νάκος και συν., 2016

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν διαθέσιμα εργαλεία για τον καθορισμό της ύπαρξης και τον υπολογισμό της βαρύτητας μιας οργανικής δυσλειτουργίας. Τα βασικά είναι το Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), Logistic Organ Dysfunction System (LODS) και Multiple Organ Dysfunction Scale (MODS) (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

SOFA

Αναπτύχθηκε το 1994 με στόχο τον προσδιορισμό της οργανικής δυσλειτουργίας σε σηπτικούς ασθενείς αλλά στη συνέχεια έγινε κατανοητό ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον ίδιο σκοπό σε μη σηπτικούς ασθενείς. Υπολογίζεται το πρώτο 24ωρο (οι χειρότερες τιμές) έπειτα από την εισαγωγή και στη συνέχεια κάθε 48 ώρες και βασίζεται στην εκτίμηση της λειτουργίας του ήπατος, των νεφρών, του αναπνευστικού συστήματος, του κυκλοφορικού συστήματος, του κεντρικού νευρικού συστήματος και του αιμοποιητικού συστήματος. Το κάθε σύστημα βαθμολογείται από το 0 έως το 4 ανάλογα με το επίπεδο λειτουργικότητάς του. Αυξημένο σκορ της κλίμακας κατά τις πρώτες 48 ώρες συνδέεται με αυξημένη θνητότητα (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

LODS

Στην κλίμακα LODS όπως και στην κλίμακα SOFA αξιολογείται η λειτουργία 6 βασικών συστημάτων. Οι τιμές των μεταβλητών μπορεί να είναι από 0 (κανονική λειτουργία) έως 5 (απόλυτη δυσλειτουργία). Η εκτίμηση γίνεται κατά το πρώτο 24ωρο έπειτα από την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Λαμβάνονται υπόψη οι χειρότερες τιμές κατά την διάρκεια αυτών των ωρών (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

MODS

Η κλίμακα αυτή αξιολογεί τα ίδια συστήματα όπως και οι υπόλοιπες κλίμακες και δίνεται βάση στις πρώτες τιμές που παρουσιάζουν οι μεταβλητές. Στόχος της κλίμακας είναι ο προσδιορισμός της επίδρασης της πολυοργανικής ανεπάρκειας στον ασθενή. Οι μεταβλητές βαθμολογούνται από το 0 (κανονική λειτουργία συστήματος) έως το 4 (απόλυτη δυσλειτουργία). Το θετικό της κλίμακας είναι η ευκολία στη χρήση της. Από την άλλη μεριά η μεταβλητή της καρδιακής συχνότητας προσαρμοσμένη στην πίεση δυσκολεύει τον υπολογισμό της εφόσον είναι μια μεταβλητή η οποία δεν υπολογίζεται σε όλους τους ασθενείς (Νάκος και συν., 2016 : Ντάγανου, 2015).

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Με την είσοδο του ασθενή στη ΜΕΘ είναι ιδανικό να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία πράγμα που είναι πολλές φορές αδύνατο λόγω της κατάστασης του ασθενή. Επειδή η εκτίμησή της θα ήταν πολύ βοηθητική για τους επαγγελματίες υγείας, συνήθως το ρόλο τον αναλαμβάνει το άτομο που του έχει εκχωρηθεί το δικαίωμα ενέργειας για λογαριασμό του ασθενή. Βέβαια, μελέτες έχουν δείξει ότι το γεγονός αυτό δεν φέρνει τόσο αξιόπιστα αποτελέσματα καθώς εκτός από τον ίδιο τον ασθενή κανείς άλλος δεν γνωρίζει ούτε το πως αισθάνεται ψυχολογικά αλλά ούτε και σωματικά. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας τα οποία μειώνουν την λειτουργικότητά τους και κατά συνέπεια μειώνεται και η ποιότητα ζωής τους (Hofhyis et al., 2009).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε αυτούς τους ασθενείς είναι μπερδεμένη και εκτιμάται καλύτερα όταν ο ασθενής βγαίνει από τη ΜΕΘ. Συμπληρωματικά, η μειωμένη ποιότητα ζωής κατά την διακομιδή των ασθενών στη ΜΕΘ μειώνει τις πιθανότητες επιβίωσης αλλά στην περίπτωση που ο ασθενείς επιστρέψει σπίτι του η ποιότητα ζωής μειώνεται ακόμα πιο πολύ (Hofhyis et al., 2009).

Η ανεπάρκεια δυο η περισσότερων συστημάτων του ανθρώπινου σώματος μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών όσον αφορά την σωματική κατάσταση και όχι τόσο την ψυχολογική. Σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων και την θεραπεία που θα λάβουν οι ασθενείς αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία κατά την έξοδο από το νοσοκομείο παρουσιάζει μείωση ενώ παρατηρείται καλύτερευση κατά την διάρκεια της επίβλεψης. Ασθενείς με ανεπάρκεια δυο ή περισσότερων οργάνων λίγους μήνες μετά το εξιτήριο από την ΜΕΘ είχαν αποκτήσει ξανά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία παρόλο που σημειώθηκε χειροτέρευση στη σωματική υγεία. Επιπλέον, σε ασθενείς με Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) μετά από αρκετά χρόνια παρατηρήθηκε ότι είχαν ακόμη πιο μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία συγκριτικά με την περίοδο που εισήχθησαν στη ΜΕΘ ενώ κάποιοι είχαν πλήρη αποκατάσταση. Τέλος, συγκριτικά με την περίοδο πριν την είσοδο στη ΜΕΘ και την περίοδο μετά την θεραπεία σημειώνεται καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αφού έλαβαν θεραπεία οι ασθενείς. Υπήρχαν βέβαια και περιπτώσεις που μετά από μια χρονική περίοδο ενός χρόνου από την έξοδο από τη ΜΕΘ οι ασθενείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες σε σωματικές δραστηριότητες (Hofhyis et al., 2009).

Βαρέως πάσχοντες ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ υπομένουν εμπόδια όσον αφορά τις σωματικές τους λειτουργίες για παράδειγμα δυσκολεύονται να γυμνάζονται αλλά και να βγάλουν εις πέρας δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους καθώς αισθάνονται το αίσθημα της εξουθένωσης. Συμπληρωματικά, η εξουθένωση μπορεί να αποτελεί και μέρος κάποιων συναισθηματικών προβλημάτων καθώς και η ψυχολογική κατάσταση των βαρέων πασχόντων ασθενών έχει καθοριστικό ρόλο. Ένα άλλο κομμάτι της εξουθένωσης αποτελεί η δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες επειδή ίσως δεν είναι εύκολη η μεταφορά τους για παράδειγμα σε κάποιο κέντρο υγείας. Ακόμη, υπάρχει έλλειψη αυτοπεποίθησης γεγονός που τους κάνει να αισθάνονται μειονεκτικά γιατί ενδεχομένως να μην διαθέτουν πλέον μετά την εμφάνιση της ασθένειάς τους τις ικανότητες που είχαν όταν ήταν υγιείς και να νιώθουν αποκλεισμένοι από δραστηριότητες ή άλλα πράγματα που έκαναν. Όλα αυτά αποτελούν παράγοντες οι οποίοι μειώνουν ή και χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής τους αλλά και των συγγενών τους (Spadaro et al., 2016).

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η φροντίδα ενός ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στους φροντιστές τους. Αναλυτικότερα, επιβαρύνεται η ψυχοσωματική κατάστασή τους αλλά επέρχονται και οικονομικές δυσκολίες. Η ψυχική δυσκολία και το μετατραυματικό στρες αποτελούν καταστάσεις που ενδεχομένως να παρουσιάσουν οι φροντιστές. Εκτός από την ψυχική δυσφορία στα άτομα που αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή παρατηρείται μείωση των δραστηριοτήτων που μέχρι πρότινος ακολουθούσαν, καθώς επίσης παρατηρούνται και αλλαγές στην καθημερινότητά τους μετά την ευθύνη που αναλαμβάνουν για την φροντίδα ενός ασθενή ΜΕΘ. (Van Pelt et al., 2007).

Πολλοί από τους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ χρίζουν φροντίδα ακόμη και μετά την έξοδό τους από τη μονάδα. Οι άνθρωποι που θα αναλάβουν την φροντίδα τους μπορεί να είναι από το συγγενικό τους περιβάλλον. Η φροντίδα που προσφέρει ένας φροντιστής στον άρρωστο είναι πολύ βοηθητική για τον ίδιο τον άρρωστο αλλά είναι επίσης πολύ επώδυνη για τον φροντιστή. Αυτή η φροντίδα του αρρώστου μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των φροντιστών και είναι πιθανό να δημιουργήσει συναισθηματικές ταλαιπωρίες, τον λεγόμενο συναισθηματικό πόνο. Επιπλέον, επιπτώσεις της

φροντίδας των ασθενών αυτών αποτελεί το συναίσθημα του βάρους που νιώθουν οι φροντιστές. Ακόμη, είναι πιθανό ο φροντιστής να εκδηλώσει και ενδείξεις μετατραυματικού στρες. Η υγεία των φροντιστών φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά ανάλογα με το ποσοστό φροντίδας που παρέχουν, γεγονός που μπορεί να κλονίσει την ζωή τους. Επιπρόσθετα, πολλές φαίνονται να είναι οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης στα άτομα που παρέχουν φροντίδα σε έναν βαρέως πάσχοντα ασθενή. Τέλος η επίδραση της φροντίδας φαίνεται ότι έχει περισσότερα αρνητικά αποτελέσματα σε φροντιστές που έχουν μικρή ηλικία, που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα αλλά και ανήκουν στον γυναικείο πληθυσμό (Cameron et. al., 2016).

Φαίνεται πως ο τρόπος ζωής των φροντιστών που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ασθενών ΜΕΘ αλλάζει σημαντικά. Αναλυτικότερα, η σωματική και ψυχολογική εξασθένηση των φροντιστών αποτελεί μια αρνητική συνέπεια της φροντίδας των ασθενών ΜΕΘ. Επιπλέον, οι ίδιοι οι φροντιστές ανέφεραν ότι η διατροφή τους άλλαξε και επηρεάστηκε, καθώς είτε δεν τρέφονταν αρκετά είτε δεν έτρωγαν σωστά αφού είχαν στραμμένη όλη την προσοχή τους στον ασθενή και έτσι ένιωθαν αδυναμία. Όλα αυτά προκάλεσαν μεταβολές στην υγεία τους, στο ρόλο τους ως φροντιστές αλλά και στον τρόπο με τον οποίο παίρνουν αποφάσεις. Επιπλέον, οι μεταβολές αυτές που σημειώθηκαν με βάση τη μελέτη επέφεραν επίσης αρνητικές επιπτώσεις στις δραστηριότητες και στη δουλειά των φροντιστών στις με αποτέλεσμα την ελάττωση της ποιότητας ζωής (Dale, et al., 2020). Τέλος, η έλλειψη σιγουριάς για την κατάσταση των ατόμων των οποίων οι φροντιστές έχουν αναλάβει την φροντίδα, οι μεταβολές των φιλοδοξιών για την μετέπειτα ζωή αλλά και η μεταβολή του ρόλου αποτελούν καταστάσεις που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των φροντιστών (Zale, et al., 2018).

