



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οικογένεια και ΜΕΘ-Ο ρόλος του νοσηλευτή

Φοιτήτρια:

Παναγιωτίδου Σοφία (ΑΜ:926)

Επόπτρια:

Κωνσταντή Ζωή, Νοσηλεύτρια MSc,PhD

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	6
1.1 Ορισμοί (ΜΕΘ – ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ).....	6
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	7
1.3 Είδη ΜΕΘ.....	8
1.4 Στελέχωση ΜΕΘ	9
1.5 Κριτήρια Εισαγωγής ΜΕΘ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	17
2.1 Ορισμοί (Οικογένεια -φροντιστές – άτυποι φροντιστές)	17
2.2 Ιστορική Αναδρομή.....	18
2.3 Επιπτώσεις στην οικογένεια όταν μέλος τους νοσηλεύεται στην ΜΕΘ	19
2.4 Ανάγκες οικογένειας ασθενών της ΜΕΘ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	21
3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ.....	21
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην στήριξη και ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών στην ΜΕΘ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	30
4.1 Σκοπός.....	30
4.2 Υλικό και Μέθοδος.....	30
4.3 Αποτελέσματα.....	30
4.4 Συμπεράσματα.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η απροσδόκητη εισαγωγή και παραμονή ενός ασθενή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επιφέρει τρομερές αλλαγές τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένεια του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η διερεύνηση του αντίκτυπου που παρατηρείται στην οικογένεια του ασθενή λόγω της νοσηλείας του στην ΜΕΘ, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του.

Υλικό – Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed καθώς και σε νοσηλευτικά βιβλία. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι από τα τμήματα του νοσοκομείου όπου έχει τεράστια σημασία για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή αφού εκεί νοσηλεύονται βαρέους πάσχοντες ασθενείς. Για αυτόν τον λόγο παρατηρούμε ότι η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλη την διάρκεια νοσηλείας του ασθενή και επηρεάζεται και αυτή εκτός από τον ίδιο τον ασθενή.

Συμπεράσματα: Προκειμένου ο νοσηλευτής της ΜΕΘ να υποστηρίξει και να ικανοποιεί τις ανάγκες της οικογένειας και του ίδιου του ασθενή θα πρέπει να επικεντρώνεται τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Αυτό θα συμβεί μέσα από την σωστή εκπαίδευση του και στην ικανότητά του να καταλαβαίνει και να κατανοεί τις ανάγκες της οικογένειας.

Λέξεις – κλειδιά: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οικογένεια, φροντιστές, επιπτώσεις, νοσηλευτική στη ΜΕΘ

ABSTRACT

Introduction: The unexpected admission and stay of a patient in the Intensive Care Unit brings terrible changes to himself as much as his family.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the literature on the Intensive Care Unit, to investigate the impact on the patient's family due to his hospitalization in the ICU and the role of the nurse for the patient and his family.

Material and Method: It was conducted a review of Greek and international literature in the electronic databases Google Scholar, PubMed and in nursing books. The material of this study consisted of selected articles published in English and Greek.

Results: The Intensive Care Unit is one of the wards of the hospital where it is of great importance for the development of the patient's health since there are critical ill patients. For this reason, we observe that the family plays an important role throughout the patient's hospitalization and is also affected.

Conclusions: For the ICU nurse to support and satisfies the needs of the patient's family, they should focus equally on the patient and his family. This will happen through his proper education and his ability to understand and comprehend the needs of the family.

Key words: Intensive Care Unit, Family, Caregivers, Impacts, ICU nursing.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί αντικείμενο βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα διότι θεωρώ πως γενικά οι νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων αλλά και ιδιαιτέρως οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είναι απαραίτητο να μην επικεντρώνονται πάντα μόνο στον ασθενή αλλά αντιθέτως να φροντίζουν τόσο τον ίδιο όσο και την οικογένεια του. Από προσωπική εμπειρία έχω διαπιστώσει ότι στην χώρα μας παρόλο που βλέπουμε έντονα τόσο στην καθημερινή ζωή όσο και σε περιπτώσεις νοσηλείας την παρουσία και την αξία της οικογένειας πολλές φορές στα νοσοκομεία υπάρχει ενδιαφέρον αποκλειστικά για τον άρρωστο και όχι και για το οικογενειακό του περιβάλλον. Για αυτό τον λόγο διάλεξα να διερευνήσω για την πτυχιακή μου τις ανάγκες όχι μόνο του ασθενή αλλά και της οικογένειας του και το πως ο νοσηλευτής μπορεί να ικανοποιήσει στο μεγαλύτερο δυνατό αυτές τις ανάγκες. Μελετώντας την παρούσα πτυχιακή θα διακρίνετε ότι χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρέχονται πληροφορίες σχετικά με το τι ορίζεται Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και τι εντατική θεραπεία καθώς και την ιστορική αναδρομή, το πως δηλαδή ξεκίνησε η αντίληψη της ΜΕΘ και πως αναπτύχθηκε στο πέρασμα του χρόνου. Επιπλέον, γίνεται αναφορά για τα είδη της ΜΕΘ και την οργάνωση της καθώς και τα κριτήρια εισαγωγής ενός ασθενή στην ΜΕΘ. Συνεχίζοντας στο δεύτερο κεφάλαιο επικεντρωνόμαστε στην οικογένεια και πιο συγκεκριμένα στο τι ορίζουμε ως οικογένεια, τι επιπτώσεις προκαλούνται στην οικογένεια από μία νοσηλεία στην ΜΕΘ καθώς και τις ανάγκες αυτής της οικογένειας. Εν συνεχεία στο τρίτο κεφάλαιο διερευνούμε τον ρόλο του νοσηλευτή τόσο στην ΜΕΘ και τον ίδιο τον ασθενή όσο και τον ρόλο του να στηρίζει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες της οικογένειας του. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας όπου παρουσιάζεται η διερεύνηση της οικογένειας με την ΜΕΘ όπου μέσα από την αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων επιλέχτηκαν 10 άρθρα τα οποία αναλύονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ορισμοί (ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΜΕΘ)

Η εντατική θεραπεία είναι ένας κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ'εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξέα απειλητικά για τη ζωή νοσήματα μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Επιπλέον, περιλαμβάνει την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών. Με λίγα λόγια εντατική θεραπεία είναι η εξάντληση των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών, ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή. (Ασκητοπούλου Ε., 2004)

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένα αυτόνομο τμήμα της νοσοκομειακής μονάδας όπου απαρτίζεται από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εξελιγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό και έχει σκοπό την παρακολούθηση, την φροντίδα και την θεραπεία των βαριά πασχόντων νοσηλευόμενων ασθενών. Σκοπός της ΜΕΘ, είναι 24ωρη υποστήριξη και παρακολούθηση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων και συστημάτων του οργανισμού των βαρέως πασχόντων ασθενών, που δυσλειτουργούν ή δεν επαρκούν έτσι ώστε να διεξαχθεί πλήρης διαγνωστικός έλεγχος και να εφαρμοσθεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική αντιμετώπιση (Vincent J.L., 1994).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Κατά τον 15^ο αιώνα, ο Andreas Vesalius στο κλασικό του έργο *De Humani Corporis Fabrica* καταγράφει την διαδικασία ενός πειράματος κατά την οποία ένα ζώο διατηρήθηκε εν ζωή με ρυθμική εμφύσηση αέρα στην τραχεία. Το πείραμα αυτό θεωρείται ότι είναι η πρώτη καταγεγραμμένη επιστημονική προσπάθεια διατήρησης της ζωής με τεχνητά μέσα. Τρεις αιώνες μετά, κατά την διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου (1854-1856) η νοσηλεύτρια Florence Nightingale ήταν η πρώτη όπου εφάρμοσε μια θεμελιώδη μορφή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Grenvik, 2002). Εν συνεχεία, κατά την διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου δημιουργήθηκαν οι τότε λεγόμενοι «θάλαμοι σοκ» στους οποίους παρακολουθούνταν οι στρατιώτες που είχαν τραυματιστεί σοβαρά στην μάχη και ύστερα από σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις. Σκοπός των θαλάμων σοκ ήταν σαφώς η αποκατάσταση της υγείας των στρατιωτών μέσω της συνεχούς παρακολούθησης και της εντατικής φροντίδας από το προσωπικό (Lee, 1995, Grenvik, 2002). Παρόλο αυτά η ΜΕΘ με την σημερινή της μορφή κάνει της πρώτη της εμφάνιση το 1950 τόσο σε Ευρωπαϊκά όσο και σε Αμερικάνικα νοσοκομεία με αφορμή την επιδημία της πολιομυελίτιδας, όπου και χρησιμοποιείται η αναπνευστική υποστήριξη μέσω της τραχειοστομίας. Οκτώ χρόνια μετά, το 1958 ο Peter Safar στο Baltimore City Hospital εισάγει στη ΜΕΘ την 24ωρη παρακολούθηση των ασθενών. Προχωρώντας, το 1970 ο Peter Safar, ο Max Harry Weil και ο William Shoemaker μαζί με ακόμη 25 ειδικούς ιδρύουν την «Society of Critical Care Medicine» (Εταιρεία Ιατρικής Κρίσιμης Φροντίδας) και ορίζουν την «Critical Care Medicine» ως πολυεπιστημονική ειδικότητα υγειονομικής φροντίδας που νοιάζεται για ασθενείς με βαριά τραυματισμούς και με οξείες απειλητικές για την ζωή ασθένειες (Grenvik, 2002). Την δεκαετία του 80', έγιναν οι πρώτες προσπάθειες στις ΗΠΑ για περεταίρω εξειδίκευση και εκπαίδευση του προσωπικού το οποίο θα απασχολούνταν στις ΜΕΘ. Έτσι λοιπόν άρχισαν να δημιουργούνται μονάδες οι οποίες είχαν διεπιστημονικό χαρακτήρα και μέσα λειτουργούσαν διάφορες ειδικότητες ανάλογα με το ποιες ανάγκες είχε ο κάθε ασθενής. Με αυτό τον τρόπο επισημάνθηκε η ανάγκη για περεταίρω εξειδίκευση της ΜΕΘ και δημιουργήθηκαν ειδικές μονάδες όπως νευρολογική, παιδιατρική, καρδιολογική και άλλες (Grenvik, 2002). Τέλος κατά τις τελευταίες δεκαετίες η ΜΕΘ αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα τμήματα του νοσοκομείου όπου απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό, υψηλή τεχνολογία και παρέχει υψηλού

βαθμού φροντίδα. Επιπλέον ζητήματα που απασχολούν το προσωπικό των σύγχρονων μονάδων είναι οι νέες προοπτικές της ΜΕΘ, η δωρεά οργάνων, η περεταίρω εξειδίκευση του προσωπικού, η συστηματική ψυχολογική στήριξη των οικογενειών (Clarke, 2000).

Αναφορικά με την Ελλάδα μια πρώτη μορφή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας δημιουργείται το 1958 από την Σαπφώ Μαγκριώτη, η οποία εφοδιάστηκε με αναπνευστήρες ύστερα από αίτηση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού στον αντίστοιχο Ελβετικό. Τρία χρόνια μετά και αφού η Σαπφώ Μαγκριώτη έχει εκπαιδευτεί επαρκώς ιδρύει το πρώτο κέντρο εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», όπου ονομάστηκε Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΚΑΑ). Εν συνεχεία, το 1978 ιδρύεται η πρώτη γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο «Λαϊκό» νοσοκομείο και έκτοτε ιδρύθηκαν ΜΕΘ και στα υπόλοιπα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων. (Κυριακοπούλου Μ., 2015)

1.3 Είδη ΜΕΘ

Οι ΜΕΘ ανάλογα με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν χωρίζονται σε δύο κατηγορίες στις πολυδύναμες ή γενικές και στις ειδικές.

A. Πολυδύναμες ή Γενικές

Είναι οι ΜΕΘ που νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων, καλύπτουν όλες τις ανάγκες αυτών των ασθενών και παρέχουν ολική κάλυψη στο νοσοκομείο. Οι μονάδες αυτές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες.

- 1. ΜΕΘ επιπέδου I:** Αυτές οι μονάδες τοποθετούνται σε μικρά τοπικά νοσοκομεία και λειτουργούν κυρίως ως Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.). Προσφέρουν νοσηλευτική παρακολούθηση, υπάρχει δυνατότητα άμεσης αναζωογόνησης και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.
- 2. ΜΕΘ επιπέδου II:** Αυτές οι μονάδες συναντώνται σε μεγαλύτερα γενικά νοσοκομεία με δυνατότητα 24ωρη ιατρική παρακολούθησης. Εδώ παρέχεται μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Επιπλέον, ανά πάσα στιγμή είναι δυνατή και η παθολογική, φυσιοθεραπευτική και ακτινολογική υποστήριξη.
- 3. ΜΕΘ επιπέδου III:** Εντοπίζονται στα τριτοβάθμια νοσοκομεία και καλύπτουν όλο το φάσμα της εντατικής θεραπείας. Αποτελεί μία μονάδα η οποία χάρη στον κατάλληλο εξοπλισμό αλλά και λόγω του εξειδικευμένου

ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και τεχνικού προσωπικό μπορεί να αντιμετωπίσει ανά πάσα στιγμή οποιοδήποτε περιστατικό. Ενώ τέλος, παρέχει ακόμη και σύνθετη διαγνωστική και θεραπευτική υποστήριξη.