Ένα είδος φροντιστών αποτελούν και οι οικογενειακοί φροντιστές (Zale, et al., 2018). Όταν μιλάμε για οικογενειακό φροντιστή αναφερόμαστε σε ένα άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα σε ένα μέλος της οικογένειάς του ή σε ένα πολύ στενό του φίλο, η οποία υπερβαίνει τα όρια του φυσιολογικού τόσο στην παροχή φροντίδας όσο και των σχέσεων μεταξύ των ατόμων. Αρκετές φορές τα άτομα καλούνται να γίνουν οικογενειακοί φροντιστές για μεγάλα χρονικά διαστήματα και αυτό έχει οικονομικές, ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες στους ίδιους τους φροντιστές. Συμπληρωματικά, τους αναγκάζει να έρθουν αντιμέτωποι με δυσάρεστες καταστάσεις (Schultz & Martire, 2004).

Η φροντίδα που παρέχει ένας φροντιστής σε κάποιο συγγενικό του πρόσωπο το οποίο αντιμετωπίζει κάποια αναπηρία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ίδια την ζωή του φροντιστή. Είναι γεγονός, ότι η φροντίδα ενός προσώπου δημιουργεί άγχος στον φροντιστή το οποίο μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των δυνατοτήτων να προσφέρουν φροντίδα στον ασθενή. Επιπλέον, οι ευθύνες που έχει απέναντι στον άρρωστο είναι πιθανόν να οδηγήσουν στην εμφάνιση κάποιας ασθένειας λόγω εξασθένησης του οργανισμού του. Επιπροσθέτως, το συναίσθημα του φόβου και της αναμονής είναι πιθανόν να επέρχεται από την πτώση του ασθενή αλλά και τον φόβο του θανάτου. Τα παραπάνω πιθανόν να επηρεάσουν συναισθηματικά τον φροντιστή με αποτέλεσμα την εμφάνιση κατάθλιψης. Η ποιότητα ζωής του κινδυνεύει να μειωθεί εξαιτίας του χρόνου και της θεμελιώδους προσπάθειας που απαιτούνται για την φροντίδα του ασθενή (Glozman, et al., 2004).

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ποιότητα ζωής μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντική μείωση και οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα. Στο σημείο αυτό καθοριστικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να καλυτερεύσουν την ποιότητα ζωής τους κατά τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ αλλά και έπειτα από την αποχώρησή τους από τη μονάδα (Bergen, 2005).

Οι νοσηλευτές παρέχουν εντατική φροντίδα στη ΜΕΘ με σκοπό να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσαρμοστούν και να ξεπεράσουν τα προβλήματα υγείας τους. Στόχος τους είναι η αξιολόγηση και θεραπεία των συμπτωμάτων που θα εμφανίσουν καθ'όλη τη διάρκεια διαμονής τους στη μονάδα. Οι βασικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η χορήγηση φαρμάκων, λήψη ζωτικών σημείων, μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης, αναρρόφηση εκκρίσεων, σίτιση, λήψη δειγμάτων για εργαστηριακό έλεγχο, εφαρμογή ατομικής υγιεινής (μπάνιο, ξύρισμα, στοματική υγιεινή), ζύγιση, φροντίδα τραυμάτων και αλλαγή κλινοσκεπασμάτων. Συμπληρωματικά οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών, στην αλλαγή θέσεων κατάκλισης, τη διαχείριση του πόνου και γενικά στην παρακολούθηση της κατάστασής τους (Slang, 2020: Mohamed, 2020).

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια έρχονται αντιμέτωπα με πολλά συναισθηματικά προβλήματα, ενώ καλούνται να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα απώλειας και σύγχυση. Επίσης νιώθουν μοναξιά και απομόνωση και αδυνατούν να διαχειριστούν αυτό που τους συμβαίνει. Η αναγνώριση των παραπάνω από το νοσηλευτή θα πρέπει να τον παρακινήσει να εφαρμόσει τεχνικές αντιμετώπισης ώστε να βελτιώσει την άποψη του ασθενή για την ασθένειά του και την κατάσταση υγείας του. Συμπληρωματικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, ώστε να νιώθει ασφάλεια και να τον παροτρύνει να δημιουργήσει σχέσεις εμπιστοσύνης με τους κοντινούς του ανθρώπους. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής θα μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του και τις ανησυχίες του, ενώ η ύπαρξη ενός προσώπου που είναι πρόθυμο να ακούσει θα μειώνει τα συναισθήματα ανησυχίας και μοναξιάς. Σημαντική παρέμβαση των νοσηλευτών, η οποία έχει

συσχετιστεί με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι η σταδιακή παρότρυνση για απόκτηση αυτονομίας και συμφιλίωση με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Σε αυτό συμβάλλει η παροχή απαραίτητων πληροφοριών από τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας και η συμμετοχή των ασθενών σε ομάδες υποστήριξης. Με λίγα λόγια η σωστή διαχείριση και αποδοχή της κατάστασης υγείας των ασθενών από τους ίδιους βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους και μειώνει τον χρόνο της θεραπείας τους και την πιθανότητα θανάτου (Fok et al., 2005).

Ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι η κακή ποιότητα ύπνου. Το παραπάνω μπορεί να είναι άμεση απόρροια της σοβαρότητας της ασθένειας ή να προκαλείται από τη συνεχή νοσηλευτική φροντίδα, τις παρενέργειες των φαρμάκων και την έκθεση σε φως και ήχους καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι διαταραχές του ύπνου είναι ένας σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας για τους ασθενείς και συχνά διαρκούν έως και 3 μήνες έπειτα από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Συμπληρωματικά, μπορεί να παρουσιαστεί υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας, η οποία συνδέεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, κατάθλιψης και ανάγκη για μεγαλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν είναι η χρήση ωτοασπίδων και μασκών ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και η μείωση της έντασης από τα φώτα στο δωμάτιο του ασθενή (Elías et al., 2019).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η κακή ποιότητα ύπνου στο στάδιο της αποκατάστασης αυξάνει τον κίνδυνο μυικής αδυναμίας η οποία ουσιαστικά προκαλείται από την μη φυσιολογική παραγωγή ορμονών κατά τη διάρκεια του ύπνου και τη μείωση του ρυθμού πρωτεϊνικής σύνθεσης (Elías et al., 2019). Αυτή η μυική αδυναμία ονομάζεται επίκτητη αδυναμία ΜΕΘ και χαρακτηρίζεται από τη μείωση της λειτουργίας των μυών και των νεύρων στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ (Zhou et al., 2020). Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης μυικής αδυναμίας. Οι παράγοντες κινδύνου είναι η σοβαρότητα της ασθένειας, η σαρκοπενία, η σήψη, η οργανική δυσλειτουργία, η ύπαρξη όγκου, ο υποσιτισμός, η ακινητοποίηση, η ύπαρξη τραύματος ή κάκωσης, η υπογλυκαιμία, η εμφάνιση του συνδρόμου SIRS, και η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια (Elías, 2019 : Zhou, 2020). Έτσι σε συνεργασία με τους φυσιοθεραπευτές πρέπει να προάγουν την έγκαιρη κινητοποίηση και τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου (Elías et al., 2019).

Η έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών έχει σημαντικά πλεονεκτήματα για τους ίδιους εφόσον μειώνεται ο χρόνος παραμονής τους στο νοσοκομείο και ο χρόνος που χρειάζονται μηχανικό

αερισμό. Επίσης μειώνεται ο κίνδυνος θανάτου και η πιθανότητα εμφάνισης αναπηρίας. Επιπροσθέτως, βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους όσο και έπειτα από την έξοδό τους από τη μονάδα. Αξίζει να αναφερθεί ότι η έγκαιρη κινητοποίηση σε συνδιασμό με την έγκαιρη σίτιση έχει ακόμα καλύτερα αποτελέσματα στη σωματική υγεία των ασθενών εφόσον περιορίζεται η μυϊκή απώλεια (Zhou et al., 2020). Η εφαρμογή έγκαιρης κινητοποίησης στους ασθενείς δεν είναι πάντα δυνατή λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας των νοσηλευτών και έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης (Kim et al., 2019).

Ένα πρόβλημα που εμφανίζουν τα $\frac{3}{4}$ των βαρέων πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ είναι το παραλήρημα (Bento & Sousa, 2021). Το παραλήρημα ορίζεται ως ένα νευροψυχιατρικό σύνδρομο το οποίο μπορεί να εμφανιστεί από τις πρώτες ώρες της εισαγωγής του ασθενή στη ΜΕΘ έως και αρκετές μέρες μετά. Το παραλήρημα χωρίζεται σε 3 τύπους. Το υπερκινητικό κατά το οποίο ο ασθενής εκφράζει ενόχληση και αναφέρει παραισθήσεις. Το υποκινητικό κατά το οποίο παρατηρείται μειωμένη κινητικότητα, απάθεια και ληθαργικότητα. Επίσης υπάρχει και το μικτό κατά το οποίο εμφανίζονται μικτά συμπτώματα από τους δυο άλλους τύπους (Bento & Sousa, 2021).

Γίνεται κατανοητό ότι το παραλήρημα επηρεάζει την αντίληψη, την συμπεριφορά, την προσοχή, τη μνήμη και τη σκέψη των ασθενών. Συμπληρωματικά λόγω αυτού αυξάνεται ο κίνδυνος πτώσεων, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, το κόστος της θεραπείας, η πιθανότητα θανάτου και ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών άρα η κατανόηση του φαινομένου, η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών, η έγκαιρη αναγνώριση και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις κρίνονται αναγκαία (Bento & Sousa, 2021 : Di & Chen, 2021). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν αρχικά την εκπαίδευση των φροντιστών από τους νοσηλευτές ώστε να γνωρίζουν και να κατανοήσουν το φαινόμενο. Σημαντικός είναι ο προσανατολισμός των ασθενών στον χώρο και το χρόνο μια φορά κατά τη διάρκεια κάθε βάρδιας. Συμπληρωματικά οι νοσηλευτές μπορούν να μειώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες για τους ασθενείς μειώνοντας τα ηχητικά ερεθίσματα και το πολύ έντονο φως. Επίσης πρέπει να μεριμνούν για την έγκαιρη αφαίρεση επεμβατικών μηχανισμών και για τον έλεγχο και περιορισμό του πόνου. Τέλος οι νοσηλευτές πρέπει να τροποποιούν την νοσηλεία ώστε ο ασθενής να έχει μια σταθερή ρουτίνα ύπνου (Bento & Sousa, 2021).