(Ε. Μουλούδη Δ. ,2001)

B. Ειδικές

Είναι ΜΕΘ οι οποίες παρέχουν εξειδίκευση στην φροντίδα που προσφέρουν και ανάλογα με το είδος της κάθε μονάδας προσφέρει και την ανάλογη ειδική φροντίδα στις ειδικές περιπτώσεις ασθενών. Για τον λόγο αυτό, οι ειδικές διακρίνονται ως εξής:

- ΜΕΘ Μετεγχειρητική
- ΜΕΘ Εμφραγμάτων
- ΜΕΘ Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
- ΜΕΘ Νεογνική
- ΜΕΘ Παιδιατρική
- Καρδιοχειρουργική Μονάδα
- Νευροχειρουργική Μονάδα
- Μονάδα Εγκαυμάτων
- Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας
- Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)
- Κινητή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

(Σπυρόπουλος Β., 2015)

1.4 Στελέχωση ΜΕΘ

Οι υπηρεσίες της ΜΕΘ παρέχονται σε 24ωρη και καθημερινή βάση ανεξαρτήτως αργιών. Ο ρυθμός απόδοσης και διακίνησης των περιστατικών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας πρέπει να παρέχεται στο μέγιστο δυνατό για αυτό και η στελέχωση μιας ΜΕΘ θα πρέπει να είναι πλήρως ικανοποιητική τόσο σε ποιοτικό επίπεδο όσο και σε ποσοτικό. Έτσι λοιπόν, η στελέχωση της ΜΕΘ απαρτίζεται από το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το παραϊατρικό-τεχνικό προσωπικό. (Ρούσσος Χ., 2009)

A. Ιατρικό προσωπικό

- Ο Διευθυντής της ΜΕΘ έχει τη διοικητική και ιατρική ευθύνη μόνο της ΜΕΘ και δεν θα πρέπει να κατέχεται παράλληλα με άλλες θέσεις ευθυνών ανώτατου επιπέδου σε άλλα τμήματα. Ο ρόλος του είναι τόσο να φροντίζει για την σωστή λειτουργία του τμήματος όσο και το να καθοδηγεί το υπόλοιπο προσωπικό. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να αξιοποιείται σωστά και πλήρως ο εξειδικευμένος εξοπλισμός της μονάδας και να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των υπαλλήλων (Ρούσσος Χ., 2009).
- Οι Επιμελητές Α' και Β' πρέπει να είναι ειδικευμένοι γιατροί. Μπορούν και συμμετέχουν στο έργο του διευθυντή αφού είναι αυτοί που επιτηρούν το τμήμα και καθοδηγούν και ελέγχουν το έργο των ασκούμενων ιατρών και νοσηλευτών. Επιπλέον, θα πρέπει να έχουν και την δυνατότητα να αντικαταστήσουν αν χρειαστεί τον Διευθυντή του τμήματος και αυτό φυσικά γίνεται με το να διαθέτουν την απαραίτητη τεχνογνωσία του ιδιαίτερου αυτού τομέα της ΜΕΘ (Ρούσσος Χ., 2009).
- Οι Εξειδικευμένοι απασχολούνται σε τακτικά ωράρια και σε εφημερίες, ενώ οι Ειδικευόμενοι εργάζονται σε πλήρες ωράριο και εφημερίες καθώς στόχος τους είναι να αποκτήσουν την τεχνογνωσία της Εντατικής Θεραπείας (Ρούσσος Χ., 2009).

B. Νοσηλευτικό προσωπικό

- Ο Προϊστάμενος διευθύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και φροντίζει για την σωστή λειτουργία της Μονάδας καθώς και για την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Είναι υπεύθυνη για την εξασφάλιση, την ασφάλεια και τη συντήρηση τόσο για τις καθημερινές

προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού όσο και για τον ίδιο τον εξοπλισμό που πρέπει να διαθέτει μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, οφείλει να συνεργάζεται πλήρως και να βρίσκεται σε στενή επαφή με την αναπληρώτρια ειδικευόμενη νοσηλεύτρια σε περιπτώσεις που απουσιάζει. Για αυτό λοιπόν είναι φανερό ότι ο προϊστάμενος θα πρέπει να διαθέτει όλες τις απαραίτητες εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με την το ειδικό αυτό τμήμα που πρέπει να διοικήσει (Ρούσσος Χ., 2009).

- Οι Νοσηλευτές για να εργαστούν σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι απαιτούμενο να κατέχουν εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία και την επείγουσα ιατρική. Ασκούν πλήρη απασχόληση και ο επαρκής αριθμός νοσηλευτών ανά κρεβάτι εξαρτάται από το επίπεδο της ΜΕΘ καθώς θα πρέπει να εξασφαλίζεται σωστά η εικοσιτετράωρη κάλυψη όλων των αναγκών της Μονάδας (Ρούσσος Χ., 2009).

Γ. Παραϊατρικό-τεχνικό προσωπικό

- Οι Φυσικοθεραπευτές είναι απαραίτητοι στη ΜΕΘ σε όλα τα ωράρια της. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νοσηλείας του ασθενή και η έλλειψη του μπορεί να επεκτείνει την νοσηλεία του ασθενή ή ακόμη και να προκαλέσει επιπλοκές. Ο μέγιστος αριθμός κρεβατιών που μπορεί να αναλάβει σε κάθε βάρδια είναι δώδεκα (Ρούσσος Χ., 2009).
- Στο βοηθητικό προσωπικό μιας ΜΕΘ συγκαταλέγονται οι βοηθοί θαλάμου, ο τραυματιοφορέας και η καθαρίστρια. Οι Βοηθοί θαλάμου είναι απαραίτητοι για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας όλο το εικοσιτετράωρο και η κυριότερη αρμοδιότητα τους είναι η καθαριότητα των ασθενών πάντα φυσικά σε συνεργασία με τους νοσηλευτές. Ο Τραυματιοφορέας είναι υπεύθυνος για την μεταφορά των ασθενών καθώς και υλικού ή δειγμάτων οποιαδήποτε στιγμή. Η Καθαρίστρια είναι υπεύθυνη για την καθαριότητα και την υγιεινή του τμήματος, κάτι το οποίο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Ρούσσος Χ., 2009).
- Το Τεχνικό προσωπικό είναι εξολοκλήρου υπεύθυνο για την ρύθμιση, την συντήρηση και τυχόν επισκευή του εξοπλισμού και πρέπει να είναι διαθέσιμο οποιαδήποτε στιγμή όλο το εικοσιτετράωρο (Ρούσσος Χ., 2009).

- Τέλος, διαθέσιμοι όλο το 24ωρο πρέπει να είναι και οι τεχνικοί ακτινολόγοι, ηλεκτρολόγοι, υδραυλικοί και τεχνίτες ειδικοί στην βιοϊατρική τεχνολογία (Ρούσσοι Χ., 2009).

1.5 Κριτήρια εισαγωγής ΜΕΘ

Οι ασθενείς που εισάγονται στις ΜΕΘ είναι βαρέως πάσχοντες, ασθενείς δηλαδή που έχουν ανάγκη από μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και των ζωτικών λειτουργιών χρησιμοποιώντας τεχνολογίες και επιθετικές παρεμβάσεις για την διατήρηση της ζωής και τη βελτίωση της κλινικής τους κατάστασης. Οι ΜΕΘ είναι δαπανηρές και ως εκ τούτου η αποτελεσματική χρησιμοποίησή τους και η διατήρηση της ιδανικής ποιότητας φροντίδας είναι αναμφισβήτητα σημαντικές. Λόγω, λοιπόν, του υψηλού κόστους που συνδέεται με την νοσηλεία σε ΜΕΘ ήταν σημαντικό να καθοριστούν και στην συνέχεια να εφαρμοστούν κάποια κριτήρια διαλογής (triage) των ασθενών. (Μάσσα Ε., 2019) Έτσι λοιπόν, έχουν δημιουργηθεί τρία μοντέλα κριτηρίων εισαγωγής στη ΜΕΘ τα οποία είναι τα εξής:

1. **Μοντέλο προτεραιότητας**
2. **Μοντέλο διάγνωσης**
3. **Μοντέλο φυσιολογικών μεταβλητών**

1)Μοντέλο προτεραιότητας

Αυτό το μοντέλο ξεχωρίζει εκείνους που θα ωφεληθούν περισσότερο από την ΜΕΘ (προτεραιότητα 1) από εκείνους που δεν θα ωφεληθούν καθόλου. (προτεραιότητα 4)

- Ασθενείς Προτεραιότητας 1:

Βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, έχουν ανάγκη από εντατική θεραπεία και παρακολούθηση. Οι θεραπείες αυτών των ασθενών αποτελούνται κυρίως από αναπνευστική υποστήριξη και συνεχή έγχυση αγγειοδραστικών φαρμάκων χωρίς να τίθεται κανένα όριο στην έκταση αυτών των θεραπειών. Έτσι λοιπόν, αυτή η κατηγορία αποτελείται κυρίως από ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, με αιμοδυναμική αστάθεια ή ακόμη και μετεγχειρητικούς ασθενείς (Ζακυνθινός Σ., 2015).

- Ασθενείς Προτεραιότητας 2:

Είναι ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται εντατική παρακολούθηση χωρίς να τίθενται όρια στην υποστήριξη και την θεραπεία που θα τους παρέχεται. Είναι κυρίως ασθενείς με χρόνια ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν οξεία σοβαρή ιατρική ή χειρουργική νόσο (Ζακυνθινός Σ., 2015).

- Ασθενείς Προτεραιότητας 3:

Βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση αλλά η πιθανότητα ανάρρωσης είναι χαμηλή λόγω υποκείμενων νοσημάτων ή ακόμη και λόγω της φύσης της ίδιας της οξείας ασθένειάς τους. Αυτοί λαμβάνουν μεν εντατική θεραπεία όμως σε αυτούς τους ασθενείς τίθενται όρια στις θεραπευτικές προσπάθειες (δεν τους γίνεται διασωλήνωση ή καρδιοπνευμονική ανάνηψη). Σε αυτήν την κατηγορία λοιπόν, συναντάμε ασθενείς με μεταστατική κακοήθεια που περιπλέκεται από λοίμωξη ή καρδιακό επιπωματισμό ή απόφραξη των αεραγωγών (Ζακυνθινός Σ., 2015).

- Ασθενείς Προτεραιότητας 4:

Είναι οι ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι για εισαγωγή στη ΜΕΘ. Η είσοδός τους γίνεται με ατομικά κριτήρια και υπό την κρίση του Διευθυντή της ΜΕΘ. Διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

A) « πολύ καλά για να επωφεληθούν από την ΜΕΘ»: ασθενείς με μικρό ή και καθόλου αναμενόμενο όφελος από την ΜΕΘ καθώς παρατηρείται ελάχιστη πιθανότητα να χρειαστούν θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες δεν θα μπορούσαν να γίνουν και σε ένα περιβάλλον μη-ΜΕΘ.

B) « πολύ βαριά για να επωφεληθούν από την ΜΕΘ»: ασθενείς με μη αναστρέψιμη και τελικού σταδίου ασθένεια όπου επίκειται και ο θάνατος (Ζακυνθινός Σ., 2015).

2)Μοντέλο Διάγνωσης

Αυτό το μοντέλο χρησιμοποιεί συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις ή νόσους για τον προσδιορισμό της

καταλληλότητας εισόδου στη ΜΕΘ. Τέτοιες διαγνώσεις περιλαμβάνουν:

A)Καρδιαγγειακό σύστημα

1. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με επιπλοκές
2. Καρδιογενή καταπληξία
3. Αρρυθμίες που απαιτούν στενή αιμοδυναμική παρακολούθηση και ιατρική παρέμβαση
4. Οξεία συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με αναπνευστική ανεπάρκεια ή/και ανάγκη για αιμοδυναμική υποστήριξη
5. Υπερτασικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης
6. Ασταθή στηθάγχη, ιδιαίτερα με αρρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια, ή επίμονο πόνο στο στήθος
7. Καρδιακή ανακοπή

8. Καρδιακό επιποματισμό ή περιοριστική νόσο με αιμοδυναμική αστάθεια
9. Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής
10. Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Β) Αναπνευστικό σύστημα

1. Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί αναπνευστική υποστήριξη
2. Πνευμονική εμβολή με αιμοδυναμική αστάθεια
3. Ασθενείς σε μονάδα ενδιάμεσης φροντίδας που εμφανίζουν αναπνευστική επιδείνωση
4. Ανάγκη για νοσηλευτική αναπνευστική φροντίδα που δεν είναι διαθέσιμη σε χώρους ενδιάμεσης ή χαμηλότερης φροντίδας
5. Μαζική αιμόπτυση (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Γ) Νευρικό σύστημα

1. Οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης
2. Κώμα μεταβολικής, τοξικής ή ανοξαιμικής αιτιολογίας
3. Ενδοκρανιακή αιμορραγία με πιθανότητα εγχολεασμού
4. Οξεία υπαραχνοειδή αιμορραγία
5. Μηνιγγίτιδα με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή αναπνευστική δυσλειτουργία
6. Διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος ή νευρομυϊκές διαταραχές με επιδείνωση της νευρολογικής ή πνευμονικής λειτουργίας
7. Επιληπτική κατάσταση (status epilepticus)
8. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου σε ασθενείς υποψήφιους για δωρεά οργάνων
9. Εγκεφαλικό αγγειόσπασμο
10. Σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Δ) Υπερδοσολογία φαρμάκων

1. Με αιμοδυναμική αστάθεια
2. Με σημαντική μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή/και με ανεπαρκή προστασία των αεροφόρων οδών
3. Με σπασμούς (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Ε) Γαστρεντερικό σύστημα

1. Αιμορραγία πεπτικού απειλητική για τη ζωή που προκαλεί υπόταση ή στηθάγχη, που παρατείνεται ή εμφανίζεται σε ασθενή με συννοσηρότητες
2. Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια
3. Σοβαρή παγκρεατίτιδα

4. Διάτρηση οισοφάγου με ή χωρίς μεσοθωρακίτιδα (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Ζ)Ενδοκρινικό σύστημα και διαταραχές του μεταβολισμού και των ηλεκτρολυτών

1. Διαβητική κετοξέωση που περιπλέκεται από αιμοδυναμική αστάθεια, μεταβολή της νοητικής κατάστασης, αναπνευστική ανεπάρκεια, ή σοβαρή οξέωση
2. Θυρεοειδική θύελλα ή μυξοιδηματικό κώμα με αιμοδυναμική αστάθεια
3. Υπερωσμοτική κατάσταση με κώμα ή/και αιμοδυναμική αστάθεια
4. Άλλα ενδοκρινολογικά προβλήματα, όπως επινεφριδική κρίση με αιμοδυναμική αστάθεια
5. Σοβαρή υπερασβεστιαμία με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, ή/και χρήζουσα αιμοδυναμική παρακολούθηση
6. Υπό-ή υπερνατριαμία με επιληπτικές κρίσεις ή μεταβολή του επιπέδου συνείδησης
7. Υπό-ή υπερμαγνησισαιμία με αιμοδυναμική επιβάρυνση ή αρρυθμίες
8. Υπό-ή υπερκαλιαιμία με αρρυθμίες ή μυϊκή αδυναμία
9. Υποφωσφαταιμία με μυϊκή αδυναμία (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Η)Χειρουργικές καταστάσεις

1. Μετεγχειρητικοί ασθενείς που χρειάζονται αιμοδυναμική παρακολούθηση, αναπνευστική υποστήριξη ή εκτεταμένη νοσηλευτική φροντίδα (Ζακυνθινός Σ., 2015)

ΣΤ)Διάφορα

1. Σηπτική καταπληξία
2. Ενδείξεις συνεχούς αιμοδυναμικής παρακολούθησης

3)Μοντέλο φυσιολογικών παραμέτρων

Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε αντικειμενικές παραμέτρους των οποίων οι τιμές έχουν προκαθοριστεί εν μέρει αυθαίρετα από συγκεκριμένα νοσοκομεία και μπορούν να τροποποιηθούν ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες.