Ένας σημαντικός παράγοντας που παραβλέπεται συχνά αλλά επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων είναι οι δερματικές πληγές που προκαλούνται από υλικά πρόσδεσης που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο. Οι βαρέως πάσχοντες πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια ή υποβλήθηκαν σε μεγάλη χειρουργική επέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι χρίζουν φροντίδας μέσω επεμβατικών μεθόδων, λόγω της αστάθειας που παρουσιάζουν αρα και συχνότερη χρήση υλικών πρόσδεσης. Η αφαίρεση των υλικών αυτών μπορεί να τραυματίσει την επιδερμίδα μέχρι και να δημιουργηθεί πληγή, προκαλώντας πόνο και δυσφορία στους ασθενείς μειώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους. Συμπληρωματικά, οι δερματικές αλλοιώσεις είναι πολύ πιθανό να μολυνθούν και να προκαλέσουν λοίμωξη. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η φροντίδα του δέρματος των ασθενών είναι μια σημαντική πρόκληση για τους νοσηλευτές λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας όμως είναι καίριας σημασίας για την ποιότητα ζωής και την ασφάλεια των ασθενών. Για αυτό το λόγο οι νοσηλευτές πρέπει να φροντίζουν να τοποθετούν τα υλικά επίδεσης με απαλή πίεση χωρίς να δημιουργούν ζάρες στο υλικό. Βασική επίσης κρίνεται η αργή αφαίρεση των υλικών (Zhang et al., 2020).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Τα άτομα που λαμβάνουν την φροντίδα ενός αγαπημένου ή οικογενειακού προσώπου το οποίο πάσχει από κάποια βαριά ασθένεια καλούνται φροντιστές και ο ρόλος τον οποίο αναλαμβάνουν τους προκαλεί συναισθηματικά προβλήματα και χρίζουν για συναισθηματική ενθάρρυνση. Οι ψυχολογικές ενδείξεις των φροντιστών εύκολα μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικά προβλήματα. Το άγχος στις ζωές αυτών των ανθρώπων κυριαρχεί και σημειώνεται μείωση στην ποιότητα ζωής τους. Εξαιτίας του ρόλου και των υποχρεώσεων που καλούνται να αναλάβουν αντιμετωπίζουν τεράστια εξουθένωση και παρατηρούνται ακόμη και ενδείξεις κατάθλιψης. Επιπλέον, ο φόβος της απώλειας του αγαπημένου τους προσώπου εξαιτίας της σοβαρής ασθένειας είναι εμφανής στους φροντιστές. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να ετοιμάσουν τους φροντιστές για την ενδεχόμενη απώλεια του βαρέως πάσχοντα ασθενή προκειμένου να αποφευχθούν οι ενδείξεις κατάθλιψης. Συμπληρωματικά, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των φροντιστών αλλά και να σημειωθεί μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης η πρακτική της σκόπιμης εστίασης της προσοχής στην παρούσα στιγμή σε συνδυασμό με διαφορετικά στοιχεία θα μπορούσαν να

καταστούν ωφέλιμες. Οι συναντήσεις με τους φροντιστές καθώς και η εκπαίδευσή τους αποτελούν δυο παρεμβάσεις που έχουν θετικό αντίκτυπο στην μείωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια, βοηθητική θα ήταν η υποστήριξη των οικογενεών από τους επαγγελματίες υγείας δηλαδή τους νοσηλευτές. Τέλος, η εκπαίδευση των φροντιστών για τον νέο τους ρόλο είναι πολύ σημαντική δηλαδή η προετοιμασία τους για τα νέα καθήκοντα (Soikkeli-Jalonen et al., 2021).

Η οικογένεια ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ μπορεί με τον ενεργό ρόλο της να συνεισφέρει σημαντικά στη φροντίδα του άρρωστου. Για να επιτευχθεί αυτό κρίνεται αναγκαία η συνεργασία των μελών της οικογένειας με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, προκειμένου να υπάρξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα η εκπαίδευση της οικογένειας αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Mitchell et al., 2016). Επιπροσθέτως, η επικοινωνία των φροντιστών με τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την φροντίδα χαρακτηρίζεται από τις επίκτητες ικανότητες που αποκτά κάποιος με την εξάσκηση, τις γνώσεις, ενεργητική ακρόαση καθώς και την ικανότητα κατανόησης και αποκωδικοποίησης του μηνύματος μέσω χρήσης σωστής γλώσσας και ορολογίας από τους νοσηλευτές. Όσο μεγαλύτερη είναι η επικοινωνία τόσο και τα αποτελέσματά της θα έχουν θετικό αντίκτυπο. Πιο συγκεκριμένα, θα επιτευχθεί ευαρέσκεια, κοινωνική υποστήριξη ακόμη και σύμπραξη των φροντιστών με τους επαγγελματίες υγείας (Wright et al., 2010).

Οι οικογενειακοί φροντιστές ενός ασθενή σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας καλούνται ξαφνικά να αναλάβουν την φροντίδα του αγαπημένου τους προσώπου χωρίς να έχουν προετοιμαστεί για αυτό, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την δική τους υγεία. Σημαντική φαίνεται να είναι η συμμετοχή της οικογένειας στην φροντίδα του άρρωστου κατά την διάρκεια παραμονής του στη μονάδα. Τη συμμετοχή αυτή θα την ενισχύσει ο νοσηλευτής αναπτύσσοντας πραγματική σύνδεση με τον άρρωστο αλλά κυρίως με την οικογένειά του (Hetland et al., 2018).

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα τμήμα απαιτητικό για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι υποχρεώσεις και η έλλειψη χρόνου του προσωπικού της μονάδας εντατικής θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα να μην δείχνουν την οφειλόμενη φροντίδα στους συγγενείς που φροντίζουν τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεδομένου της αγωνίας και του φόβου της οικογένειας έχει την δυνατότητα να προσφέρει στους συγγενείς πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση του ασθενή αλλά και να τους υποστηρίζουν συναισθηματικά, προκειμένου να γνωρίζουν και να μην αγχώνονται σχετικά με την υγεία του ασθενή. Η ενημέρωση αλλά και η εκπαίδευση των

οικογενειακών φροντιστών από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την φροντίδα του ασθενή φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στα μέλη της οικογένειας καθώς μειώνει το άγχος και καλυτερεύει την ψυχολογία τους (Chien et al., 2006).

Οι σημαντικές αλλαγές στον χώρο της υγείας έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς που χρίζουν νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας να παίρνουν εξιτήριο πριν τον απαιτούμενο χρόνο. Οι ασθενείς αυτοί μετά την ξαφνική αυτή έξοδο από το νοσοκομείο υπομένουν αδιάκοπα δυσκολίες όσον αφορά την υγεία τους. Η οικογένεια των ασθενών αποκτά τον ρόλο του φροντιστή, ένας ρόλος ο οποίος έχει ευθύνες και επιπτώσεις στη ζωή του φροντιστή και του προκαλεί το αίσθημα του βάρους. Έτσι, προκειμένου να αντιμετωπιστούν πιθανά προβλήματα που θα προκύψουν στον οικογενειακό φροντιστή σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από το σύνολο των χειρισμών και των δραστηριοτήτων των νοσηλευτών είναι δυνατό να επιτευχθεί μείωση των πιθανών προβλημάτων ενός οικογενειακού φροντιστή (Johnson et al., 2001).

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο τον ρόλο της φροντίδας των επιζώντων αναλαμβάνει ο φροντιστής. Ένας ρόλος ο οποίος προκαλεί στους φροντιστές άγχος, έλλειψη γνώσεων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του άρρωστου αλλά και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν όλα τα πιθανά προβλήματα σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή. Αναλυτικότερα, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να συνεισφέρει έτσι ώστε οι φροντιστές να προμηθεύονται τις ικανότητες που θα βοηθήσουν με την εξάσκηση στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων του άρρωστου. Εξαιτίας της όλης κατάστασης και της πίεσης των φροντιστών είναι πιθανό να μην ανακαλούν όσα έχουν υποθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την φροντίδα του αρρώστου, έτσι ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να προσφέρει ξανά πληροφορίες. Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει ικανότητες που έχουν ανάγκη οι φροντιστές για την διαχείριση τόσο των σωματικών αλλά και ψυχολογικών προβλημάτων. Για τον εντοπισμό αλλά και τη διαχείριση της κούρασης, των σωματικών αλλά και ψυχολογικών προβλημάτων που ενδεχομένως θα έρθουν αντιμέτωποι οι φροντιστές κρίνεται σημαντική η παρέμβαση του νοσηλευτή μέσω της τηλεφωνικής κλίσης. Μια ακόμη παρέμβαση αποτελούν και οι συμβουλές των νοσηλευτών στους φροντιστές για την διαχείριση των παραπάνω προβλημάτων. Επιπρόσθετα, καθώς οι αλλαγές είναι μεγάλες με την εμφάνιση μιας σοβαρής νόσου παρατηρείται αλλαγή στις σχέσεις μεταξύ άρρωστου και φροντιστή, στο σημείο αυτό έρχεται ο νοσηλευτής προκειμένου να αποτιμήσει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των σχέσεών τους ώστε να καθοριστούν

οι δυσκολίες. Συμπληρωματικά η επικοινωνία μεταξύ του άρρωστου και του φροντιστή είναι σημαντική και για τον λόγο αυτόν ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ τους ώστε να αποφευχθούν πιθανές συγκρούσεις. Συμπερασματικά, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προσφέρουν στους φροντιστές καλή υγεία, άνεση καθώς και τους διευκολύνουν στην διαχείριση όλων των παραπάνω προβλημάτων. Τέλος, ο νοσηλευτής μέσω των παρεμβάσεών του προσφέρει επίσης πιο καλή ποιότητα ζωής στους φροντιστές (Grant et al., 2014).

ΜΕΡΟΣ Δ΄

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στη ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων ασθενών, με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα 2019 έως και 2021 και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν: η αγγλική γλώσσα και το έτος δημοσίευσής τους να είναι τα τελευταία 3 έτη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέθηκαν 10 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και παρατίθενται οι περιλήψεις τους στην αγγλική και η μετάφρασή τους.

1. Impact of Environmental Stressors on the Risk for Posttraumatic Stress Disorder and Quality of Life in Intensive Care Unit Survivors (2019).

ABSTRACT

Purpose

This study was to determine the levels of environmental stressor, posttraumatic stress disorder, and quality of life in intensive care units (ICU) survivors after intensive care, and to explore the factors affecting posttraumatic stress disorder and quality of life.

Methods

With a longitudinal survey design, data were collected from 116 patients who were discharged from the ICU of a university hospital. The environmental stressor, posttraumatic stress disorder, and quality of life were measured immediately following and 1 month after the ICU discharge.

Results

Of all the subjects, 16.4% experienced posttraumatic stress disorder after discharge. Multiple regression analysis revealed that ICU environmental stressors, experience of ICU readmission, using psychotropic drugs and narcotic analgesics, and ICU admission after surgery or cardiac intervention accounted for 22.2% of posttraumatic stress disorder. Posttraumatic stress disorder and sedation status when entering ICU accounted for 28.3% of the quality of life 1 month after ICU discharge.

Conclusion

Nursing interventions focused on ICU environmental stressors would not only reduce environmental stress but also contribute to the reduction of posttraumatic stress disorder and later improvement of quality of life.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επίδραση των περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων στον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες και στην ποιότητα ζωής των επιζώντων απο τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (2019).

Σκοπός

Αυτή η μελέτη αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των επιπέδων των περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων, της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της ποιότητας ζωής σε επιζώντες των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) μετά από εντατική θεραπεία και στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και την ποιότητα ζωής.

Μέθοδοι

Με σχεδιασμό διαχρονικής έρευνας, συλλέχθηκαν δεδομένα από 116 ασθενείς που εξήλθαν από ΜΕΘ πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Οι περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η ποιότητα ζωής μετρήθηκαν αμέσως μετά την εισαγωγή στη μονάδα και 1 μήνα μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα

Από όλα τα άτομα, το 16,4% εμφάνισε διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά το εξιτήριο. Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι οι περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες της ΜΕΘ, η εμπειρία επανεισαγωγής στη ΜΕΘ, η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων και ναρκωτικών αναλγητικών και η εισαγωγή στη ΜΕΘ μετά από χειρουργική επέμβαση αντιπροσώπευαν το 22,2% της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η καταστολή κατά την είσοδο στη ΜΕΘ αντιπροσώπευαν το 28,3% της ποιότητας ζωής 1 μήνα μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

Συμπέρασμα

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εστιασμένες σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες της ΜΕΘ όχι μόνο μειώνουν το περιβαλλοντικό στρες αλλά συμβάλουν επίσης στη μείωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και στη μετέπειτα βελτίωση της ποιότητας ζωής.

2. What nursing sensitive outcomes have been studied to-date among patients cared for in intensive care units? Findings from a scoping review (2020).

ABSTRACT

Background

Although many studies have considered mortality and adverse effects as outcomes sensitive to nursing practice, it seems that other outcomes of nursing care in intensive care units have been explored less commonly.

Objectives

To describe the state-of-science in research in the field of nursing sensitive outcomes in intensive care units and to synthesize outcomes that have been documented to date as being influenced by nursing care.

Design

A scoping review study based on the framework proposed by Arksey and O'Malley, further refined by the Levac and Joanna Briggs Institute was performed in 2019.

Data sources

The Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Web of Science, Scopus, and Google Scholar electronic databases were searched. In addition, the reference list of included articles was screened.

Review methods

Two researchers independently identified publications on the basis of the following criteria: (a) articles that reported nursing sensitive outcomes on critically-ill adult patients admitted to the intensive care unit, (b) as primary and secondary studies, (c) written in English, and (d) without any time frame limitation.

Results

Of the 4,231 records, 112 fully met the inclusion criteria and were included. Publications were mainly authored in the US and Canada (n = 44, 39.2%), and the majority (n = 62, 55.3%) had an observational design. A total of 233 nursing sensitive outcomes emerged, categorized in 35 outcomes, with, on average, two per study included. The most often measured outcomes were pressure ulcers (20 studies) and ventilator-associated pneumonias (19 studies); the less studied outcomes were quality of life, secretion clearance, patient-ventilator dysynchrony, and post-extubation dysphagia. When categorizing outcomes, the ones concerning safety (n = 77, 33.1%) were represented the most, followed by those concerning the clinical (n = 72, 30.9%), functional (n = 70, 30.0%), and perceptual (n = 14, 6.0%) domains. The interdependent outcomes linked to multi-professional interventions (e.g., ventilator-associated pneumonias) were the most frequently studied nursing sensitive outcomes (n = 20, 57.1%), while independent outcomes resulting from autonomous interventions performed by nurses were less often studied (n = 8, 22.9%).

Conclusions

From a clinical point of view, a large heterogeneity of outcomes influenced by nursing care emerged. However, identified outcomes have been studied with different approaches and metrics, so that future efforts will need to establish homogeneous conceptual and operative definitions. Moreover, increasing efforts in establishing perceptual outcomes, or those close to the fundamentals of nursing care, are suggested in order to better depict the contribution of critical care nurses in the field.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ποια νοσηλευτικά ευαίσθητα αποτελέσματα έχουν μελετηθεί μέχρι σήμερα μεταξύ ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας; Ευρήματα από μια οριοθετημένη ανασκόπηση (2020).

Υπόβαθρο

Αν και πολλές μελέτες έχουν λάβει υπόψη τη θνησιμότητα και τις ανεπιθύμητες εκβάσεις της ασθένειας ως αποτελέσματα σημαντικά στη νοσηλευτική πρακτική, φαίνεται ότι άλλα έχουν διερευνηθεί λιγότερο συχνά.

Στόχοι

Να περιγραφεί η κατάσταση της επιστήμης της έρευνα στον τομέα των νοσηλευτικών ευαίσθητων αποτελεσμάτων σε μονάδες εντατικής θεραπείας και να συνθέσει αποτελέσματα τα οποία έχουν τεκμηριωθεί ότι επηρεάζονται από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Σχεδιασμός

Το 2019 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη επισκόπησης που βασίζεται στο πλαίσιο που προτάθηκε από τους Arksey και O'Malley, το οποίο βελτιώθηκε περαιτέρω από το Ινστιτούτο Levac και Joanna Briggs.

Πηγές δεδομένων

Έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Web of Science, Scopus και Google Scholar. Επιπλέον, ελέγχθηκε η λίστα αναφοράς των άρθρων που περιλαμβάνονται.

Μέθοδοι αξιολόγησης

Δύο ερευνητές προσδιόρισαν ανεξάρτητα δημοσιεύσεις με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: (α) άρθρα που ανέφεραν ευαίσθητα νοσηλευτικά αποτελέσματα σε βαρέως πάσχοντες ενήλικες ασθενείς που εισήχθησαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας, (β) ως πρωτογενείς και δευτερογενείς μελέτες, (γ) γραμμένα στα αγγλικά, και (δ) χωρίς κανένα χρονικό περιορισμό.

Αποτελέσματα

Από τις 4.231 εγγραφές, οι 112 πληρούσαν πλήρως τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν. Οι δημοσιεύσεις γράφτηκαν κυρίως στις ΗΠΑ και τον Καναδά ($n = 44$, 39,2%) και η πλειοψηφία ($n = 62$, 55,3%) είχε σχέδιο παρατήρησης. Προέκυψαν συνολικά 233 νοσηλευτικά ευαίσθητα αποτελέσματα, κατηγοριοποιημένα σε 35 αποτελέσματα, με κατά μέσο όρο δύο ανά μελέτη. Τα πιο συχνά μετρούμενα αποτελέσματα ήταν τα έλκη πίεσης (20 μελέτες) και οι πνευμονίες που προκαλούνται από αναπνευστήρα (19 μελέτες). Τα λιγότερο μελετημένα αποτελέσματα ήταν η ποιότητα ζωής, η αναρρόφηση εκκρίσεων, η ασυγχρονία ασθενή-αναπνευστήρα και η δυσφαγία μετά την αποσωλήνωση. Κατά την κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων, αυτά που αφορούσαν την ασφάλεια ($n = 77$, 33,1%) αντιπροσωπεύονταν περισσότερο, ακολουθούμενα από εκείνα που αφορούσαν τα κλινικά ($n = 72$, 30,9%), τα λειτουργικά ($n = 70$, 30,0%) και τα αντιληπτικά ($n =$

14,6,0%) πλαίσια. Τα αλληλοεξαρτώμενα αποτελέσματα που συνδέονται με πολυεπαγγελματικές παρεμβάσεις (π.χ. πνευμονίες που σχετίζονται με τον αναπνευστήρα) ήταν τα πιο συχνά μελετημένα νοσηλευτικά ευαίσθητα αποτελέσματα ($n = 20, 57,1\%$), ενώ τα ανεξάρτητα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτόνομες παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν από νοσηλευτές μελετήθηκαν λιγότερο συχνά ($n = 8, 22,9\%$).

Συμπεράσματα

Από κλινική άποψη, προέκυψε μια μεγάλη ετερογένεια των εκβάσεων που επηρεάζονται από τη νοσηλευτική φροντίδα. Ωστόσο, τα προσδιορισμένα αποτελέσματα έχουν μελετηθεί με διαφορετικές προσεγγίσεις και μετρήσεις, έτσι ώστε οι μελλοντικές προσπάθειες θα χρειαστούν για την καθιέρωση ομοιογενών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών. Επιπλέον, προτείνονται αυξανόμενες προσπάθειες για τη δημιουργία αντιληπτικών αποτελεσμάτων, ή εκείνων που προσεγγίζουν τις θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας, προκειμένου να απεικονιστεί καλύτερα η συμβολή των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας στο πεδίο.

3. Nurses' perceived barriers and educational needs for early mobilisation of critical ill patients (2019).

ABSTRACT

Background

Early mobilisation (EM) of critically ill patients is an evidence-based intervention designed to improve treatment outcomes and enhance the quality of life after intensive care. However, several barriers exist to its establishment in clinical practice. Thus, the objective of the present study was to identify barriers perceived by critical care nurses, corresponding educational needs, and provide useful information for program implementation in Korea.

Methods

A cross-sectional study was conducted from April to June 2017 using a structured, self-administered questionnaire that was completed by 151 critical care nurses from three tertiary hospitals and four secondary hospitals located in Seoul. The survey was designed to rate

experiences with EM, identify educational experiences, and measure perceived barriers regarding attitudes, knowledge, behaviours, and educational needs. Data were analysed using descriptive statistics, t-tests, and analyses of variance.

Results

The mean number of perceived barriers was 3.13 ± 0.38 out of 5 on a Likert scale. Attitude-related barriers (3.25 ± 0.49) were higher than behaviour-related (3.21 ± 0.44) and knowledge-related (2.94 ± 0.59) barriers. The top five barrier items were high workload, patients' inability to exercise, lack of time, inappropriate nurse/patient ratio, and absence of relevant education. Educational needs for early mobilisation were rated 3.74 ± 0.78 out of 5. Educational items were prioritised as identifying potential problems in EM and possible solutions, related protocols and guidelines, and procedures for special conditions.

Conclusions

The present study revealed that critical care nurses in Korea perceive various barriers to successfully implementing evidence-based EM interventions for critically ill patients, as well as the educational needs necessary to overcome such challenges. Accordingly, an educational program should be developed based on the educational needs revealed in the present study. In parallel, organisational efforts should also be made to meet environmental conditions.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντιληπτά εμπόδια και εκπαιδευτικές ανάγκες των νοσηλευτών σε σχέση με την έγκαιρη κινητοποίηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση (2019).

Υπόβαθρο

Η έγκαιρη κινητοποίηση (ΕΚ) ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση είναι μια τεκμηριωμένη παρέμβαση που έχει σχεδιαστεί για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά από εντατική θεραπεία. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετά εμπόδια για την καθιέρωσή της στην κλινική πράξη. Έτσι, ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εντοπίσει τα εμπόδια που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας, τις αντίστοιχες εκπαιδευτικές ανάγκες και να παράσχει χρήσιμες πληροφορίες για την εφαρμογή της στην Κορέα.

Μέθοδοι

Μια συγχρονική μελέτη διεξήχθη από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2017 χρησιμοποιώντας ένα δομημένο, αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από 151 νοσηλευτές εντατικής θεραπείας σε τρία τριτοβάθμια και τέσσερα δευτεροβάθμια νοσοκομεία που βρίσκονται στη Σεούλ. Η έρευνα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις εμπειρίες με ΕΚ, να εντοπίσει εκπαιδευτικές εμπειρίες και να μετρήσει τα αντιληπτά εμπόδια σχετικά με στάσεις, γνώσεις, συμπεριφορές και εκπαιδευτικές ανάγκες. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική, t-test και αναλύσεις διακύμανσης.

Αποτελέσματα

Ο μέσος αριθμός των αντιληπτών φραγμών ήταν $3,13 \pm 0,38$ από τα 5 σε μια κλίμακα Likert. Τα εμπόδια που σχετίζονται με τη στάση των νοσηλευτών ($3,25 \pm 0,49$) ήταν υψηλότερα από τα εμπόδια που σχετίζονται με τη συμπεριφορά ($3,21 \pm 0,44$) και τη γνώση ($2,94 \pm 0,59$). Τα πέντε βασικά εμπόδια ήταν το αυξημένο φόρτο εργασίας, η αδυναμία των ασθενών να ασκηθούν, η έλλειψη χρόνου, η ακατάλληλη αναλογία νοσηλευτή/ασθενή και η απουσία σχετικής εκπαίδευσης. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες για πρόωμη κινητοποίηση βαθμολογήθηκαν με $3,74 \pm 0,78$ στα 5. Τα εκπαιδευτικά αντικείμενα τέθηκαν ως προτεραιότητα ως ο εντοπισμός πιθανών προβλημάτων που περιλαμβάνει η εφαρμογή της έγκαιρης κινητοποίησης και πιθανές λύσεις, σχετικά πρωτόκολλα, οδηγίες και διαδικασίες για ειδικές συνθήκες.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές που παρέχουν εντατική θεραπεία στην Κορέα αντιλαμβάνονται διάφορα εμπόδια για την επιτυχή εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων ΕΚ για ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, καθώς και τις εκπαιδευτικές ανάγκες που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση τέτοιων προκλήσεων. Αντίστοιχα, θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες που αποκαλύπτονται στην παρούσα μελέτη. Παράλληλα, θα πρέπει επίσης να γίνει προσπάθεια για περισσότερη οργάνωση του περιβάλλοντος των μονάδων.