Α)Ζωτικά σημεία

1. <40 ή>150 σφίξεις / λεπτό
2. Συστολική αρτηριακή πίεση <80 mmHg ή 20 mmHg κάτω από τη συνήθη πίεση του ασθενούς
3. Μέση αρτηριακή πίεση <60 mmHg
4. Διαστολική αρτηριακή πίεση >120 mmHg
5. Αναπνευστική συχνότητα >35 αναπνοές / λεπτό (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Β)Εργαστηριακές τιμές (σε πρόσφατο έλεγχο)

1. Νάτριο ορού <110 mEq / L ή >170 mEq / L
2. Κάλιο ορού <2,0 mEq / L ή >7.0 mEq / L
3. PaO₂<50 mmHg
4. PH <7.1 ή >7.7
5. Γλυκόζη ορού >800 mg / dl
6. Ασβέστιο ορού >15 mg / dl
7. Τοξικά επίπεδα φαρμάκου ή άλλης χημικής ουσίας σε ασθενή με αιμοδυναμική ή νευρολογική επιβάρυνση (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Γ)Απεικονιστικά ευρήματα (σε πρόσφατο έλεγχο)

1. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, θλάση ή υπαραχνοειδής αιμορραγία με μεταβολή του επιπέδου συνείδησης ή εστιακά νευρολογικά σημεία
2. Ρήξη κοίλου σπλάχνου, ουροδόχου κύστης, ήπατος, κιστών οισοφάγου ή μήτρας, με αιμοδυναμική αστάθεια
3. Διαχωρισμός αορτής (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Δ)Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα

1. Έμφραγμα του μυοκαρδίου με σύνθετες αρρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
2. Εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή
3. Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός με αιμοδυναμική αστάθεια (Ζακυνθινός Σ., 2015)

Ε)Ευρήματα από την κλινική εξέταση (με οξεία έναρξη)

1. Ανισοκορία σε ασθενή με πτώση επιπέδου συνείδησης
2. Έγκαυμα >10% επιφάνειας σώματος (Body Surface Area, BSA)
3. Ανουρία
4. Απόφραξη αεραγωγού
5. Κώμα
6. Σπασμοί
7. Κυάνωση
8. Καρδιακός επιπωματισμός (Ζακυνθινός Σ., 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Ορισμοί (Οικογένεια - φροντιστές - άτυποι φροντιστές)

Οικογένεια είναι το σύνολο των ατόμων, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με πολύ στενό συγγενικό δεσμό (αίματος, γάμου, υιοθεσίας) και κατά βάση ζουν στην ίδια κατοικία (Λεξικό της κοινής νεοελληνικής, 2006-2008). Στο χώρο της υγείας, ωστόσο, «ο όρος είναι ευρύς και περιλαμβάνει όχι μόνο τους νόμιμους συγγενείς, αλλά και όλα τα άτομα που μπορεί να έχουν μια σημαντική σχέση με τον άρρωστο και να συνδέονται μαζί του με βιολογικό, ή άλλο συναισθηματικό δεσμό» (Χαλκίδη και συν., 2016).

Φροντίδα είναι το σύνολο ενεργειών που πραγματοποιούνται με σκοπό την βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας του ασθενή καθώς ακόμη και για την ανακούφισή του. Φροντίδα είναι το ενδιαφέρον, η προσοχή, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία και η επαγρύπνηση για το άτομο. Στην φροντίδα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο οι ανθρώπινες αρετές και αξίες, η ευγένεια, η καλοσύνη, η αγάπη και ο αλτρουισμός. (Κουλούρη & Ρούπα, 2008). Οι das Gracas και dos Santos (2009) αναφέρουν την Boff ερμηνεία της φροντίδας η οποία περιγράφει την φροντίδα ως μια στάση και όχι απλά μια πράξη. Παύει να περιλαμβάνει μόνο μια στιγμή προσοχής, ζήλου και αφοσίωσης, αλλά αντιθέτως αντιπροσωπεύει μία στάση εργασίας, ανησυχίας, ευθύνης και συναισθηματικής εμπλοκής με τον άλλο. Επίσης βασιζόμενοι στη σκέψη του Martin Heidegger, τονίζουν ότι η φροντίδα πρέπει να γίνει κατανοητή ως ένα βασικό οντολογικό-υπαρξιακό φαινόμενο. Ένα φαινόμενο που καθιστά δυνατή την ανθρώπινη ύπαρξη και όπου «χωρίς φροντίδα παύουμε να είμαστε άνθρωποι». (Gracas & Santos, 2009)

Η Βλαχογιάννη (2013) αναφέρει ότι ως φροντιστής μπορεί να οριστεί ένα άτομο το οποίο προσφέρει υποστήριξη τόσο για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του όσο και για τη συντροφικότητα και αναλαμβάνει αυτό “το έργο” είτε εθελοντικά είτε με αμοιβή. Οι Redfern και Ross (2011) χωρίζουν τους φροντιστές σε δύο κατηγορίες, τους επίσημους (τυπικούς) και τους ανεπίσημους (άτυπους) και ο διαχωρισμός αυτός γίνεται κάθε φορά ανάλογα με την φροντίδα που παρέχει το άτομο. Έτσι λοιπόν, επίσημος φροντιστής θεωρείται αυτός που ειδικεύεται σε υπηρεσίες φροντίδας και λαμβάνει χρηματική αποζημίωση για την παροχή τους. Φροντιστές αυτής της κατηγορίας μπορεί να είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες κ.α. Αντιθέτως, ο ανεπίσημος (άτυπος)

φροντιστής δεν λαμβάνει χρηματική αποζημίωση και πρόκειται συνήθως για μέλος της οικογένειας του ασθενούς ή κάποιο άλλο άτομο του ευρύτερου κοινωνικού του κύκλου (φίλοι, γείτονες). Σε αυτή την κατηγορία παρατηρείται ότι η φροντίδα ξεπερνά την συνηθισμένη και προβλεπόμενη φροντίδα που κανονικά συναντάται στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις των ατόμων. Για αυτό τον λόγο ένας άτυπος φροντιστής επενδύει ενέργεια, χρόνο αλλά και χρήμα για μεγάλο χρονικό διάστημα (Redfern & Ross, 2011).

2.2 Ιστορική αναδρομή

Πριν την εκβιομηχάνιση κυριαρχούσε η οικογενειακή φροντίδα παρόλο αυτά η τέχνη της νοσηλευτικής έκανε τα πρώτα της βήματα στην πρωτόγονη εποχή, όπου ένας άνθρωπος απλώς φρόντιζε τον πάσχοντα συνάνθρωπό του. Καθώς οι οικογενειακές ομάδες ενώνονταν μεταξύ τους σχηματίζοντας μικρές κοινωνίες, ορισμένα άτομα επέκτειναν τη δραστηριότητα τους στη φροντίδα των ασθενών, των αβοήθητων και των γηροντότερων. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, η νοσηλευτική φροντίδα περιοριζόταν στην εξασφάλιση θαλπωρής και ανακούφισης του ασθενούς, στη φροντίδα και μέριμνα για τις βασικές του ανάγκες και στη χρήση θεραπευτικών βοτάνων (Dewit S, 2013). Οι Νοσηλευτές, οπουδήποτε και εάν εργάζονται επικέντρωσή τους είναι η οικογένεια - η υγεία, η ικανότητα ανάπτυξής της, η φροντίδα και συμβολή της στην κοινότητα. Ιστορικά, οι Νοσηλευτές φρόντιζαν άτομα στο σπίτι κυρίως οικογένειες με πολλές γενιές κάτω από την ίδια στέγη. Όσο η οικογένεια γινόταν πιο πυρηνική (δηλ. γονείς-παιδιά) η φροντίδα μετατέθηκε στα Νοσηλευτήρια και έγινε πιο εξειδικευμένη. Παρ' όλο που η κάθε κοινότητα έχει την δική της ιδιομορφία και μοναδικότητα, τα δικά της προβλήματα και ανάγκες, η οικογένεια είναι ο βασικότερος στόχος για την Νοσηλευτική φροντίδα (Κούτα Χ.) Την εξέλιξη της οικογενειακής φροντίδας σε νοσηλευτική φροντίδα ξεκίνησε η Florence Nightingale η οποία ήταν η πρώτη που κατόρθωσε να καθορίσει τις ανάγκες των μελών της οικογένειας. Εν συνεχεία, η Florence Nightingale κατορθώνει επίσης να εκτιμήσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των Άγγλων στρατιωτών στον Κριμαϊκό πόλεμο του 1854 (Dewit S, 2013). Ιδρύει την πρώτη Νοσηλευτική Σχολή στον κόσμο στο Λονδίνο, επισήμανε την εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου και τη σημασία της προσωπικής και επαγγελματικής ακεραιότητας των νοσηλευτών και τόνισε τη σημασία του ενδιαφέροντος και της ενεργού συμμετοχής στην αντιμετώπιση κοινωνικών και

υγειονομικών προβλημάτων. Το 1899 ιδρύεται το Διεθνές συμβούλιο των Νοσοκόμων, κατά το ίδιο έτος παρέχεται πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο Teachers College του Columbia University της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται. Αναπτύσσονται νέες θεωρίες, όπως της Virginia Henderson, της Abdellah, της Orem, της Peplau, της Travelbee, της King, της Wiedenbaeh ενώ ιδρύονται πολλές σχολές διαφόρων επιπέδων σε πολλές χώρες του κόσμου. (Κουρκούτα Λ, 2015)

2.3 Επιπτώσεις στην οικογένεια όταν μέλος τους νοσηλεύεται στην ΜΕΘ

Ο άρρωστος και η οικογένειά του συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς και σε περίπτωση που ένα μέλος της αρρωστήσει βαριά, τα υπόλοιπα αιφνιδιάζονται και αναρωτιούνται για το πώς έφτασε ο άνθρωπος τους να χρήζει νοσηλείας στην ΜΕΘ. Σύμφωνα με τις Paul και Rattray (2008), η εμπειρία της ΜΕΘ έχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό: οι ασθενείς συνήθως δεν θυμούνται τίποτα ή ελάχιστα από όσα έζησαν, ενώ οι συγγενείς τους ζουν όλο το γεγονός από την αρχή ως το τέλος του. Αυτό που χαράσσεται στην μνήμη των συγγενών είναι η εξωτερική εμφάνιση που έχει ο άρρωστος. Τα υπεράριθμα σωληνάκια ,τα monitor παρακολούθησης και οι αντλίες των φαρμάκων σε συνδυασμό με την αλλοιωμένη εικόνα του, σε ορισμένες περιπτώσεις, τον κάνουν αγνώριστο, σε τέτοιο βαθμό που δεν μοιάζει καθόλου στον προηγούμενο εαυτό του. Αυτό είναι κάτι που τους αγχώνει και σχεδόν ποτέ δεν μπορούν να το διαχειριστούν αποτελεσματικά. Άλλο ένα στοιχείο διαφοροποίησης αποτελεί η καταστολή. Συνήθως θυμίζει τον ύπνο ή/και τον θάνατο, εμποδίζοντας όμως τον συγγενή να αντιληφθεί το πως λειτουργεί ο οργανισμός του ασθενή. Καμία όμως από αυτές τις αλλαγές δεν επηρεάζει την σχέση που είχαν μεταξύ τους. Από την άλλη, ένα στοιχείο που επηρεάζει το συγγενή είναι η επικοινωνία. Η έλλειψή της λόγω της καταστολής, της ίδιας της ασθένειας ή ακόμα και λόγω του περιβάλλοντος της ΜΕΘ αποτελεί μια στενάχωρη πρόκληση για την οικογένεια που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Έτσι, προσπαθούν να την αλλάξουν προσαρμόζοντας την στην νέα πραγματικότητα , όταν δεν είναι αναπόφευκτο να διακοπεί εντελώς. Ακόμα σε πολλές περιπτώσεις λόγω της πάθησης και των φαρμάκων που παίρνει μπορεί να βρίσκεται σε σύγχυση και σε παραλήρημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να επικοινωνήσουν λόγω αδυναμίας αναγνώρισής τους από τον άνθρωπό τους ή από μεταπτώσεις της συνείδησης που δεν τους αφήνουν να καταλάβουν τι θέλει ο άρρωστος, ή από αντιδράσεις πανικού. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει έντονος ο

φόβος της μόνιμης απώλειας επαφής που οφείλεται στην προηγούμενη φυσιολογική κατάσταση. Τέλος και η τραχειοστομία με την πλευρά της δυσχεραίνει την επαφή καθώς τον εμποδίζει στην ομιλία. Παρ' όλα αυτά κάποιιοι αποδέχονται όλα τα παραπάνω γιατί ξέρουν ότι είναι τμήμα της θεραπείας του αρρώστου ενώ κάποιιοι περιμένουν πότε θα πάψει να επικρατεί αυτή η άβολη κατάσταση. (Ζαμπλάρα, 2011, Γιούρντα & Τουλιά, 2015).

2.4 Ανάγκες οικογένειας ασθενών της ΜΕΘ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), είναι ένας άγνωστος χώρος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του καθώς δεν έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα ή τις περισσότερες φορές και καθόλου για τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, γεγονός που προκαλεί ιδιαίτερο άγχος και αβεβαιότητα για την πορεία της υγείας του ασθενή. Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ δημιουργείται μια ανισορροπία στην λειτουργικότητα της οικογένειας. Οι ρόλοι και οι λειτουργίες των μελών της οικογένειας διαταράσσονται με αποτέλεσμα τα μέλη να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καταστάσεις άγχους. Οι βασικές συναισθηματικές και φυσικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται ενώ μπορεί να προκύψουν νέες. Βασική προϋπόθεση για την παροχή ολιστικής φροντίδας στον ασθενή είναι η εκτίμηση των αναγκών του ασθενή και της οικογένειάς του και ο σαφής καθορισμός των ρόλων τους ώστε να υπάρχει καλή επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή, την ομάδα φροντίδας υγείας και την οικογένεια (Γιούρντα & Τουλιά, 2015, Nelson DP, 2008).

Συνεπώς οι ανάγκες των φροντιστών που προκύπτουν είναι οι εξής :

- Ανάγκες ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, πρακτικές, συναισθηματικές και ανάγκες που αφορούν τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους. Αυτές δημιουργούνται καθώς τα άτομα περιθωριοποιούν τον ίδιο τους τον εαυτό και τη ζωή τους δίνοντας βάση μόνο στον άρρωστο και στην παροχή της φροντίδας που χρειάζεται. Επιπλέον, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος φροντίδας προκαλεί ανυπολόγιστες οικονομικές φθορές και συναισθηματική δυσφορία στους συγγενείς (Alsharari, 2019).
- Ανάγκη για πρόσβαση. Η ανάγκη των συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών στις ΜΕΘ να βρεθούν κοντά στο αγαπημένο τους πρόσωπο, και δυστυχώς η μοναδική ώρα που έχουν στη διάθεση τους είναι η ώρα του επισκεπτηρίου, η

οποία όμως δεν είναι αρκετή και κάνει τους συγγενείς να αισθάνονται περιορισμένοι (Γιούρντα & Τουλιά, 2015).

- Ανάγκη λήψης πληροφοριών. Η ανάγκη για παροχή πληροφόρησης σχετικά με την πρόγνωση, την πορεία και τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, είναι κάτι που απασχολεί ιδιαίτερα τους συγγενείς του. Η αποτελεσματική, ειλικρινής και κατανοητή πληροφόρηση σε συνδυασμό με τις ειλικρινείς και κατανοητές απαντήσεις ωφελεί τους συγγενείς, μειώνει το άγχος και ενισχύει σημαντικά την ενεργή συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων (Γιούρντα & Τουλιά, 2015).
- Ανάγκη παροχής φροντίδας στον ασθενή. Η οικογένεια λόγω του περιορισμένου χρόνου που έχει ώστε να βρίσκεται στο πλάι του ασθενή αλλά και των μειωμένων ιατρικών γνώσεων που διαθέτει νιώθει ανίκανη να του παρέχει την φροντίδα που χρειάζεται. Συνεπώς, απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας της ΜΕΘ να την παρέχουν αυτοί ώστε, ο άνθρωπος τους να αναρρώσει το συντομότερο δυνατό (Γιούρντα & Τουλιά, 2015).
- Ανάγκη κάλυψης των ηθικών διλημάτων που προκύπτουν και στήριξη. Οι συγγενείς είναι εκείνοι που επιφορτίζονται με τη ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη θεραπεία του νοσηλευόμενου, εφόσον είναι αυτοί που αποφασίζουν εκ μέρους του. Χρειάζονται λοιπόν, την κατάλληλη στήριξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ώστε να χειριστούν το άγχος που απορρέει από αυτή τη διαδικασία (Γιούρντα & Τουλιά, 2015, Alsharari, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχουν ιδιαίτερες ανάγκες λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής τους. Είναι οι ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως ασθενείς βαρέως πάσχοντες για αυτό και χρειάζονται αυξημένα επίπεδα φροντίδας. Η απαιτούμενη αυτή φροντίδα αποτελεί και το έργο των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έχουν αναλάβει την ολιστική φροντίδα τους και είναι αυτοί που έχουν την ευθύνη για την σωστή αξιολόγηση, παρακολούθηση και καταγραφή των διαφόρων ενδείξεων της κατάστασής τους, την ατομική τους υγιεινή, την πρόληψη λοιμώξεων και κατακλίσεων αλλά και για την ανακούφισή τους. Έτσι λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι τα καθήκοντα των νοσηλευτών ΜΕΘ δεν περιορίζονται απλά στην εκτέλεση νοσηλευτικών διεργασιών, αλλά αντιθέτως επιβάλλεται να βρίσκονται σε συνεχή εγρήγορση και να διαθέτουν ιδιαίτερες ικανότητες για να μπορούν να εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Τέλος, ο νοσηλευτής είναι αυτός που αναλαμβάνει και τον ρόλο του “διαμεσολαβητή” τόσο μεταξύ του ασθενή και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας όσο και του ασθενή με την οικογένειά του καθώς η φύση της δουλειάς του νοσηλευτή περιτριγυρίζεται πάντοτε γύρω από τον ασθενή, άρα είναι ο πρώτος που γνωρίζει και την παραμικρή λεπτομέρεια για αυτόν. (Gulcher S.S., 2016)

Συνοψίζοντας οι νοσηλευτικές διεργασίες στη ΜΕΘ περιλαμβάνουν τις εξής πράξεις:

1) Την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

Μια από τις ιδιαιτερότητες της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου στη ΜΕΘ είναι η ωριαία λήψη και παρακολούθηση ζωτικών σημείων όχι όμως απλά με την διεργασία της απλής καταγραφής τους αλλά της συνεχούς επίβλεψης και ελέγχου των συστημάτων του ανθρώπινου σώματος και την τροποποίηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με βάση τις επιμέρους ανάγκες. Τα συστήματα που παρακολουθούνται είναι :

- Καρδιαγγειακό (Καρδιακός ρυθμός , κεντρική φλεβική πίεση, αρτηριακή πίεση)

- Αναπνευστικό (Συχνότητα και τύπος αναπνοών για την διάγνωση πιθανής ταχύπνοιας-υπέρπνοιας-άπνοιας ,κορεσμός αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο , CO2)
- Ουροποιητικό (Ωριαία αποβολή ούρων , ποιότητα ούρων ως προς το χρώμα και την πυκνότητα τους)
- Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Επίπεδο συνείδησης , βαθμός καταστολής , κλίμακα Γλασκώβης ,ενδοκράνια πίεση)
- Πεπτικό Σύστημα (Ανοχή κεντρικής σίτισης και κενώσεις)
- Θερμοκρασία
- Δέρμα (Εξανθήματα ,αγγειοσύσπαση ,κατακλίσεις) (Stewart KW, 2016)

2) Την περιποίηση σώματος

Η καθαριότητα και η υγιεινή αποτελούν καθημερινές και βασικές ανάγκες του ανθρώπου και ιδιαίτερα των βαρέων πασχόντων , οι οποίοι δεν έχουν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης .

Η καθημερινή φροντίδα αποτελείται από :

- Λουτρό καθαριότητας
- Αλλαγή σεντονιών
- Στρώσιμο κρεβατιού
- Έλεγχος για ερυθρότητα/λοιμωξη
- Υγιεινή στόματος (Stewart KW, 2016)

3) Την προστασία κερατοειδούς.

Στους βαρέως πάσχοντες , η φυσιολογία των ματιών , το κλείσιμο των βλεφάρων , η ύγρανση των οφθαλμών και οι μηχανισμοί προστασίας τους έχουν κλονιστεί . Η φροντίδα τους περικλείει τον καθαρισμό τους με ήπιες κινήσεις και την έγχυση κολλυρίων. (Stewart KW, 2016)

4) Την φροντίδα και παρακολούθηση ενδοαγγειακών καθετήρων, καθετήρων ουροποιητικού και πεπτικού.

Για την οποία παρέχονται γενικές οδηγίες όπως η ενημέρωση του ασθενή για την διαδικασία ,αλλαγή του καλύμματος του καθετήρα κάθε δυο μέρες ,έλεγχος

για τυχόν ερυθρότητα ή φλεγμονή, εφαρμογή άσηπτης τεχνικής και καταγραφή της ώρας και ημέρας που πραγματοποιήθηκε η αλλαγή. (Stewart KW, 2016)

5) Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα.

Οι ασθενείς της ΜΕΘ στην πλειοψηφία τους χρειάζονται μηχανική υποστήριξη και διασωλήνωση επομένως η επίβλεψη τους θα πρέπει να είναι τακτική και με βάση τον τρόπο διασωλήνωσης τους. (Stewart KW, 2016)

6) Τον χειρισμό των παροχετεύσεων και των στομίων.

Η παρακολούθηση των παροχετεύσεων βασίζεται στην καταμέτρηση της ποσότητας και της ποιότητας του υγρού καθώς και στον έλεγχο πιθανής διαρροής από το σημείο εισόδου .Ο σωστός καθαρισμός και η τοποθέτηση του σάκου παροχετεύσεων συμβάλλουν στην αποφυγή δημιουργίας ερεθισμού στην περιοχή γύρω από την στομία . (Stewart KW, 2016)

7) Την φροντίδα των τραυμάτων.

Η οποία περιλαμβάνει τον καθαρισμό με NaCl 0,9% και το κάλυμμα μέχρι 48 ώρες για την αποφυγή πιθανής λοίμωξης και συνεισφέρει στην επούλωση τους. (Stewart KW, 2016)

8) Την πρόληψη των προβλημάτων ακινητοποίησης. Όπως κατακλίσεις ,ατελεκτασίες , σπαστικότητα , κατακράτηση βρογχικών εκκρίσεων συμβάλλει σημαντικά η τήρηση της σωστής θέσης του σώματος. (Stewart KW, 2016)

9) Την ψυχολογική υποστήριξη.

Οι ανάγκες των βαρέων πασχόντων είναι πολυάριθμες και η κάλυψη τους αποτελεί θεμελιώδη αρχή της νοσηλευτικής επιστήμης . Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διατηρήσουν τον ανθρωπισμό στην ΜΕΘ καθώς οι ασθενείς βρίσκονται σε κοινό χώρο ,γυμνοί ,σκεπασμένοι με ένα σεντόνι και δεν έχουν την ικανότητα να εκφράσουν τον πόνο τους . Η ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη με βάση τις ανάγκες του κάθε ασθενούς , για τις οποίες θα παρέχει πληροφορίες και το οικογενειακό περιβάλλον. Συμπερασματικά , σε σύγκρισή με άλλους επαγγελματίες υγείας , οι νοσηλευτές βρίσκονται σε διαρκή και αδιάκοπη επαφή με τους ασθενείς επομένως ο ρόλος τους είναι «με τον ασθενή για τον

ασθενή». Επιπλέον, λαμβάνουν μέρος σε ηθικούς προβληματισμούς που αφορούν τον ασθενή και την οικογένεια ακόμα και σε θέματα λειτουργικότητας της μονάδας. Ο νοσηλευτής στην ΜΕΘ λαμβάνει ηθική ικανοποίηση όταν ο βαρέως πάσχοντας αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη και έχει την ικανότητα να επιζήσει μόνος του. (Stewart KW, 2016)

10) ειδικές δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο νοσηλευτής ΜΕΘ

- Τοποθέτηση ρινογαστρικών σωλήνων, καθετήρων ουροδόχου κύστης, αρτηριακών γραμμών.
- Χειρισμός των μηχανημάτων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.
- Γνώσεις των αλγόριθμων καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.
- Γνώσεις της τεχνικής απινίδωσης και εξωτερικού βηματοδότη
- Γνώσεις των μεθόδων μέτρησης αιμοδυναμικών παραμέτρων (π.χ. αέρια αίματος)
- Αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων. (Stewart KW, 2016)

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην στήριξη και ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών στην ΜΕΘ

Τα μέλη της οικογένειας και οι σημαντικοί άλλοι των βαρέως πασχόντων ασθενών αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ανάρρωσης τους (Mayer B, 2016). Η οικογενειοκεντρική φροντίδα αποτελεί πρότυπο πρακτικής για την εντατική θεραπεία όπως υποστηρίζει η AACN. Η πρακτική αυτή βασίζεται τόσο στο γεγονός ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους θα πρέπει να συμμετέχουν από κοινού στις αποφάσεις όσο και στο ότι οι ασθενείς χρειάζονται τις οικογένειές τους για αγάπη, κατανόηση, υποστήριξη και θαλπωρή, καθώς αντιμετωπίζουν μια σοβαρή ασθένεια. Η εμφανής και ενεργός στήριξη των μελών της οικογένειας από τους νοσηλευτές βοηθάει τόσο την οικογένεια όσο και τον ίδιο τον ασθενή να νιώθει “πιο άνετα” με την κατάσταση την οποία έτσι απροσδόκητα βιώνουν. Τα κυριότερα στοιχεία που απαρτίζουν μια οικογενειοκεντρική φροντίδα είναι αυτά του σεβασμού, της στήριξης και της συνεργασίας. Έρευνες έδειξαν ότι τα μέλη της οικογένειας ασθενών ΜΕΘ έχουν ανάγκη από ενημέρωση, επιβεβαίωση και εγγύτητα για τα αγαπημένα τους πρόσωπα (Yancey V, 2016). Για αυτό τον λόγο, κατά τον σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας του ασθενή οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξετάζουν και τις ανάγκες της οικογένειας τόσο για την ενημέρωσή τους όσο και για την στήριξη τους. Οι οικογένειες των βαρέως πασχόντων αναφέρουν ότι η μεγαλύτερη ανάγκη τους είναι η πληροφόρηση (Mayer B, 2016). Έτσι λοιπόν, για την σωστή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των μελών της οικογένειας και την στήριξη με έμπρακτο τρόπο των αναγκών των οικογενειών για πληροφόρηση είναι απαραίτητο να “ακολουθούνται” κάποιες στρατηγικές επικοινωνίας (Yancey V, 2016). Οι στρατηγικές αυτές έχουν ως εξής:

- Χρειάζεται υπομονή. Κάτι που θεωρείται ρουτίνα για τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι στρεσογόνο και εντελώς νέο για την οικογένεια αλλά και τον ασθενή.
- Επανάληψη των πληροφοριών όσες φορές χρειάζεται. Το στρες μειώνει τη συγκέντρωση, τη μνήμη και την κατανόηση, ειδικά σε άγνωστες καταστάσεις.
- Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων της οικογένειας, χρήση κατανοητής ορολογίας με απλή ερμηνεία των πραγμάτων και χωρίς να μιλάτε με υποτιμητικό τρόπο.
- Θέστε ερωτήσεις αποσαφήνισης για την επιβεβαίωση της κατανόησης.