4. The use and usefulness of ICU diaries to support family members of critically ill patients (2021).

ABSTRACT

Purpose

To analyze and describe the use and usefulness of the ICU diary to support family members of critically ill patients.

Materials and methods

A socio-technical systems model (SEIPS 2.0) guided data collection and analysis in this study aimed to gain a holistic understanding of factors that shape ICU diary processes and family requirements for support. Triangulated data sources, including interviews, observations, and photographs, were content analyzed for person, task, tool, and context attributes determining the use and usefulness of ICU diaries. Researchers recruited family members of critically ill patients admitted to ICUs in two hospitals (urban, rural) in the southeastern United States.

Results

Nineteen female (100%) family members participated in this study. ICU diaries were used and adapted by family members to cope with the ICU experience in multiple ways. Results indicate that staff support, easy access, embedded instructional format, early initiation, and family ownership facilitated ICU diary use by family members. The ICU diary was useful as a medium to process emotions and gain insights, reduce stress, track information, and communicate with the staff and the patient.

Conclusions

The ICU diary is useful to family members as a stress reduction, information management, and communication tool. The design of ICU diary implementations must address system factors to assure family members receive benefits from diary use. Further research is needed to expand our understanding of the optimal structure, process, and content of ICU diary implementations.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση και η χρησιμότητα των ημερολογίων ΜΕΘ για την υποστήριξη μελών της οικογένειας ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση (2021).

Σκοπός

Να αναλυθεί και να περιγραφεί η χρήση και η χρησιμότητα του ημερολογίου της ΜΕΘ για την υποστήριξη μελών της οικογένειας ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Υλικό και μέθοδοι

Ένα μοντέλο κοινωνικο-τεχνικών συστημάτων (SEIPS 2.0) καθοδηγούμενο από τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων σε αυτή τη μελέτη είχε ως στόχο να αποκτήσει μια ολιστική κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τις διαδικασίες του ημερολογίου της ΜΕΘ και τις οικογενειακές απαιτήσεις για υποστήριξη. Οι τριγωνοποιημένες πηγές δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των συνεντεύξεων, των παρατηρήσεων και των φωτογραφιών, αναλύθηκαν και χαρακτηριστικά προσώπου, εργασίας, εργαλείου και περιβάλλοντος χρησιμοποιήθηκαν για τον καθορισμό της χρήσης και της χρησιμότητας των ημερολογίων της ΜΕΘ. Οι ερευνητές στρατολόγησαν μέλη της οικογένειας ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ σε δύο νοσοκομεία (αστικό, αγροτικό) στις νοτιοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες.

Αποτελέσματα

Δεκαεννέα γυναίκες (100%) μέλη των οικογενειών συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη. Τα ημερολόγια της ΜΕΘ χρησιμοποιήθηκαν και προσαρμόστηκαν από μέλη της οικογένειας για να αντιμετωπίσουν την εμπειρία της ΜΕΘ με πολλούς τρόπους. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η υποστήριξη από το προσωπικό, η εύκολη πρόσβαση, η ενσωματωμένη μορφή διδασκαλίας, η έγκαιρη έναρξη και η οικογενειακή ιδιοκτησία διευκόλυναν τη χρήση του ημερολογίου της ΜΕΘ από μέλη της οικογένειας. Το ημερολόγιο της ΜΕΘ ήταν χρήσιμο ως μέσο επεξεργασίας συναισθημάτων και απόκτησης γνώσεων, μείωσης του άγχους, παρακολούθησης πληροφοριών και επικοινωνίας με το προσωπικό και τον ασθενή.

Συμπεράσματα

Το ημερολόγιο της ΜΕΘ είναι χρήσιμο στα μέλη της οικογένειας ως εργαλείο μείωσης του άγχους, διαχείρισης πληροφοριών και επικοινωνίας. Ο σχεδιασμός των εφαρμογών του

ημερολογίου της ΜΕΘ πρέπει να αντιμετωπίζει παράγοντες που δυσκολεύουν τη χρήση του, για να διασφαλίσει ότι τα μέλη της οικογένειας λαμβάνουν οφέλη από τη χρήση. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διευρύνουμε την κατανόησή μας για τη βέλτιστη δομή, τη διαδικασία και το περιεχόμενο του ημερολογίου της ΜΕΘ.

5. Effect of clustered nursing interventions on physiological responses in critically ill patients (2020).

ABSTRACT

Background Caring of the critically ill patients is a fundamental component of a nurse's clinical practice in ICUs. Clustered nursing interventions are defined as a group of interventions of more than six for each patient in one nursing interaction. Physiological responses may be an immediate response or long-term effects of one or more of the body systems related to physiological condition and therapeutic interventions. Critical care nurses monitor physiologic patient parameters on a regular basis to ensure patient's stability.

Objective The aim was to determine physiological responses related to clustered nursing interventions among critically ill patients.

Participants and methods The study was conducted on 80 mechanically ventilated adult patients admitted to ICUs of Alexandria Main University Hospital and Damanhour Medical National Institute. The most common procedures provided by nurses in direct care for those patients based on a pilot study of 10 patients were vital signs measurements, central venous pressure measurement, suctioning, feeding, laboratory sampling, general care, repositioning, and administration of medications. Physiological parameters measured were end-tidal carbon dioxide using capnography, vital signs using bed side monitor, and oxygen saturation using pulse oximeter. They were measured before, at 5 min and 10 min during clustered nursing interventions, immediately after, and 15 min after clustered nursing intervention performance.

Results Respiratory rate, systolic blood pressure, and oxygen saturation were significantly changed in relation to clustered nursing interventions.

Conclusion Clustered nursing interventions may worsen some physiological parameters in critically ill patients, and therefore, nonclustered interventions should be applied instead. Moreover, continuous monitoring of physiological responses during nursing care is crucial.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επίδραση των ομαδοποιημένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων στις φυσιολογικές αντιδράσεις των βαρέως πασχόντων ασθενών (2020).

Υπόβαθρο

Η φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών αποτελεί θεμελιώδες συστατικό της κλινικής πρακτικής του νοσηλευτή στις ΜΕΘ. Οι ομαδοποιημένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις ορίζονται ως μια ομάδα παρεμβάσεων, περισσότερων από έξι, που εφαρμόζονται σε κάθε ασθενή σε μία νοσηλευτική αλληλεπίδραση. Οι φυσιολογικές επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις ενός ή περισσότερων συστημάτων του σώματος που σχετίζονται με τη φυσιολογική κατάσταση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας παρακολουθούν τις φυσιολογικές παραμέτρους του ασθενούς σε τακτική βάση για να διασφαλίζουν τη σταθερότητά του.

Στόχος

Ο στόχος ήταν να προσδιοριστούν οι φυσιολογικές επιπτώσεις που σχετίζονται με ομαδοποιημένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μεταξύ ασθενών με κρίσιμη κατάσταση.

Συμμετέχοντες και μέθοδοι

Η μελέτη διεξήχθη σε 80 ενήλικες ασθενείς με μηχανικό αερισμό που εισήχθησαν σε ΜΕΘ του Κεντρικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξάνδρειας και του Ιατρικού Εθνικού Ινστιτούτου Damamhour. Οι πιο κοινές διαδικασίες που παρέχονται από νοσηλευτές σε άμεση φροντίδα για αυτούς τους ασθενείς με βάση μια πιλοτική μελέτη 10 ασθενών ήταν μετρήσεις ζωτικών σημείων, μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης, αναρρόφηση, σίτιση, εργαστηριακή δειγματοληψία, γενική φροντίδα, και χορήγηση φαρμάκων. Οι φυσιολογικές παράμετροι που μετρήθηκαν ήταν το τελοπαλιρροϊκό διοξείδιο του άνθρακα με χρήση καπνογραφίας, τα ζωτικά σημεία με τη χρήση μόνιτορ στην πλευρά του κρεβατιού και ο κορεσμός οξυγόνου με τη χρήση παλμικού οξυμέτρου.

Μετρήθηκαν πριν, σε 5 λεπτά και 10 λεπτά κατά τη διάρκεια των ομαδοποιημένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, αμέσως μετά και 15 λεπτά μετά την απόδοση της ομαδοποιημένης νοσηλευτικής παρέμβασης.

Αποτελέσματα

Ο αναπνευστικός ρυθμός, η συστολική αρτηριακή πίεση και ο κορεσμός οξυγόνου άλλαξαν σημαντικά λόγω των ομαδοποιημένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Συμπέρασμα

Οι ομαδοποιημένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να επιδεινώσουν ορισμένες φυσιολογικές παραμέτρους σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς και ως εκ τούτου, θα πρέπει να εφαρμόζονται μη ομαδοποιημένες παρεμβάσεις. Επιπλέον, η συνεχής παρακολούθηση κατά τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ζωτικής σημασίας.

6. Latent Class Analysis of Symptom Burden Among Seriously Ill Adults at the End of Life (2021).

ABSTRACT

Background:

Serious illness is characterized by high symptom burden that negatively affects quality of life (QOL). While palliative care research has highlighted symptom burden in seriously ill adults with cancer, symptom burden among those with non-cancer serious illness and multiple chronic conditions has been understudied. Latent class analysis is a statistical method that can be used to better understand the relationship between severity of symptom burden and covariates, such as the presence of multiple chronic conditions. While latent class analysis has been used to highlight subgroups of seriously ill adults with cancer based on symptom clusters, none have incorporated multiple chronic conditions.

Objectives:

The objectives of this study were to (a) describe the demographic and baseline characteristics of seriously ill adults at the end of life in a palliative care cohort, (b) identify latent subgroups of seriously ill individuals based on severity of symptom burden, and (c) examine variables associated with latent subgroup membership, such as QOL, functional status, and the presence of multiple chronic conditions.

Methods:

A secondary data analysis of a palliative care clinical trial was conducted. The latent class analysis was based on the Edmonton Symptom Assessment System, which measures 9 symptoms on a scale of 0 to 10 (e.g., pain, fatigue, nausea, depression, anxiousness, drowsiness, appetite, well-being, shortness of breath). Clinically significant cut-points for symptom severity were used to categorize each symptom item in addition to a categorized total score.

Results:

Three latent subgroups were identified (e.g., low, moderate, and high symptom burden). Lower overall QOL was associated with membership in the moderate and high symptom burden subgroups. Multiple chronic conditions were associated with statistically significant membership in the high symptom burden latent subgroup. Older adults between 65 and 74 had a lower likelihood of moderate or high symptom burden subgroup membership compared to the low symptom burden class.