- Χρησιμοποιείτε φιλόξενο και ανοιχτό ύφος επικοινωνίας. Οι ΜΕΘ μπορεί να φοβίζονται τους ανθρώπους που δεν είναι εξοικειωμένοι με τέτοιο περιβάλλον.
- Προσφέρετε συχνές ενημερώσεις για την κατάσταση του ασθενή ακόμη και αν δεν ζητηθεί.
- Συμμετέχετε σε ουσιαστικές συζητήσεις με τον ασθενή και την οικογένεια του. Συχνά, οι συνομιλίες στις ΜΕΘ περιορίζονται στη μεταφορά μόνο των τεχνικών πτυχών της περίθαλψης.
- Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα και επιτρέψτε το χώρο για οικογενειακές συζητήσεις.
- Χρησιμοποιείτε πίνακες επικοινωνίας ή άλλα εργαλεία με τους ασθενείς που δεν μπορούν να μιλήσουν και φέρτε τους σε επαφή με την οικογένειά τους (Yancey V, 2016).

Εκτός από την επικοινωνία, την σωστή πληροφόρηση και την επαφή με την οικογένεια, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην αναγνώριση των αναγκών τόσο του ασθενή όσο και των μελών της οικογένειας. Ένας ασθενής ΜΕΘ θα περάσει από διάφορες Φάσεις κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, για αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ικανός να μπορεί να αναγνωρίζει τις εκπαιδευτικές ανάγκες που παρατηρούνται σε κάθε Φάση της νοσηλείας. Έτσι λοιπόν, ο νοσηλευτής θα στηρίζει και θα ικανοποιεί τις ανάγκες όχι μόνο του ασθενή αλλά και της οικογένειας που είναι και το ζητούμενο στην πρακτική της οικογενειοκεντρικής φροντίδας. Οι εκπαιδευτικές αυτές ανάγκες της κάθε Φάσης που περνάει ένας ασθενής ΜΕΘ κατά την νοσηλεία του διακρίνονται στον παρακάτω πίνακα και είναι αυτές που θα πρέπει να γνωρίζει ένας νοσηλευτής ΜΕΘ, να τις διακρίνει στην εκάστοτε οικογένεια κάθε ασθενούς και με αυτό τον τρόπο να εξασφαλίζει την στήριξη και ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών στην ΜΕΘ (Mayer B, 2016).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
ΦΑΣΗ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
Αρχική επαφή ή πρώτη επίσκεψη με εστίαση στις άμεσες ανάγκες.	Προετοιμασία για την επίσκεψη: οι εκπρόσωποι των συλλόγων ασθενών ή οι νοσηλευτές μπορούν να προετοιμάσουν την οικογένεια και τον ασθενή για την πρώτη επίσκεψη. Τι να αναμένεται από το περιβάλλον. Πόσο χρόνο θα διαρκέσει η επίσκεψη.

	<p>Τι να περιμένει ο ασθενής (π.χ. διασωλήνωση , ενδοφλέβιες παρεμβάσεις).</p> <p>Προσανατολισμός στην μονάδα ή στο περιβάλλον : φώτα κλήσης , χειριστήρια κρεβατιών , αίθουσες αναμονής , αριθμοί κλήσης μονάδας.</p> <p>Προσανατολισμός με τις πολιτικές της μονάδας και του νοσοκομείου. Νόμος περί φορητότητας και υπευθυνότητας της ασφάλισης υγείας , προκαταβολικές οδηγίες , πολιτικές επισκεπτηρίου.</p> <p>Εξοικείωση με τον εξοπλισμό : οθόνες , ενδοφλέβιες αντλίες , παλμική οξυμετρία , βηματοδότες , συσκευές αερισμού.</p> <p>Φάρμακα : σκοπός , αποτελέσματα, παρενέργειες.</p> <p>Τι πρέπει να κάνετε κατά την διάρκεια της επίσκεψης: μιλήστε στον ασθενή, κρατήστε το χέρι του ασθενή , παρακολουθήστε τη διάρκεια των επισκέψεων (αν υπάρχει).</p> <p>Κατάσταση του ασθενή : σταθερή ή ασταθής και τι σημαίνει αυτή η ορολογία.</p> <p>Ποιες θεραπείες και παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα για τον ασθενή Επερχόμενες διαδικασίες. Πότε επισκέφθηκε ο ιατρός ή αναμένεται να επισκεφθεί τον ασθενή.</p>
<p>Συνεχιζόμενη φροντίδα.</p>	<p>Κινητοποίηση πόρων για παρέμβαση σε κρίσιμες καταστάσεις.</p> <p>Καθημερινή ρουτίνα : γεύματα , εργαστηριακές επισκέψεις , επισκέψεις γιατρών , συχνότητα παρακολούθησης (ζωτικά σημεία) , αξιολογήσεις νοσηλευτικής , καθημερινές υποχρεώσεις και πρόγραμμα βαρδιών.</p> <p>Επεξήγηση των διαδικασιών : πιθανά δυσάρεστα συναισθήματα ή δυσφορία.</p>

	<p>Σχεδιασμός φροντίδας : θεραπείες , πρόοδος , εξέλιξη ασθενών(π.χ. αφαίρεση σωλήνα).</p> <p>Φάρμακα : όνομα , γιατί τα λαμβάνει ο ασθενής, παρενέργειες για αναφορά στους νοσηλευτές ή στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης.</p> <p>Διαδικασία ασθένειας : περί τίνος πρόκειται και πως επηρεάζει τη ζωή του ασθενή , συμπτώματα για αναφορά στην ομάδα φροντίδας.</p> <p>Πως κινητοποιούνται οι πόροι για την βοήθεια του ασθενή και της οικογένειας για να αντιμετωπίσουν το στρες και την κρίσιμη κατάσταση : πνευματική φροντίδα , κοινωνικοί λειτουργοί , διαχειριστές περιπτώσεων ,βοήθεια θυμάτων , συμβουλευτική για ενδοοικογενειακή βία.</p> <p>Δώρα : Όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο είναι άρρωστο είναι παράδοση να στέλνεις λουλούδια , μπαλκόνια ή κάρτες . Εάν η μονάδα σας έχει περιορισμούς για τα δώρα , ενημερώστε την οικογένεια.</p> <p>Ξεκινήστε τη διδασκαλία των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης και συζητήστε τις πληροφορίες για τη μετέπειτα φροντίδα</p>
<p>Μεταφορά σε διαφορετικό επίπεδο φροντίδας.</p>	<p>Μονάδα αποχώρησης</p> <p>Αναγνωρίστε το θετικό της μεταφοράς από τη ΜΕΘ.</p> <p>Πότε θα γίνει η μεταφορά;</p> <p>Γιατί γίνεται η μεταφορά;</p> <p>Τι αναμένεται στην άλλη μονάδα;</p> <p>Όνομα του νέου τμήματος φροντίδας.</p> <p>Επισκεπτήρια</p> <p>Οδηγίες για το πώς θα φτάσει εκεί τον νέο αριθμό δωματίου και τον αριθμό τηλεφώνου.</p> <p>Μονάδα προορισμού</p> <p>Προσανατολισμός στο περιβάλλον , πολιτική επισκέψεων ,επισκέπτες.</p>

	<p>Ρουτίνα μονάδας , γεύματα ,αλλαγές βαρδιών ,επισκέψεις ιατρών.</p> <p>Προσδοκίες αυτοφροντίδας ασθενή , δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.</p> <p>Χρόνοι ρουτίνας φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων</p>
Σχεδιασμός μετέπειτα φροντίδας και εξιτηρίου.	<p>Διαχείριση αυτοφροντίδας : διαχείριση συμπτωμάτων , χορήγηση φαρμάκων, διατροφή, δραστηριότητα , ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός , καθήκοντα ή διαδικασίες.</p> <p>Τι γίνεται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης;</p> <p>Τι αποτελεί έκτακτη ανάγκη ή πότε πρέπει να κληθεί ιατρός;</p> <p>Πώς φροντίζονται οι τομείς ή τα σημεία των επεμβάσεων;</p>
Ολοκλήρωση νοσηλείας.	<p>Ραντεβού παρακολούθησης : όνομα ιατρού , τηλεφωνικός θάλαμος ιατρού και επαφές.</p> <p>Λήψη φαρμάκων : συνταγές , φαρμακείο , πληροφορίες παραγγελίας ειδικών φαρμάκων.</p> <p>Απαιτούμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής : θέματα κινητικότητας και ασφάλειας για παραπληγικό ασθενή ή ασθενή με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο(ΑΕΕ), Καθημερινές δραστηριότητες σχετικά με τα φάρμακα ή συμπτώματα. Αλλαγές(πιθανοί κίνδυνοι) : διακοπή καπνίσματος , αλλαγή διατροφής , άσκηση</p>
Φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής.	<p>Πόροι : καρδιακή αποκατάσταση, ομάδες στήριξης , υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας.</p> <p>Φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής : συμμετοχή στη φροντίδα , διαθέσιμες υπηρεσίες , κινητοποίηση πόρων.</p> <p>Ανακουφιστική φροντίδα. Ξενώνες φροντίδας.</p>

(Mayer B, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του αντίκτυπου που παρατηρείται στην οικογένεια του ασθενή λόγω της νοσηλείας του στην ΜΕΘ καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στον τρόπο αντιμετώπισης του με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

4.2 Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στη ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα 2016 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 πέντε έτη.

4.3 Αποτελέσματα

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

1) **Depression and Change in Caregiver Burden Among Family Members of Intensive Care Unit Survivors (Beesley SJ, American Journal of Critical Care)**

Background: Family members of patients in intensive care units may experience psychological distress and substantial caregiver burden.

Objective: To evaluate whether change in caregiver burden from intensive care unit admission to 3-month follow-up is associated with caregiver depression at 3 months.

Methods: Caregiver burden was assessed at enrollment and 3 months later, and caregiver depression was assessed at 3 months. Depression was measured with the Hospital Anxiety and Depression Score. The primary analysis was the association between depression at 3 months and change in caregiver burden, controlling for a history of caregiver depression.

Results: One hundred one participants were enrolled; 65 participants had a surviving loved one and completed 3-month follow-up. At 3-month follow-up, 12% of participants met criteria for depression. Increased caregiver burden over time was significantly associated with depression at follow-up (Fisher exact test, $P = .004$), although this association was not significant after controlling for self-reported history of depression at baseline (Cochran-Mantel-Haenszel test, $P = .23$).

Conclusions: Family members are increasingly recognized as a vulnerable population susceptible to negative psychological outcomes after a loved one's admission to the intensive care unit. In this small sample, no significant association was found between change in caregiver burden and depression at 3 months after controlling for baseline depression.

Κατάθλιψη και αλλαγή στην επιβάρυνση του φροντιστή μεταξύ των μελών της οικογένειας των επιζώντων της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Ιστορικό: Τα μέλη της οικογένειας ασθενών που βρίσκονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μπορεί να βιώσουν ψυχολογική δυσφορία και το αίσθημα βάρους λόγω του ρόλου τους ως φροντιστές.

Στόχος: Να αξιολογηθεί εάν η αλλαγή στο φορτίο-βάρος των φροντιστών από την εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για 3-μήνη παρακολούθηση σχετίζεται με την κατάθλιψη των φροντιστών σε αυτούς τους 3 μήνες.

Μέθοδοι: Η επιβάρυνση του φροντιστή εκτιμήθηκε κατά την εγγραφή και 3 μήνες αργότερα, και η κατάθλιψη των φροντιστών εκτιμήθηκε στους 3 μήνες. Η κατάθλιψη μετρήθηκε με το εργαλείο βαθμολόγησης του άγχους και της κατάθλιψης του νοσοκομείου. Η πρωταρχική ανάλυση ήταν η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης μέσα στους 3 μήνες και της αλλαγής του φόρτου των φροντιστών, ελέγχοντας το ιστορικό κατάθλιψης των φροντιστών.

Αποτελέσματα: Εγγράφηκαν 101 συμμετέχοντες, 65 από τους συμμετέχοντες είχαν ένα αγαπημένο πρόσωπο που επέζησε και ολοκλήρωσε την 3-μήνη παρακολούθηση. Στην 3-μήνη παρακολούθηση, 12% των συμμετεχόντων

πληρούσε τα κριτήρια για κατάθλιψη. Η αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών με την πάροδο του χρόνου συσχετίστηκε σημαντικά με την κατάθλιψη κατά την παρακολούθηση (ακριβές τεστ Fisher, $P=.004$), παρόλο αυτά αυτή η συσχέτιση δεν ήταν σημαντική μετά τον έλεγχο του ιστορικού κατάθλιψης που είχε αναφερθεί στην αρχή (δοκιμαστικό τεστ Cochran-Mantel-Haenszel. $P=.23$)

Συμπεράσματα: Τα μέλη της οικογένειας αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως ένας ευάλωτος πληθυσμός επιρρεπής σε αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα μετά την εισαγωγή ενός αγαπημένου προσώπου στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Σε αυτό το μικρό δείγμα δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ αλλαγής του βάρους του φροντιστή και της κατάθλιψης 3 μήνες μετά τον πρωταρχικό έλεγχο της κατάθλιψης.

2) **A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences (Minton C, Intensive and Critical Care Nursing Journal)**

Background: It is widely acknowledged a critical illness is a stressful life event for not only the patient but also their family members; when an illness becomes prolonged, the impact is profound. It is suggested that as medical technologies advance, the number of days patients stay in an intensive care unit will increase. Therefore, it is important nurses understand how families experience a prolonged critical illness of their family member in an intensive care unit.

Objective: To explore the trajectory of a prolonged critical illness in the intensive care unit from the experiences of family.

Methods: A qualitative, longitudinal, multi-case design consisting of six cases from New Zealand intensive care units. Findings presented in this article only relate to the family's experiences, although patients and healthcare professionals formed part of each case. Data collection methods included observation, conversations, interviews and document review. Analysis was undertaken using thematic analysis, vignette development and trajectory mapping.

Findings: Relentless uncertainty dominated all phases of the trajectory for the family during a family member's prolonged critical illness in the intensive care

unit. When faced with a critical illness, family shifted rapidly into a world of unknowns. Family worked hard to navigate their way through the many uncertainties that dominated each phase of their family member's illness.

Conclusions: Nurses need to understand the levels of uncertainty families endure in order to provide care that meets the philosophical underpinnings of family centred care.

Μια μελέτη πολλαπλών περιπτώσεων παρατεταμένης κρίσιμης ασθένειας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: οι εμπειρίες των οικογενειών

Ιστορικό: Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι μια κρίσιμη ασθένεια είναι ένα αγχωτικό γεγονός της ζωής όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τα μέλη της οικογένειάς του. Όταν μια ασθένεια παρατείνεται, ο αντίκτυπος είναι βαθύς. Προτείνεται ότι καθώς προχωρούν οι ιατρικές τεχνολογίες, ο αριθμός των ημερών παραμονής των ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας θα αυξηθεί. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να κατανοήσουν πώς οι οικογένειες βιώνουν μια παρατεταμένη κρίσιμη ασθένεια του μέλους της οικογένειάς τους σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Στόχος: Η διερεύνηση της τροχιάς μιας παρατεταμένης κρίσιμης ασθένειας στην εντατική από τις εμπειρίες της οικογένειας.

Μέθοδοι: Ένας ποιοτικός, διαχρονικός σχεδιασμός πολλών περιπτώσεων που αποτελείται από έξι υποθέσεις από μονάδες εντατικής θεραπείας της Νέας Ζηλανδίας. Τα ευρήματα που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο αφορούν μόνο τις εμπειρίες της οικογένειας, αν και οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μέρος της κάθε υπόθεσης. Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων περιλάμβαναν παρατήρηση, συνομιλίες, συνεντεύξεις και έλεγχο εγγράφων. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση, ανάπτυξη χρονογραφημάτων και χαρτογράφηση τροχιάς.

Ευρήματα: Η αμείλικτη αβεβαιότητα κυριάρχησε σε όλες τις φάσεις της τροχιάς για την οικογένεια κατά τη διάρκεια της παρατεταμένης κρίσιμης

ασθένειας ενός μέλους της οικογένειας στην εντατική. Όταν αντιμετωπίζουν μια κρίσιμη ασθένεια, η οικογένεια μετατοπίζεται γρήγορα σε έναν κόσμο αγνώστων. Η οικογένεια εργάστηκε σκληρά για να περιηγηθεί στον δρόμο της μέσα από τις πολλές αβεβαιότητες που κυριάρχησαν σε κάθε φάση της ασθένειας του μέλους της οικογένειάς τους.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν τα επίπεδα αβεβαιότητας που υφίστανται οι οικογένειες προκειμένου να παρέχουν φροντίδα που να ανταποκρίνεται στις φιλοσοφικές βάσεις της φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια.

3) **Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals (MC van Mol RN M., Journal of Clinical Nursing)**

Aims and objectives: To evaluate the impact of supportive interventions perceived by both the intensive care unit patients' relatives and the healthcare providers, such as deferred intake interviews for providing information and discussing the emotional impacts, encouragement to keep a diary, and the introduction of weekly psychosocial rounds, on the perceptions of relatives of patients in the intensive care unit.

Background: Patient- and family-centred care is gaining interest, with a shift from provider-centric norms to care arranged around patients' and relatives individual beliefs and needs. This is expected to have a positive influence on the quality of care. Communication is one of the most important factors impacting the perceived quality of care in the intensive care unit from the perspective of patients' relatives. New interventions have been introduced to help the patients' relatives to meet their communication needs.

Design: A time-trend quantitative design.

Methods: Two convenience samples of relatives were included (in 2012 and 2013) in four different intensive care units from a large university medical centre in the Netherlands.

Results: Survey data from 211 relatives (75% net response rate in 2012) and 123 relatives (66% net response rate in 2013) were used for the analysis. The second measurement showed significant improvements regarding informational aspects of care, clarification of roles in participatory caretaking and shared decision-making.

Conclusion: The results suggest that the additional support offered to patients' relatives increased perceived quality of care, particularly with respect to informational needs. However, patient- and family-centred care still requires a change in the mindset of healthcare professionals. This new point of view should overcome perceived barriers and foster a culture of partnership with patients' relatives in the intensive care unit.

Relevance to clinical practice: Training in providing psychosocial support for the needs of relatives leads to a stronger perception of patient-centredness.

Φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια του στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: μια πρόκληση στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών υγείας.

Στόχοι: Αξιολόγηση του αντίκτυπου των υποστηρικτικών παρεμβάσεων που γίνονται αντιληπτές τόσο από τους συγγενείς των ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας όσο και από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όπως αναβαλλόμενες συνεντεύξεις πρόσληψης για την παροχή πληροφοριών και συζήτησης των συναισθηματικών επιπτώσεων, την ενθάρρυνση να τηρούν ημερολόγιο και την εισαγωγή εβδομαδιαίων ψυχοκοινωνικών κύκλων, σχετικά με τις αντιλήψεις συγγενών ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Ιστορικό: Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια κερδίζει ενδιαφέρον, με μια στροφή από τα πρότυπα που επικεντρώνονται στον πάροχο

της φροντίδας που οργανώνεται γύρω από τις ατομικές πεποιθήσεις και ανάγκες των ασθενών και των συγγενών. Αυτό αναμένεται να έχει θετική επίδραση στην ποιότητα της περίθαλψης. Η επικοινωνία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την αντιληπτή ποιότητα φροντίδας στη μονάδα εντατικής θεραπείας από την πλευρά των συγγενών των ασθενών. Νέες παρεμβάσεις έχουν εισαχθεί για να βοηθήσουν τους συγγενείς των ασθενών να καλύψουν τις ανάγκες επικοινωνίας τους.

Σχεδιασμός: Ένας ποσοτικός σχεδιασμός χρονικής τάσης.

Μέθοδοι: Δύο δείγματα ευκολίας συγγενών συμπεριλήφθηκαν (το 2012 και το 2013) σε τέσσερις διαφορετικές μονάδες εντατικής θεραπείας από ένα μεγάλο πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο στην Ολλανδία.

Αποτελέσματα: Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα έρευνας από 211 συγγενείς (75% καθαρό ποσοστό ανταπόκρισης το 2012) και 123 συγγενείς (66% καθαρό ποσοστό ανταπόκρισης το 2013). Η δεύτερη μέτρηση έδειξε σημαντικές βελτιώσεις όσον αφορά τις ενημερωτικές πτυχές της φροντίδας, τη διευκρίνιση των ρόλων στη συμμετοχική φροντίδα και τη λήψη κοινών αποφάσεων.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η πρόσθετη υποστήριξη που προσφέρθηκε στους συγγενείς των ασθενών αύξησε την αντιλαμβανόμενη ποιότητα περίθαλψης, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ανάγκες πληροφόρησης. Ωστόσο, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια απαιτεί ακόμη αλλαγή στη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η νέα άποψη θα πρέπει να ξεπεράσει τα αντιληπτά εμπόδια και να καλλιεργήσει μια κουλτούρα συνεργασίας με τους συγγενείς των ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Συνάφεια με την κλινική πρακτική: Η εκπαίδευση στην παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τις ανάγκες των συγγενών οδηγεί σε ισχυρότερη αντίληψη του ασθενούς.

4) The family in the intensive care unit in the face of a situational crisis (Duque Ortiz C., Enferm Intensiva)

Objective: To explore the experience of family members of a relative hospitalized in the intensive care unit and recognize their emotions and needs and describe the phases or milestones they go through and the strategies they use to cope with the situations that arise.

Method: Qualitative study developed under the grounded theory method proposed by Anselm Strauss and Juliet Corbin. During the period from July 2017 to July 2019, semi-structured interviews were conducted with 26 relatives of hospitalized patients in fifteen third-level private clinics in the city of Manizales and Medellín, Colombia. In the latter, 200 hours of participant observation were performed in ICUs of two private third-level clinics. The analysis procedure consisted of a microanalysis of the data and the process of open, axial, and selective coding of the information was continued.

Results: We identified that the experience of relatives when they accompany their sick relative in the intensive care unit is represented in two categories: family disorganization which is characterized by generating a change and mismatch in family dynamics and, family reorganization in which a restoration of order is sought to cope with the situation.

Conclusions: The family in the intensive care unit develops a situational crisis characterized by intense, varied, and negative emotions and needs that wear down the relatives. Faced with this, family members undertake a reorganization process to restore the order of family dynamics to cope with the situation and overcome difficulties.

Η οικογένεια στη μονάδα εντατικής θεραπείας αντιμέτωπη με μία κρίσιμη κατάσταση

Στόχος: Να διερευνήσει την εμπειρία των μελών της οικογένειας ενός συγγενή που νοσηλεύεται στην εντατική και να αναγνωρίσει τα συναισθήματα και τις ανάγκες τους και να περιγράψει τις φάσεις ή τα ορόσημα που περνούν και τις

στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που προκύπτουν.

Μέθοδος: Ποιοτική μελέτη που αναπτύχθηκε με τη μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας που προτάθηκε από τους Anselm Strauss και Juliet Corbin. Κατά την περίοδο από τον Ιούλιο του 2017 έως τον Ιούλιο του 2019, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με 26 συγγενείς νοσηλεύομενων ασθενών σε δεκαπέντε ιδιωτικές κλινικές τρίτου επιπέδου στην πόλη Manizales και Medellín της Κολομβίας. Στο τελευταίο, πραγματοποιήθηκαν 200 ώρες παρακολούθησης συμμετεχόντων σε ΜΕΘ δύο ιδιωτικών κλινικών τρίτου επιπέδου. Η διαδικασία ανάλυσης συνίστατο σε μικροανάλυση των δεδομένων και συνεχίστηκε η διαδικασία της ανοικτής, αξονικής και επιλεκτικής κωδικοποίησης των πληροφοριών.

Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε ότι η εμπειρία των συγγενών όταν συνοδεύουν τον άρρωστο συγγενή τους στην μονάδα εντατικής θεραπείας αντιπροσωπεύεται σε δύο κατηγορίες: την οικογενειακή αποδιοργάνωση που χαρακτηρίζεται από την αλλαγή και την αναντιστοιχία στη δυναμική της οικογένειας και, την αναδιοργάνωση της οικογένειας στην οποία αποκαθίσταται η τάξη επιδιώκεται να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η οικογένεια στη μονάδα εντατικής θεραπείας αναπτύσσει μια κρίση κατάστασης που χαρακτηρίζεται από έντονα, ποικίλα και αρνητικά συναισθήματα και ανάγκες που φθείρουν τους συγγενείς. Αντιμέτωποι με αυτό, τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν μια διαδικασία αναδιοργάνωσης για να αποκαταστήσουν την τάξη της δυναμικής της οικογένειας για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και να ξεπεράσουν τις δυσκολίες.

5) Family Involvement in Intensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (INput study) (Kydonaki K, Journal of Clinical Nursing)

Aims and objectives: To understand the different factors that impact on the involvement of adult family members in the care of critically ill patients from the perspective of patients, families and nurses, with the aim to inform the

enactment of a patient- and family-centred care intervention to support the patient-family-nurse partnership in care involvement.

Background: Existing evidence lacks theoretical underpinning and clarity to support enactment of patient- and family-centred care and involvement of families in the care of the critically ill patient.

Design: Qualitative exploratory design using thematic analysis.

Methods: This study was conducted at two adult intensive care units in two tertiary university hospitals in the central belt of Scotland. Between 2013-2014, we conducted semi-structured interviews with critically ill survivors (n = 19) and adult family members (n = 21), and five focus groups with nurses (n = 15) across both settings. Data were digitally recorded, transcribed verbatim, and uploaded in NVivo 10. Data were analysed thematically using a constructivist epistemology. Ethical approval was obtained prior to data collection. Data are reported according to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research checklist.

Results: Family's situational awareness; the perceived self in care partnership; rapport and trust; and personal and family attributes were the main factors that affected family involvement in care. Two key themes were identified as principles to enact patient- and family-centred care in adult intensive care units: "Need for 'Doing family'" and "Negotiations in care involvement."

Conclusions: Negotiating involvement in care requires consideration of patients' and family members' values of doing family and the development of a constructive patient-family-nurses' partnership.

Relevance to clinical practice: Future policy and research should consider patients' and family's needs to demonstrate family bonds within a negotiated process in care participation, when developing tools and frameworks to promote patient- and family-centred care in adult intensive care units.

Συμμετοχή της οικογένειας στην εντατική φροντίδα: Μια ποιοτική διερεύνηση των ασθενών με κρίσιμη κατάσταση, των οικογενειών τους και των νοσηλευτών κρίσιμης φροντίδας(INput μελέτη).

Στόχοι: Η κατανόηση των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή των ενηλίκων μελών της οικογένειας στη φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών από την άποψη των ασθενών, των οικογενειών και των νοσηλευτών, με στόχο την ενημέρωση για τη θέσπιση ενός ασθενούς και του οικογενειακού προσανατολισμού παρέμβαση φροντίδας για τη στήριξη της συνεργασίας ασθενούς-οικογένειας-νοσοκόμου στη συμμετοχή της φροντίδας.