Discussion:

Lower QOL was associated with high symptom burden. Multiple chronic conditions were associated with high symptom burden, which underlines the clinical complexity of serious illness. Palliative care at the end of life for seriously ill adults with high symptom burden must account for the presence of multiple chronic conditions.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανάλυση λανθάνουσας τάξης της επιβάρυνσης των συμπτωμάτων των βαρέως πασχόντων ενήλικων ασθενών στο τέλος της ζωής (2021).

Υπόβαθρο

Η σοβαρή ασθένεια χαρακτηρίζεται από υψηλό φορτίο συμπτωμάτων που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής (QOL). Ενώ η έρευνα για την παρηγορητική φροντίδα έχει επισημάνει την επιβάρυνση των συμπτωμάτων σε σοβαρά άρρωστους ενήλικες με καρκίνο, η επιβάρυνση των συμπτωμάτων μεταξύ εκείνων με μη καρκινικές σοβαρές ασθένειες και πολλαπλές χρόνιες παθήσεις έχει μελετηθεί ανεπαρκώς. Η ανάλυση λανθάνουσας τάξης είναι μια στατιστική μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της σοβαρότητας του φορτίου των συμπτωμάτων και των άλλων μεταβλητών, όπως είναι η παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων. Ενώ η ανάλυση λανθάνουσας κατηγορίας έχει χρησιμοποιηθεί για να επισημάνει υποομάδες σοβαρά άρρωστων ενηλίκων με καρκίνο με βάση ομάδες συμπτωμάτων, καμία δεν έχει ενσωματώσει πολλαπλές χρόνιες παθήσεις.

Στόχοι

Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν (α) να περιγράψουν τα δημογραφικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά των σοβαρά νοσούντων ενηλίκων στο τέλος της ζωής, (β) να εντοπίσουν λανθάνουσες υποομάδες σοβαρά ασθενών ατόμων με βάση τη σοβαρότητα του φορτίου των συμπτωμάτων και (γ) να εξετάσουν μεταβλητές που σχετίζονται με τη λανθάνουσα ιδιότητα μέλους υποομάδας, όπως QOL, λειτουργική κατάσταση, και την παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων.

Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε μια δευτερογενής ανάλυση δεδομένων μιας κλινικής δοκιμής παρηγορητικής φροντίδας. Η ανάλυση λανθάνουσας τάξης βασίστηκε στο Σύστημα Αξιολόγησης Συμπτωμάτων του Έντμοντον, το οποίο μετρά 9 συμπτώματα σε κλίμακα από το 0 έως το 10 (π.χ. πόνος, κόπωση, ναυτία, κατάθλιψη, άγχος, υπνηλία, όρεξη, ευεξία, δύσπνοια). Κλινικά σημαντικά σημεία που

περιγράφουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκαν για να κατηγοριοποιηθεί κάθε σύμπτωμα ξεχωριστά αλλά και ως μέρος ενός μιας ευρύτερης κλίμακας.

Αποτελέσματα

Εντοπίστηκαν τρεις λανθάνουσες υποομάδες (χαμηλό, μέτριο και υψηλό φορτίο συμπτωμάτων). Η χαμηλότερη συνολική QOL συσχετίστηκε με την ένταξη στις υποομάδες μέτριου και υψηλού συμπτωματικού φορτίου. Πολλαπλές χρόνιες παθήσεις συσχετίστηκαν με στατιστικά σημαντική συμμετοχή στη λανθάνουσα υποομάδα υψηλού συμπτωματικού φορτίου. Οι ηλικιωμένοι ενήλικες μεταξύ 65 και 74 ετών είχαν μικρότερη πιθανότητα μέτριας ή υψηλής συμμετοχής στην υποομάδα επιβάρυνσης συμπτωμάτων σε σύγκριση με την κατηγορία χαμηλού φορτίου συμπτωμάτων.

Συζήτηση

Το χαμηλότερο QOL συσχετίστηκε με υψηλό φορτίο συμπτωμάτων. Πολλαπλές χρόνιες παθήσεις συσχετίστηκαν με υψηλό φορτίο συμπτωμάτων, γεγονός που υπογραμμίζει την κλινική πολυπλοκότητα της σοβαρής ασθένειας. Η ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής για σοβαρά άρρωστους ενήλικες με υψηλό φορτίο συμπτωμάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη την παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων.

7. Adapted Crusting Technique in Children with Peristomal Lesions: A Case Series (2020).

ABSTRACT

Objective

To describe the care of pediatric patients who had a gastrostomy and developed peristomal lesions and received a systematic single adapted crusting technique in a pediatric ICU in a tertiary Brazilian hospital.

Methods

An analysis of six cases presenting traumatic, noninfectious peristomal lesions with ostium enlargement resulting in gastric residual leaks. All six patients received the same treatment over 7 to 15 days.

Results

Lesion improvement was observed in all patients after 48 hours and considered attributable to the standard treatment recommended by ostomy professionals.

Conclusions

The adapted crusting technique was effective in the treatment of children with peristomal lesions. This technique may be beneficial to other patient and organizational outcomes such as improving safety of care, decreasing pain and discomfort, reducing nursing workload and hospital costs, and improving quality of life.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Προσαρμοσμένη τεχνική κρούστας σε παιδιά με περιστομικές βλάβες: Σειρά περιπτώσεων (2020).

Σκοπός

Να περιγράψει τη φροντίδα παιδιατρικών ασθενών που είχαν γαστροστομία και ανέπτυξαν περιστοματικές αλλοιώσεις και έλαβαν μια συστηματική ενιαία προσαρμοσμένη τεχνική κρούστας σε παιδιατρική ΜΕΘ σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βραζιλίας.

Μέθοδοι

Ανάλυση έξι περιπτώσεων που παρουσιάζουν τραυματικές, μη μολυσματικές περιστοματικές αλλοιώσεις με διόγκωση του στομίου με αποτέλεσμα γαστρικές υπολειμματικές διαρροές. Και οι έξι ασθενείς έλαβαν την ίδια θεραπεία σε διάστημα 7 έως 15 ημερών.

Αποτελέσματα

Βελτίωση της βλάβης παρατηρήθηκε σε όλους τους ασθενείς μετά από 48 ώρες και θεωρήθηκε ότι αποδίδεται στην καθιερωμένη θεραπεία που συνιστάται από εξειδικευμένους επαγγελματίες.

Συμπεράσματα

Η προσαρμοσμένη τεχνική κρούστας ήταν αποτελεσματική στη θεραπεία παιδιών με περιστοματικές αλλοιώσεις. Αυτή η τεχνική μπορεί να είναι αποτελεσματική και για άλλους

ασθενείς και να συμβάλει στη βελτίωση της ασφάλειας της φροντίδας, στη μείωση του πόνου και της δυσφορίας, στη μείωση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και του νοσοκομειακού κόστους και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

8. Criteria for intensive care unit admission and severity of illness (2021).

ABSTRACT

Intensive care is a specialist area of the hospital with concentration of resources and expertise to look after critically unwell patients. No set criteria exist for admission to intensive care, although patients usually have severe illness associated with physiological dysfunction and actual or impending organ failure. There are multiple scoring systems designed to assess severity of illness, all with significant limitations. The National Early Warning Score 2 (NEWS-2) is a commonly used ‘track and trigger’ system designed to detect and respond to the unwell or deteriorating patient. NEWS-2 is marker of physiological disturbance and high scores correlate with intensive care admission and mortality. Looking at the elective and emergency surgical population, patients at high risk of complications should be admitted to intensive care postoperatively. Increasing age, comorbidities, poor exercise tolerance and major surgical intervention are associated with adverse outcomes. Admission to intensive care often requires difficult time-critical decisions to be made with limited information. Intensive care admission can be the difference between life and death, but there are both physical and psychological harm associated with invasive organ support. The four pillars of medical ethics – autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice – can be used to guide these decisions.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κριτήρια εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και βαρύτητα της νόσου (2021).

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένας ειδικός χώρος του νοσοκομείου που απαρτίζεται από πληθώρα πόρων και εμπειρογνωμοσύνης με σκοπό τη φροντίδα ασθενών που δεν είναι καλά. Δεν υπάρχουν καθορισμένα κριτήρια για την εισαγωγή στην εντατική, αν και οι ασθενείς συνήθως

έχουν σοβαρή ασθένεια που σχετίζεται με σωματική δυσλειτουργία και πραγματική ή επικείμενη ανεπάρκεια οργάνων. Υπάρχουν πολλά συστήματα βαθμολόγησης που έχουν σχεδιαστεί για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ασθένειας, όλα παρουσιάζουν σημαντικούς περιορισμούς. Η Εθνική Βαθμολογία Έγκαιρης Προειδοποίησης 2 (NEWS-2) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα «παρακολούθησης και ενέργειας» που έχει σχεδιαστεί για να ανιχνεύει και να ανταποκρίνεται στην αδιαθεσία ή την επιδείνωση του ασθενούς. Το NEWS-2 είναι δείκτης σωματικής διαταραχής και οι υψηλές βαθμολογίες συσχετίζονται με την εισαγωγή σε μονάδες εντατικής θεραπείας και τη θνησιμότητα. Εξετάζοντας τον εκλεκτικό και έκτακτο χειρουργικό πληθυσμό, οι ασθενείς με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών θα πρέπει να εισάγονται στην εντατική μετεγχειρητικά. Η αύξηση της ηλικίας, οι συννοσηρότητες, η κακή ανοχή στην άσκηση και μια μείζονα χειρουργική επέμβαση σχετίζονται με δυσμενείς εκβάσεις. Η εισαγωγή στην εντατική συχνά απαιτεί χρονικά δύσκολες και κρίσιμες αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν με περιορισμένες πληροφορίες. Η εισαγωγή στην εντατική θεραπεία μπορεί να είναι η διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου, αλλά υπάρχουν τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές βλάβες που σχετίζονται με την επεμβατική υποστήριξη οργάνων. Οι τέσσερις πυλώνες της ιατρικής δεοντολογίας – αυτονομία, ευεργεσία, μη κακομεταχείριση και δικαιοσύνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καθοδηγήσουν αυτές τις αποφάσεις.

9. Intensive Care Unit–Specific Virtual Reality for Critically Ill Patients With COVID-19: Multicenter Randomized Controlled Trial (2021).

ABSTRACT

Background

Although psychological sequelae after intensive care unit (ICU) treatment are considered quite intrusive, robustly effective interventions to treat or prevent these long-term sequelae are lacking. Recently, it was demonstrated that ICU-specific virtual reality (ICU-VR) is a feasible and acceptable intervention with potential mental health benefits. However, its effect on mental health and ICU aftercare in COVID-19 ICU survivors is unknown.

Objective

This study aimed to explore the effects of ICU-VR on mental health and on patients' perceived quality of, satisfaction with, and rating of ICU aftercare among COVID-19 ICU survivors.

Methods

This was a multicenter randomized controlled trial. Patients were randomized to either the ICU-VR (intervention) or the control group. All patients were invited to an COVID-19 post-ICU follow-up clinic 3 months after hospital discharge, during which patients in the intervention group received ICU-VR. One month and 3 months later (4 and 6 months after hospital discharge), mental health, quality of life, perceived quality, satisfaction with, and rating of ICU aftercare were scored using questionnaires.