Ιστορικό: Τα υπάρχοντα στοιχεία στερούνται θεωρητικής βάσης και σαφήνειας για να υποστηρίξουν τη θέσπιση φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια και τη συμμετοχή των οικογενειών στη φροντίδα του βαριά άρρωστου ασθενούς.

Σχεδιασμός: Ποιοτικός διερευνητικός σχεδιασμός με χρήση θεματικής ανάλυσης.

Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη διεξήχθη σε δύο μονάδες εντατικής θεραπείας ενηλίκων σε δύο τριτοβάθμια πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην κεντρική ζώνη της Σκωτίας. Μεταξύ 2013-2014, πραγματοποιήσαμε ημιδομημένες συνεντεύξεις με επιζώντες σε κρίσιμη κατάσταση ($n = 19$) και ενήλικα μέλη της οικογένειας ($n = 21$), και πέντε ομάδες εστίασης με νοσηλευτές ($n = 15$) και στα δύο περιβάλλοντα. Τα δεδομένα καταγράφηκαν ψηφιακά, καταγράφηκαν κατά λέξη και μεταφορτώθηκαν στο NVivo 10. Τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά χρησιμοποιώντας μια εποικοδομητική επιστημολογία. Ηθική έγκριση ελήφθη πριν από τη συλλογή δεδομένων. Τα δεδομένα αναφέρονται σύμφωνα με τη λίστα ελέγχου των Ενοποιημένων Κριτηρίων για την Αναφορά Ποιοτικής Έρευνας.

Αποτελέσματα: Επίγνωση της κατάστασης της οικογένειας, ο αντιληπτός εαυτός στη συνεργασία περίθαλψης · σχέση και εμπιστοσύνη · και τα προσωπικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά ήταν οι κύριοι παράγοντες που επηρέασαν τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα. Δύο βασικά θέματα

προσδιορίστηκαν ως αρχές για τη θέσπιση περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια σε μονάδες εντατικής θεραπείας ενηλίκων: "Ανάγκη για" "οικογενειακός δεσμός" και "Διαπραγματεύσεις για τη συμμετοχή της φροντίδας".

Συμπεράσματα: Η διαπραγμάτευση της συμμετοχής στη φροντίδα απαιτεί να ληφθούν υπόψη οι αξίες των ασθενών και των μελών της οικογένειας για να υπάρχει οικογενειακός δεσμός και η ανάπτυξη μιας επικοδομητικής συνεργασίας ασθενή-οικογένειας-νοσηλευτών.

Συνάφεια με την κλινική πρακτική: Η μελλοντική πολιτική και έρευνα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των ασθενών και της οικογένειας να επιδείξουν οικογενειακούς δεσμούς στο πλαίσιο μιας διαδικασίας διαπραγμάτευσης για τη συμμετοχή στη φροντίδα, κατά την ανάπτυξη εργαλείων και πλαισίων για την προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια σε μονάδες εντατικής θεραπείας ενηλίκων.

6) Family satisfaction in the intensive care unit: The influence of disease severity, care relationship, patient anxiety and patient pain. (Liang Y, Intensive Critical Care Nursing)

Background: There is little empirical evidence that can be used to identify factors associated with family satisfaction in the context of the intensive care unit, especially from the perspectives of the patient and patient-family member interactions.

Objectives: To explore the influence of disease severity, care relationship, anxiety, and pain of patients on family satisfaction in the intensive care unit.

Study design: A cross-sectional descriptive and exploratory study was conducted in the Surgical unit in the Zhongshan Hospital Fudan University, Shanghai, China.

Methods: A total of 227 patients and their family member dyads were included and surveyed. The dependent variable family satisfaction was measured by the

Chinese version of the critical care family satisfaction survey. The independent variables included patient characteristics, care relationship, disease severity, patient anxiety, and patient pain. Disease severity was assessed by The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. Patient anxiety was measured using the Self-Rating Anxiety Scale. Patient pain was measured with Numeric rating scale.

Results: Patients with higher self-rating anxiety scores (OR 0.92, 95% CI 0.87-0.97) were less likely to have higher family satisfaction for their family member dyad. However, those with mild perceived pain (OR 5.21, 95% CI 1.97-13.80) were more likely to have higher family satisfaction for their family member dyad. Disease severity and care relationship showed no significant associations with family satisfaction.

Conclusions: Future interventions may include open communication with family members giving explanations regarding the physical and psychological condition of the patient, care delivered and interventions received.

Οικογενειακή ικανοποίηση στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Η επίδραση της σοβαρότητας της νόσου, της σχέσης φροντίδας, του άγχους των ασθενών και του πόνου των ασθενών

Ιστορικό: Υπάρχουν λίγα εμπειρικά στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό παραγόντων που σχετίζονται με την οικογενειακή ικανοποίηση στο πλαίσιο της μονάδας εντατικής θεραπείας, ειδικά από την άποψη των αλληλεπιδράσεων ασθενών και μελών της οικογένειας.

Στόχοι: Να διερευνηθεί η επίδραση της σοβαρότητας της νόσου, της σχέσης περίθαλψης, του άγχους και του πόνου των ασθενών στην οικογενειακή ικανοποίηση στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Σχεδιασμός μελέτης: Μια εγκάρσια περιγραφική και διερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στη χειρουργική μονάδα στο Πανεπιστήμιο Zhongshan Fudan University, Σαγκάη, Κίνα.

Μέθοδοι: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν και ερευνήθηκαν 227 ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους. Η εξαρτημένη μεταβλητή οικογενειακή ικανοποίηση μετρήθηκε με την κινεζική έκδοση της έρευνας για την ικανοποίηση της οικογένειας της κρίσιμης φροντίδας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιλάμβαναν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τη σχέση φροντίδας, τη σοβαρότητα της νόσου, το άγχος του ασθενούς και τον πόνο του ασθενούς. Η σοβαρότητα της νόσου εκτιμήθηκε από την The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. Το άγχος των ασθενών μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα άγχους αυτοαξιολόγησης. Ο πόνος του ασθενούς μετρήθηκε με την κλίμακα αριθμητικής βαθμολογίας.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με υψηλότερες βαθμολογίες άγχους αυτοαξιολόγησης (0. 0,92, 95% CI 0,87-0,97) ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν υψηλότερη οικογενειακή ικανοποίηση για τη διαίτα των μελών της οικογένειάς τους. Ωστόσο, εκείνοι με ήπιο αντιληπτό πόνο (5. 5,21, 95% CI 1,97-13,80) ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλότερη οικογενειακή ικανοποίηση για τη δυάδα των μελών της οικογένειάς τους. Η σοβαρότητα της νόσου και η σχέση φροντίδας δεν έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις με την οικογενειακή ικανοποίηση.

Συμπεράσματα: Οι μελλοντικές παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ανοιχτή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας δίνοντας εξηγήσεις σχετικά με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, την παροχή φροντίδας και παρεχόμενες παρεμβάσεις.

7) The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit (Alsharari A, Dovepress)

Purpose: The unanticipated admission of a patient to the intensive care unit (ICU) can be particularly frightening and stressful for their family members. The objective of this study was to identify the most important needs of family members of patients admitted in the ICU and determine their relationship with their sociodemographic characteristics.

Methods: This was a cross-sectional study conducted from April to August 2017 among adult family members of patients admitted to the ICU of four public hospitals in the northern region of Saudi Arabia. The "Critical Care Family Needs Inventory" questionnaire was administered to all consenting relatives of ICU patients in order to determine the family needs. The data were analyzed using descriptive statistics. Also, students' *t*-test and ANOVA were carried out.

Results: The most important need identified by the family members was the need for assurance (3.62 ± 0.44), followed by information (3.47 ± 0.59), proximity (3.34 ± 0.44), comfort (3.01 ± 0.72), and support (2.91 ± 0.68). A higher level of education was significantly associated with a higher level of need for assurance ($P<0.001$), information ($P<0.001$), and proximity ($P<0.001$). Also, participants who had an unconscious/semiconscious relative in the ICU assigned a higher level of importance to information need ($P<0.001$) compared with those with a conscious relative.

Conclusion: This study has shown that family members of patients admitted to ICU have elevated levels of needs in the assurance, proximity, and information dimensions that require to be addressed. This should guide the development of connection, effective communication, and beneficial cooperation toward offering the best possible care and support to ICU patients and their relatives.

Οι ανάγκες των μελών της οικογένειας των ασθενών που εισήχθησαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας

Σκοπός: Η απρόβλεπτη εισαγωγή ενός ασθενούς στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) μπορεί να είναι ιδιαίτερα τρομακτική και αγχωτική για τα μέλη της οικογένειάς τους. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι σημαντικότερες ανάγκες των μελών της οικογένειας των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και να προσδιοριστεί η σχέση τους με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Μέθοδοι: Αυτή ήταν μια μελέτη διατομής που πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως τον Αύγουστο του 2017 μεταξύ ενήλικων μελών της οικογένειας

ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων στη βόρεια περιοχή της Σαουδικής Αραβίας. Το ερωτηματολόγιο "Critical Care Family Needs Inventory" χορηγήθηκε σε όλους τους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ προκειμένου να καθοριστούν οι ανάγκες της οικογένειας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικές στατιστικές. Επίσης, πραγματοποιήθηκε το t-test των μαθητών και το ANOVA.

Αποτελέσματα: Η πιο σημαντική ανάγκη που προσδιορίστηκε από τα μέλη της οικογένειας ήταν η ανάγκη για διασφάλιση ($3,62 \pm 0,44$), ακολουθούμενη από πληροφορίες ($3,47 \pm 0,59$), εγγύτητα ($3,34 \pm 0,44$), άνεση ($3,01 \pm 0,72$) και υποστήριξη ($2,91 \pm 0,68$). Ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέθηκε σημαντικά με υψηλότερο επίπεδο ανάγκης για διασφάλιση ($P < 0.001$), πληροφόρηση ($P < 0.001$) και εγγύτητα ($P < 0.001$). Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν ασυνείδητο/ημισυνείδητο συγγενή στη ΜΕΘ απέδωσαν υψηλότερο επίπεδο σημασίας στην ανάγκη πληροφοριών ($P < 0,001$) σε σύγκριση με εκείνους με συνειδητό συγγενή.

Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη έδειξε ότι τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ έχουν αυξημένα επίπεδα αναγκών σε διαστάσεις ασφάλειας, εγγύτητας και πληροφόρησης που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Αυτό θα πρέπει να καθοδηγήσει την ανάπτυξη σύνδεσης, αποτελεσματικής επικοινωνίας και ευεργετικής συνεργασίας για την καλύτερη δυνατή φροντίδα και υποστήριξη στους ασθενείς της ΜΕΘ και τους συγγενείς τους.

8) Family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer: A phenomenological hermeneutical study (Karlsson J, Journal of Clinical Nursing)

Aims and objectives: To reveal meanings of family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer.

Background: Interhospital intensive care unit-to-unit transfers take place between different hospitals and their respective intensive care units (ICUs). These types of transfers are an increasing phenomenon but are sparsely studied from the family members' perspective. Indeed, the patient's critical illness and

care can have a major impact on family members. During the transfer process, there is a demand for the involved intensive care health personnel to make family members feel safe and cared for.

Design: A qualitative design based on phenomenological hermeneutics.

Methods: The study was conducted at two Swedish general ICUs. Data were generated through individual in-depth interviews with seven family members and analyzed using a phenomenological hermeneutical approach. The Criteria for Reporting Qualitative Research principles were applied in the conduct and reporting of this study.

Results: Four themes that reveal meanings of family members' lived experiences were developed: losing your safe haven, dealing with uncertainty, carrying your own and others' burdens and a wish to be close.

Conclusions: The study reveals that an interhospital intensive care unit-to-unit transfer affects the whole family and is characterised by family members experiencing many negative feelings. The findings also illustrate that being a family member when a loved one is transferred means being exposed to the core existential elements of being human, such as loneliness and searching for meaning.

Relevance to clinical practice: The study highlights the importance of maintaining a family-centred approach during the transfer process. Our findings can provide deeper knowledge for intensive care health personnel, better preparing them for the delicate task of providing family-centred care during the interhospital intensive care unit-to-unit transfer process.

Εμπειρίες των μελών οικογενειών όπου ένα αγαπημένο τους πρόσωπο υποβλήθηκε σε ενδονοσοκομειακή μεταφορά μονάδας εντατικής θεραπείας: Μία φαινομενολογική ερμηνευτική μελέτη

Στόχοι: Να αποκαλυφθούν οι έννοιες των βιωμένων εμπειριών των μελών της οικογένειας όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο υποβάλλεται σε ενδονοσοκομειακή μεταφορά μονάδας σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Ιστορικό: Μεταφορές νοσοκομειακής μονάδας εντατικής θεραπείας από μονάδα σε μονάδα πραγματοποιούνται μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων και των αντίστοιχων μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Αυτοί οι τύποι μεταθέσεων είναι ένα αυξανόμενο φαινόμενο, αλλά μελετώνται αραιά από την πλευρά των μελών της οικογένειας. Πράγματι, η κρίσιμη ασθένεια και φροντίδα του ασθενούς μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μέλη της οικογένειας. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μεταφοράς, υπάρχει ζήτηση για το εμπλεκόμενο προσωπικό εντατικής θεραπείας να κάνει τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται ασφαλή και φροντισμένα.

Σχεδιασμός: Ένας ποιοτικός σχεδιασμός βασισμένος στη φαινομενολογική ερμηνευτική.

Μέθοδοι: Η μελέτη διεξήχθη σε δύο σουηδικές γενικές ΜΕΘ. Τα δεδομένα δημιουργήθηκαν μέσω ατομικών σε βάθος συνεντεύξεων με επτά μέλη της οικογένειας και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας μια φαινομενολογική ερμηνευτική προσέγγιση. Στη διεξαγωγή και την αναφορά αυτής της μελέτης εφαρμόστηκαν τα κριτήρια για την αναφορά των ποιοτικών αρχών της έρευνας.