Results

Eighty-nine patients (median age 58 years; 63 males, 70%) were included. The prevalence and severity of psychological distress were limited throughout follow-up, and no differences in psychological distress or quality of life were observed between the groups. ICU-VR improved satisfaction with (mean score 8.7, SD 1.6 vs 7.6, SD 1.6 [ICU-VR vs control]; $t_{64}=-2.82$, $P=.006$) and overall rating of ICU aftercare (mean overall rating of aftercare 8.9, SD 0.9 vs 7.8, SD 1.7 [ICU-VR vs control]; $t_{64}=-3.25$; $P=.002$) compared to controls. ICU-VR added to the quality of ICU aftercare according to 81% of the patients, and all patients would recommend ICU-VR to other ICU survivors.

Conclusions

ICU-VR is a feasible and acceptable innovative method to improve satisfaction with and rating of ICU aftercare and adds to its perceived quality. We observed a low prevalence of psychological distress after ICU treatment for COVID-19, and ICU-VR did not improve psychological recovery or quality of life. Future research is needed to confirm our results in other critical illness survivors to potentially facilitate ICU-VR's widespread availability and application during follow-up.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας –Εικονική Πραγματικότητα και βαρέως πάσχοντες ασθενείς με COVID-19: Πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (2021).

Υπόβαθρο

Αν και τα ψυχολογικά επακόλουθα μετά την παραμονή στη μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) θεωρούνται αρκετά σοβαρά, δεν υπάρχουν ισχυρές αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία ή την πρόληψη αυτών των μακροχρόνιων συνεπειών. Πρόσφατα, αποδείχθηκε ότι η ειδική για ΜΕΘ εικονική πραγματικότητα (ΜΕΘ-VR) είναι μια εφικτή και αποδεκτή παρέμβαση με πιθανά οφέλη στη ψυχική υγεία. Ωστόσο, η επίδρασή της στη ψυχική υγεία και τη μετέπειτα φροντίδα των επιζώντων της ΜΕΘ COVID-19 είναι άγνωστη.

Σκοπός

Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις επιπτώσεις της ΜΕΘ-VR στην ψυχική υγεία και στην αντιληπτή ποιότητα, ικανοποίηση και βαθμολογία των ασθενών για τη μετέπειτα φροντίδα των ΜΕΘ μεταξύ των επιζώντων της ΜΕΘ COVID-19.

Μέθοδοι

Αυτή ήταν μια πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν είτε στο ICU-VR (παρέμβαση) είτε στην ομάδα ελέγχου. Όλοι οι ασθενείς κλήθηκαν για παρακολούθηση σε μια κλινική 3 μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης χρησιμοποίησαν το ICU-VR. Ένα μήνα και 3 μήνες αργότερα (4 και 6 μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο), η ψυχική υγεία, η ποιότητα ζωής, η αντιληπτή ποιότητα, η ικανοποίηση και η βαθμολογία της μετέπειτα φροντίδας στη ΜΕΘ βαθμολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα

Συμπεριλήφθηκαν ογδόντα εννέα ασθενείς (διάμεση ηλικία 58 έτη, 63 άνδρες, 70%). Ο επιπολασμός και η σοβαρότητα της ψυχολογικής δυσφορίας ήταν περιορισμένα καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης και δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην ψυχολογική δυσφορία ή την ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων. Η ICU-VR βελτίωσε την ικανοποίηση με (μέση βαθμολογία 8,7, SD 1,6 έναντι 7,6, SD 1,6 [ICU-VR έναντι ελέγχου]; $t_{64}=-2,82$, $P=.006$) και τη

συνολική βαθμολογία της μετέπειτα φροντίδας σε ΜΕΘ (μέση συνολική βαθμολογία μετέπειτα φροντίδας 8,9, SD 0,9 έναντι 7,8, SD 1,7 [ICU-VR έναντι ελέγχου]· $t_{64} = -3,25$, $P = .002$). Το ICU-VR βελτίωσε την ποιότητα της μετέπειτα φροντίδας στη ΜΕΘ σύμφωνα με το 81% των ασθενών και όλοι οι ασθενείς θα συνιστούσαν ICU-VR σε άλλους επιζώντες της ΜΕΘ.

Συμπεράσματα

Το ICU-VR είναι μια εφικτή και αποδεκτή καινοτόμος μέθοδος για τη βελτίωση της ικανοποίησης και της βαθμολογίας της φροντίδας που παρέχεται σε ΜΕΘ και της ποιότητά της. Παρατηρήσαμε χαμηλό επιπολασμό ψυχολογικής δυσφορίας μετά από θεραπεία σε ΜΕΘ για COVID-19 και το ICU-VR δεν βελτίωσε την ψυχολογική ανάκαμψη ή την ποιότητα ζωής. Απαιτείται μελλοντική έρευνα για να επιβεβαιώσουμε τα αποτελέσματά μας σε άλλους επιζώντες από σοβαρές ασθένειες για να διευκολύνουμε ενδεχομένως την ευρεία διαθεσιμότητα και εφαρμογή του ICU-VR κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

10. Effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis (2020).

ABSTRACT

Background

Early mobilization is considered a safe and effective therapeutic strategy for accelerating the rehabilitation of patients admitted to the intensive care unit, with a proven benefit for critically ill patients.

Objectives

To evaluate the effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients through a meta-analysis of data pooled from studies meeting the inclusion criteria.

Design

Systematic review and meta-analysis.

Data source

Electronic databases including PubMed, EMBASE, the Cochrane Library, CINAHL, ProQuest, Web of Science, ProQuest Dissertations and Theses, Chinese BioMedical Literature Service System, WANFANG database, CNKI database, and Clinical Trial Register Platform were systematically searched from inception up to December 31, 2019.

Review methods

Study eligibility was independently evaluated by two researchers. The title and abstract of the studies were first screened, and full-text articles of the remaining studies were screened for verification. Methodologic quality and risk of bias of the included studies were evaluated, and data were extracted from eligible studies. The meta-analysis was conducted using Review Manager v5.3 software. Key outcomes are presented as pooled risk ratio, weighted mean difference, and the corresponding 95% confidential interval.

Results

A total of 39 articles were included in the meta-analysis. The results showed that early mobilization improved ventilator-associated pneumonia patients' Medical Research Council score; reduced the incidence of intensive care unit-acquired weakness and intensive care unit-related complications such as ventilator-associated pneumonia, deep vein thrombosis, and pressure sores; and shortened the duration of mechanical ventilation, length of intensive care unit stay and hospital stay. However, there were no statistically significant differences in handgrip strength, delirium rate, intensive care unit mortality, hospital mortality, and physical function- and mental health-related quality of life at 2–3 months and 6 months post-hospital discharge.

Conclusions

Early mobilization was effective in enhancing the recovery of critically ill patients, but more large-scale, multicenter randomized controlled trials are required to further confirm these findings.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Επιδράσεις της έγκαιρης κινητοποίησης στην πρόγνωση των βαρέως πασχόντων ασθενών: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (2020).

Υπόβαθρο

Η έγκαιρη κινητοποίηση θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική στρατηγική για την επιτάχυνση της αποκατάστασης των ασθενών που εισάγονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας, με αποδεδειγμένο όφελος για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Στόχοι

Να αξιολογήσει τις επιπτώσεις της έγκαιρης κινητοποίησης στην πρόγνωση των βαρέως πασχόντων ασθενών μέσω μιας μετα-ανάλυσης δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από μελέτες που πληρούν τα κριτήρια ένταξης.

Σχεδιασμός

Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

Πηγές δεδομένων

Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των PubMed, EMBASE, της Βιβλιοθήκης Cochrane, του CINAHL, του ProQuest, του Ιστού της Επιστήμης, των Διατριβών και Διατριβών ProQuest, του Κινεζικού Συστήματος Υπηρεσιών Βιοϊατρικής Λογοτεχνίας, της βάσης δεδομένων WANFANG, της βάσης δεδομένων CNKI και της Πλατφόρμας Μητρώου Κλινικών Δοκιμών αναζητήθηκαν συστηματικά από την αρχή έως τις 31 Δεκεμβρίου 2019.

Μέθοδοι αξιολόγησης

Η επιλεξιμότητα της μελέτης αξιολογήθηκε ανεξάρτητα από δύο ερευνητές. Ο τίτλος και η περίληψη των μελετών εξετάστηκαν πρώτα και τα άρθρα πλήρους κειμένου των υπόλοιπων μελετών ελέγχθηκαν για επαλήθευση. Αξιολογήθηκε η μεθοδολογική ποιότητα και ο κίνδυνος μεροληψίας των μελετών που συμπεριλήφθηκαν και τα δεδομένα εξήχθησαν από επιλέξιμες μελέτες. Η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το λογισμικό Review Manager v5.3. Τα βασικά αποτελέσματα παρουσιάζονται ως συγκεντρωτική αναλογία κινδύνου, σταθμισμένη μέση διαφορά και το αντίστοιχο εμπιστευτικό διάστημα 95%.

Αποτελέσματα

Συνολικά 39 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έγκαιρη κινητοποίηση βελτίωσε το σκορ Medical Research Council των ασθενών με πνευμονία που σχετίζεται με τον αναπνευστήρα. μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης σωματικής αδυναμίας και επιπλοκών που σχετίζονται με την παραμονή σε ΜΕΘ, όπως πνευμονία που σχετίζεται με αναπνευστήρα, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και κατακλίσεις και μείωσε τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού, τη διάρκεια παραμονής στη μονάδα και γενικά την παραμονή στο νοσοκομείο. Ωστόσο, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη δύναμη των χεριών, το ποσοστό παραληρήματος, τη θνησιμότητα από μονάδα εντατικής θεραπείας, τη θνησιμότητα από την παραμονή στο νοσοκομείο και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική λειτουργία και την ψυχική υγεία στους 2-3 μήνες και 6 μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα

Η έγκαιρη κινητοποίηση ήταν αποτελεσματική στην ενίσχυση της ανάρρωσης των βαρέως πασχόντων ασθενών, αλλά απαιτούνται, πολυκεντρικές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές μεγαλύτερης κλίμακας για την περαιτέρω επιβεβαίωση αυτών των ευρημάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την εμφάνιση μιας σοβαρής ασθένειας οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς χρήζουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Στο σημείο αυτό σημαντικός κρίνεται ο ρόλος του νοσηλευτή, παρέχοντας εντατική φροντίδα με σκοπό την αξιολόγηση και τη θεραπεία των συμπτωμάτων καθώς με την είσοδο των ασθενών στη μονάδα και εξαιτίας της ασθένειας η ποιότητα ζωής τους μειώνεται. Η ποιότητα ζωής των ατόμων επηρεάζεται άμεσα από τη σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση. Αναλυτικότερα, η μείωση της ποιότητας ζωής επέρχεται διότι η ασθένεια με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς επιφέρει επιπτώσεις στη σωματική λειτουργία με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιηθούν διάφορες δραστηριότητες που ενδεχομένως είχαν πριν την εμφάνιση της ασθένειας. Επιπλέον, το άγχος, η κατάθλιψη, η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα, τα μειονεκτικά συναισθήματα που κυριαρχούν καθώς και η μείωση των ικανοτήτων εξαιτίας της σοβαρής ασθένειας αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά δηλαδή μειώνουν την ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών. Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι φροντιστές τους. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές βιώνουν μια νέα πραγματικότητα την οποία και πρέπει να αντιμετωπίσουν. Επιπλέον, υπομένουν και οι ίδιοι σωματική και ψυχολογική εξασθένηση καθώς η φροντίδα των ασθενών αυτών επιφέρει ευθύνες. Τέλος, οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιας ασθένειας ή κατάθλιψης των φροντιστών είναι πολλές, λόγω της εξασθένησης του οργανισμού αλλά και της πίεσης και του άγχους που βιώνουν αντίστοιχα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akranavičiūtė, D., & Ruževičius, J. (2007). Quality of life and its components' measurement. *Engineering economics*, 52 (2).
2. Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden—A critical discussion. *International journal of nursing studies*, 50 (3), pp. 431-441.
3. Beletsioti, C & Niakas, D. (2019). Health-related quality of life in adult population before and after the onset of financial crisis: the case of Athens, Greece. *Quality of Life Research*. [internet 28 August]. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02281-y> [Accessed 25 July].
4. Bento, A. F. G., & Sousa, P. P. (2021). Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 30 (9), pp. 534-538.
5. Bergen T., (2005). The role of the critical care nurse in improving quality of life in ICU survivors. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 16 (4), pp. 22–29.
6. Brown, I., Hatton, C., & Emerson, E. (2013). Quality of life indicators for individuals with intellectual disabilities: Extending current practice. *Intellectual and developmental disabilities*, 51 (5), pp. 316-332.
7. Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., ... & Herridge, M. S., (2016). One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, [internet] 12 May. Available at: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1511160> [Accessed 15 July].
8. Cha, H. J., & Ahn, S., (2019). Impact of environmental stressors on the risk for posttraumatic stress disorder and quality of life in intensive care unit survivors. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 12 (1), pp. 22-35.
9. Chen, Y., Sun, G., Guo, X., Chen, S., Chang, Y., Li, Y., & Sun, Y. (2017). Factors affecting the quality of life among Chinese rural general residents: a cross-sectional study. *Public Health*, 146, pp. 140-147.
10. Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y., (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*, 43 (1), pp. 39-50.

11. Dale, C. M., Carbone, S., Istanbulian, L., Fraser, I., Cameron, J. I., Herridge, M. S., & Rose, L., (2020). Support needs and health-related quality of life of family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and admission to a specialised weaning centre: A qualitative longitudinal interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, [internet] 22 January. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339720300112?via%3Dihub> [Accessed 15 July].
12. Danielis, M., Palese, A., Terzoni, S., & Destrebecq, ALL., (2020). What nursing sensitive outcomes have been studied to-date among patients cared for in intensive care units? Findings from a scoping review. *International Journal of Nursing*, [internet 28 November]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919302986?via%3Dihub> [Accessed 10 August].
13. Di, J., Wang, X., & Chen, J. (2021). Cluster nursing can reduce postoperative delirium and improve the negative emotions and quality of life of elderly ICU patients. *American Journal of Translational Research*, [internet 15 April]. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129372/#_ffn_sectitle [Accessed 3 August].
14. Economou, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stylianidis, S. (2016). The Impact of the Economic Crisis in Greece: Epidemiological Perspective and Community Implications. *Social and Community Psychiatry*, [internet] 15 May. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-28616-7_24 [Accessed 30 June].
15. Elías, M. N., Munro, C. L., Liang, Z., Calero, K., & Ji, M. (2019). Sleep and Intensive Care Unit–Acquired Weakness in Critically Ill Older Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38 (1), pp. 20-28.
16. Fallowfield, L. (2009). What is quality of life. *Hayward Medical Communications*, [internet] May. Available at: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.734.6699&rep=rep1&type=pdf> [Accessed 15 July].
17. Fok, S. K., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of advanced nursing*, 49 (2), pp.173-181.

18. Fuchs, D., Schlipphak, B., Treib, O., Long, L. A. N., & Lederer, M. (2020). Which way forward in measuring the quality of life? A critical analysis of sustainability and well-being indicator sets. *Global Environmental Politics*, 20 (2), pp. 12-36.
19. Grant, J. S., Hunt, C. W., & Steadman, L., (2014). Common caregiver issues and nursing interventions after a stroke. *Stroke*, 45 (8), pp. e151-e153.
20. Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R., (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, pp.67-75.
21. Hofhuis, J. G., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., Bakker, J., & Spronk, P. E., (2009). Health-related quality of life in critically ill patients: how to score and what is the clinical impact?. *Current opinion in critical care*, 15 (5), pp. 425-430.
22. Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3 (1), pp. 7-12.
23. Johnson, P., Chaboyer, W., Foster, M., & van der Vooren, R., (2001). Caregivers of ICU patients discharged home: what burden do they face?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17 (4), pp.219-227.
24. Kelley, A. S. (2014). Defining “serious illness”. *J Palliat Med*, 17 (9), p. 985.
25. Kelley, A. S., & Bollens-Lund, E. (2018). Identifying the population with serious illness: the “denominator” challenge. *Journal of palliative medicine*, [internet] 1 March. Available at: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2017.0548> [Accessed 10 July].
26. Kim, C., Kim, S., Yang, J., & Choi, M. (2019). Nurses' perceived barriers and educational needs for early mobilisation of critical ill patients. *Australian Critical Care*, 32 (6), pp. 451-457.
27. Mabire, J.-B., & Gay, M.-C., (2013). Quality of life in dementia: definitions, difficulties and interest of evaluation. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 11(1), pp.73–81.
28. Mickelson, R. S., Piras, S. E., Brown, L., Carlile, C., Drumright, K. S., & Boehm, L., (2021). The use and usefulness of ICU diaries to support family members of critically ill patients. *Journal of Critical Care*, 61, pp. 168-176.

29. Mitchell, M. L., Coyer, F., Kean, S., Stone, R., Murfield, J., & Dwan, T., (2016). Patient family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review. *Australian Critical Care*, 29 (4), pp.179-193.
30. Mohamed, N. T., Dahroug, A. H., Ahmed, I. M., & Younes, S. A. (2020). Effect of clustered nursing interventions on physiological responses in critically ill patients. *Research and Opinion in Anesthesia and Intensive Care*, 7 (3), pp. 299-307.
31. Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, 43 (7), pp. 891-901.
32. Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *Bmj*, 316, p. 542.
33. Murali, K. P., Yu, G., Merriman, J. D., Vorderstrasse, A., Kelley, A. S., & Brody, A. A. (2021). Latent Class Analysis of Symptom Burden Among Seriously Ill Adults at the End of Life. *Nursing research*, 70 (6), pp. 443–454.
34. Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Simonsson, E., Bäckman, C., Samuelsson, A., & Sjöberg, F. (2010). Pre-existing disease: the most important factor for health related quality of life long-term after critical illness: a prospective, longitudinal, multicentre trial. *Critical Care*, 14 (2), pp. 1-10.
35. Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *Clin Ter*, [internet]. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Marta-Bertolaso/publication/51455603_A_brief_history_of_the_Quality_of_Life_its_use_in_medicine_and_in_philosophy/links/5c9e0bcb299bf111694f3571/A-brief-history-of-the-Quality-of-Life-its-use-in-medicine-and-in-philosophy.pdf [Accessed 7 August].
36. Pequeno, N. P. F., Cabral, N. L. D. A., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & Lyra, C. D. O. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18 (1), pp. 1-13.
37. Ribeiro, Í. J., Pereira, R., Freire, I. V., de Oliveira, B. G., Casotti, C. A., & Boery, E. N. (2018). Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. *Health Professions Education*, 4 (2), pp. 70-77.

38. Santos Monteiro, A. C., Barbosa Maia Dos Santos, M. L., Souza, M. A., & Caires de Oliveira Achili Ferreira, J., (2020). Adapted Crusting Technique in Children with Peristomal Lesions: A Case Series. *Advances in skin & wound care*, 33 (6), pp. 329–333.
39. Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X., & Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (4), pp. 298-311.
40. Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12 (3), pp. 240-249.
41. Slang, R., Finsrud, L. T., & Olsen, B. F. (2020). Nursing interventions in intensive care unit patients with breathing difficulties: A scoping review of the evidence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40 (4), pp. 176-187.
42. Spadaro, S., Capuzzo, M., Valpiani, G., Bertacchini, S., Ragazzi, R., Dalla Corte, F., Volta, C. A., (2016). Fatigue in intensive care survivors one year after discharge. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), p.148.
43. Stretch, B., & Shepherd, S.J. (2021). Criteria for intensive care unit admission and severity of illness. *Surgery (Oxford)*, 39 (1), pp. 22-28.
44. Sullivan, M. (1992). Quality of life assessment in medicine. *Nordic Journal of psychiatry*, 46(2), 79-83.
45. Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), pp. 835-840.
46. Van Pelt, C., Milbrandt, B., Qin, L. Weissfeld, A., Rotondi, J., Schulz., ... & Pinsky, R., (2007). Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*, 175 (2), pp. 167–173.
47. Vlaker, J. H., Van Bommel, J., Wils, E. J., Korevaar, T. I., Hellemons, M. E., Schut, A. F., ... & Van Genderen, M. E., (2021). Effect of intensive care unit-specific virtual reality (ICU-VR) to improve psychological well-being and quality of life in COVID-19 ICU survivors: a study protocol for a multicentre, randomized controlled trial. *Trials*, 22 (1), pp. 1-12.
48. Wang, J., Ren, D., Liu, Y., Wang, Y., Zhang, B., & Xiao, Q., (2020). Effects of early mobilization on the prognosis of critically ill patients: A systematic review and meta-

analysis. *International Journal of Nursing Studies*, [internet] 11 July. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920301942?via%3Dihub> [Accessed 7 August].

49. Wright, K. B., Banas, J. A., Bessarabova, E., & Bernard, D. R., (2010). A communication competence approach to examining health care social support, stress, and job burnout. *Health Communication*, 25(4), pp.375-382.
50. Zale, E. L., Heinhuis, T. J., Tehan, T., Salgueiro, D., Rosand, J., & Vranceanu, A. M., (2018). Resiliency is independently associated with greater quality of life among informal caregivers to neuroscience intensive care unit patients. *General hospital psychiatry*, 52, pp. 27-33.
51. Zhang, Y., Wang, S., Zhang, X., Zhang, W., & Wang, X. (2020). Incidence and influencing factors of medical adhesive-related skin injury in critically ill patients. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(5), pp. 260-266.
52. Zhou, W., Shi, B., Fan, Y., & Zhu, J., (2020). Effect of early activity combined with early nutrition on acquired weakness in ICU patients. *Medicine*, [internet] 17 July. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7373518/#_ffn_sectitle [Accessed 7 August].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ευαγγέλου, Ε. (2015). Η χρήση της μεθοδολογικής τριγωνοποίησης στην έρευνα της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων που ζουν στην κοινότητα. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, [internet]. Available at: http://ejst.uniwa.gr/issues/issue_35/Euaggelou_35.pdf [Accessed 30 August].
2. Μαλλιαρού, Μ., Αγόρη, Α., Σαράφης, Π., & Κοτρώτσιου, Ε. (2012). Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Σακχαρώδη Διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5 (1), σσ. 45-55.
3. Νάκος, Γ., Καραχάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωστάντη, Ε., Λαχανά, Α., ... & Τσαγκάρης, Η. (2016). Βαθμολογικές κλίμακες αξιολόγησης της βαρύτητας των σοβαρά πασχόντων ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. *Kallipos*, [internet]. Available at: <https://repository-web.kallipos.gr/handle/11419/858> [Accessed 10 July].
4. Ντάγανου, Μ., & Κυριακούδη, Α. (2016). ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. *Kallipos*, [internet]. Available at: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5954> [Accessed 10 July].
5. Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 18 (3) σσ. 279-287.
6. Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 18(3), σσ. 218-229.