Αποτελέσματα: Τέσσερα θέματα που αποκαλύπτουν τις έννοιες των βιωμένων εμπειριών των μελών της οικογένειας αναπτύχθηκαν: να χάσετε το ασφαλές σας καταφύγιο, να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα, να κουβαλήσετε τα βάρη σας και των άλλων και μια επιθυμία να είστε κοντά.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αποκαλύπτει ότι η μεταφορά νοσοκομειακής μονάδας εντατικής θεραπείας από μονάδα σε μονάδα επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια και χαρακτηρίζεται από τα μέλη της οικογένειας που βιώνουν πολλά αρνητικά συναισθήματα. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι το να είσαι μέλος της οικογένειας όταν μεταφέρεται ένα αγαπημένο σου πρόσωπο σημαίνει να

εκτίθεσαι στα βασικά υπαρξιακά στοιχεία του να είσαι άνθρωπος, όπως η μοναξιά και η αναζήτηση νοήματος.

Συνάφεια με την κλινική πρακτική: Η μελέτη τονίζει τη σημασία της διατήρησης μιας οικογενειακής προσέγγισης κατά τη διαδικασία της μεταφοράς. Τα ευρήματά μας μπορούν να παρέχουν βαθύτερη γνώση για το προσωπικό υγείας εντατικής θεραπείας, προετοιμάζοντάς το καλύτερα για το λεπτό καθήκον της παροχής οικογενειακής φροντίδας κατά τη διαδικασία μεταφοράς νοσοκομειακής εντατικής θεραπείας από μονάδα σε μονάδα.

9) Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units - preliminary report (Katarzyna B. & Sadowski M., Termedia)

Introduction: The family response to intensive care unit (ICU) hospitalisation includes development of adverse psychological outcomes such as stress, anxiety or depression. These complications from exposure to critical care are termed post-intensive care syndrome-family (PICS-f). Psychological repercussions of critical illness affect the family member's ability to perform care functions after hospitalisation.

Material and methods: A total of 37 family members of patients hospitalised in an ICU were included. To evaluate the level stress, anxiety, depression and basic hope the standardized questionnaires the Perceived Stress Scale (PSS-10), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Basic Hope Inventory (BHI-12) respectively were used.

Results: In 33 respondents (89.19%) a high level of stress was identified, and 14 (37.84%) and 12 (32.43%) respondents had severe anxiety and depression, respectively. Higher levels of stress, anxiety and depression were found in spouses and family members living with the patient. Female subjects had a higher level of basic hope ($P = 0.026$). It was found that perceived stress correlated with anxiety ($r = 0.456$, $P = 0.005$) and depression ($r = 0.481$, $P = 0.003$).

Conclusions: Most relatives of the patients reported stress, anxiety, depression and low basic hope. Preventive family-centred interventions are needed to minimize the risk of adverse psychological repercussions, including post-intensive care syndrome family.

Στρες, άγχος, κατάθλιψη και αίσθημα ελπίδας σε μέλη της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας – προκαταρκτική έκθεση

Εισαγωγή: Η ανταπόκριση της οικογένειας στη νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) περιλαμβάνει την ανάπτυξη δυσμενών ψυχολογικών αποτελεσμάτων όπως στρες, άγχος ή κατάθλιψη. Αυτές οι επιπλοκές από την έκθεση σε κρίσιμη περίθαλψη ονομάζονται σύνδρομο-εντατικής θεραπείας-στην οικογένεια (PICS-f). Οι ψυχολογικές επιπτώσεις κρίσιμης ασθένειας επηρεάζουν την ικανότητα του μέλους της οικογένειας να εκτελεί λειτουργίες φροντίδας μετά από νοσηλεία.

Υλικό και μέθοδοι: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 37 μέλη της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ. Για την αξιολόγηση του επιπέδου στρες, άγχους, κατάθλιψης και αίσθημα ελπίδας χρησιμοποιήθηκαν τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια η κλίμακα αντιληπτού άγχους (PSS-10), η κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS) και το βασικό απόθεμα ελπίδας (BHI-12).

Αποτελέσματα: Σε 33 ερωτηθέντες (89,19%) εντοπίστηκε υψηλό επίπεδο στρες και 14 (37,84%) και 12 (32,43%) ερωτηθέντες είχαν έντονο άγχος και κατάθλιψη, αντίστοιχα. Υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν στους συζύγους και τα μέλη της οικογένειας που ζούσαν με τον ασθενή. Τα θηλυκά άτομα είχαν υψηλότερο επίπεδο του αισθήματος της ελπίδας ($P = 0,026$). Διαπιστώθηκε ότι το αντιληπτό στρες συσχετίζεται με το άγχος ($r = 0.456$, $P = 0.005$) και την κατάθλιψη ($r = 0.481$, $P = 0.003$).

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι συγγενείς των ασθενών ανέφεραν στρες, άγχος, κατάθλιψη και χαμηλό αίσθημα ελπίδας. Απαιτούνται προληπτικές οικογενειακές παρεμβάσεις για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος δυσμενών ψυχολογικών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας με σύνδρομο μετα-εντατικής θεραπείας.

10) Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study (Hatch R., Critical Care)

Background: Survivors of intensive care are known to be at increased risk of developing longer-term psychopathology issues. We present a large UK multicentre study assessing the anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) caseness in the first year following discharge from an intensive care unit (ICU).

Methods: Design: prospective multicentre follow-up study of survivors of ICU in the UK.

Setting: patients from 26 ICUs in the UK.

Inclusion criteria: patients who had received at least 24 h of level 3 ICU care and were 16 years of age or older.

Interventions: postal follow up: Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) and the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Check List-Civilian (PCL-C) at 3 and 12 months following discharge from ICU.

Main outcome measure: caseness of anxiety, depression and PTSD, 2-year survival.

Results: In total, 21,633 patients admitted to ICU were included in the study. Postal questionnaires were sent to 13,155 survivors; of these 38% (4943/13155) responded and 55% (2731/4943) of respondents passed thresholds for one or more condition at 3 or 12 months following discharge. Caseness prevalence was

46%, 40% and 22% for anxiety, depression and PTSD respectively; 18% (870/4943 patients) met the caseness threshold for all three psychological conditions. Patients with symptoms of depression were 47% more likely to die during the first 2 years after discharge from ICU than those without (HR 1.47, CI 1.19-1.80).

Conclusions: Over half of those who respond to postal questionnaire following treatment on ICU in the UK reported significant symptoms of anxiety, depression or PTSD. When symptoms of one psychological disorder are present, there is a 65% chance they will co-occur with symptoms of one of the other two disorders. Depression following critical illness is associated with an increased mortality risk in the first 2 years following discharge from ICU.

Άγχος, κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά από κρίσιμη ασθένεια: μια προοπτική μελέτη κοόρτης σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο

Ιστορικό: Οι επιζώντες της εντατικής θεραπείας είναι γνωστό ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μακροπρόθεσμα ψυχοπαθολογικά θέματα. Παρουσιάζουμε μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο που αξιολογεί το άγχος, την κατάθλιψη και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) τον πρώτο χρόνο μετά την έξοδο από μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Μέθοδοι: Σχεδιασμός: προοπτική πολυκεντρική μελέτη παρακολούθησης επιζώντων ΜΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Ρύθμιση: ασθενείς από 26 ΜΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Κριτήρια ένταξης: ασθενείς που είχαν λάβει τουλάχιστον 24 ώρες φροντίδας ΜΕΘ επιπέδου 3 και ήταν 16 ετών και άνω.

Παρεμβάσεις: ταχυδρομική παρακολούθηση: Νοσοκομειακό άγχος και βαθμολογία κατάθλιψης (HADS) και Λίστα ελέγχου επιθεώρησης

μετατραυματικού στρες (PTSD)-Πολιτικός (PCL-C) 3 και 12 μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

Κύριο μέτρο έκβασης: απλότητα άγχους, κατάθλιψη και PTSD, επιβίωση 2 ετών.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 21.633 ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Ταχυδρομικά ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε 13.155 επιζώντες. από αυτούς το 38% (4943/13155) απάντησε και το 55% (2731/4943) των ερωτηθέντων πέρασαν τα όρια για μία ή περισσότερες καταστάσεις 3 ή 12 μήνες μετά το εξιτήριο. Ο επιπολασμός Casiness ήταν 46%, 40% και 22% για άγχος, κατάθλιψη και PTSD αντίστοιχα. Το 18% (870/4943 ασθενείς) πληρούσε το όριο περιφρόνησης και για τις τρεις ψυχολογικές καταστάσεις. Οι ασθενείς με συμπτώματα κατάθλιψης είχαν 47% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 ετών μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ σε σχέση με εκείνους χωρίς (HR 1.47, CI 1.19-1.80).

Συμπεράσματα: Πάνω από τους μισούς από αυτούς που απάντησαν σε ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο μετά από θεραπεία στη ΜΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν σημαντικά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης ή PTSD. Όταν υπάρχουν συμπτώματα μιας ψυχολογικής διαταραχής, υπάρχει 65% πιθανότητα να συνυπάρχουν με συμπτώματα μιας από τις άλλες δύο διαταραχές. Η κατάθλιψη μετά από κρίσιμη ασθένεια σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας τα πρώτα 2 χρόνια μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

4.4 Συμπεράσματα

Η ασθένεια και η φροντίδα ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα μέλη της οικογένειας. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οι οικογένειες βιώνουν καταστάσεις για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένες για τον λόγο αυτό παρατηρείται ότι οι περισσότερες επιβαρύνσεις που προκύπτουν στα μέλη των οικογενειών έχουν κατά κύριο λόγο ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο (Karlsson J., 2020). Πιο συγκεκριμένα παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους καθώς και εμφάνιση κατάθλιψης και το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες (Katarzyna B., 2021). Οι επιπτώσεις αυτές σχετίζονται άμεσα με τις ανάγκες της οικογένειας στην πληροφόρηση και στην συμμετοχής τους στην φροντίδα του ασθενή (Alsharari A., 2019). Η οικογένεια μέσα από τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενή, τις αλλαγές που προκύπτουν στην κλινική του κατάσταση, το χώρο της ΜΕΘ, τον εξοπλισμό αλλά και για το τι μπορούν να κάνουν την ώρα του επισκεπτηρίου, προσπαθεί να μειώσει το άγχος του ασθενή, να παρέχει όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη και να συμβάλλει στην ομαλή έκβαση της νόσου (Minton C., 2019, Hatch R., 2018). Όλο αυτό το αίσθημα ευθύνης καταλήγει σαν βάρος στους φροντιστές καταλήγοντας με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχοσύνθεση των μελών της οικογένειας άρα και στην εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης (Beesley S., 2020). Για αυτό τον λόγο η επικοινωνία μεταξύ της ομάδας φροντίδας και της οικογένειας είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχοκοινωνική υγεία και την ικανοποίηση της οικογένειας καθώς πολύ συχνά, προκύπτουν συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλά και μεταξύ των μελών και των ιατρών όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων (Liang Y., 2021). Ο νοσηλευτής της ΜΕΘ βρίσκεται συχνά αντιμέτωπος με τον πόνο του συγγενή για το αγαπημένο του πρόσωπο που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση αλλά και με προβλήματα που προκύπτουν στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (Duque-Ortiz C., 2021). Εν κατακλείδι, η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και πρέπει να ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή των μελών σε όλη τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Kydonaki K., 2019). Τα μέλη της οικογένειας του ασθενή δεν είναι απλοί επισκέπτες αλλά ένα πολύ

σημαντικό κομμάτι της ζωής του και κατά τη διάρκεια νοσηλείας του οι νοσηλευτές καλούνται να βοηθήσουν όλη την οικογένεια να διατηρήσει την ισορροπία της και να κρατήσει τους δεσμούς της. Το γεγονός αυτό, αυτόματα προϋποθέτει μια σειρά παρεμβάσεων με σκοπό την διευκόλυνση της επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή, την ομάδα φροντίδας υγείας και την οικογένεια (Mc van Mol RN., 2016).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

- 1) Ασκητοπούλου, Ε. (2004). *Επείγουσα και εντατική ιατρική*. Αθήνα: Λιτσάς.
- 2) Βιβιλάκη, Β., κ.ά. (2015). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 3) Βλαχογιάννη, Α., κ.ά. (2013). *Η ζωή μετά την φροντίδα. Εγχειρίδιο υποστηρίξης φροντιστή*. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Διαθέσιμο στο: https://www.gerolib.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=904:h-zwh-meta-thn-frontida-egcheiridio-yposthrixhs-frontisth&Itemid=212&lang=el [23/04/2021]
- 4) Γιούρντα, Α., Μ. & Τουλιά, Γ. (2015). Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 14(1), σελ:4-18. Διαθέσιμο στο: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2015/VOLUME%2001_15/VA_REV_1_14_01_15.pdf [20/07/2021]
- 5) Ζακυνθινός, Σ. & Βρεττού, Χ. (2015). Εισαγωγικά για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/2939> [01/08/2021]
- 6) Ζαμπάρα, Α. (2011). Οι Εμπειρίες των Συγγενών των Ασθενών της ΜΕΘ. (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διαθέσιμο στο: <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/28214/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE>
- 7) Κουλούρη, Α. & Ρούπα, Ζ. (2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 7(4) , σελ: 264-278. Διαθέσιμο στο: <https://www.vima->

asklpiou.gr/images/upload/various/files/8585829257705465697egQ87d3Rc6e3bIH5w7zY08585756138662871164.pdf [11/02/2021].

- 8) Κουτσούκου, Α. (2015). Βασικές αρχές εντατικής θεραπείας. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/5941/1/Enatiki%20therapia.pdf> [06/07/2021]
- 9) Μάσσα, Ε. , κ.ά. (2019). ‘Επείγουσες επανεισαγωγές στη ΜΕΘ’. Πρόβλεψη και πρόγνωση. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*. Διαθέσιμο στο: <https://e-journal.gr/%CE%B5%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%B3%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B5%CF%83-%CE%B5%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CF%83%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B5%CF%83-%CF%83%CF%84%CE%B7-%CE%BC%CE%B5%CE%B8-%CF%80%CF%81%CE%BF/> [10/03/2021]
- 10) Μουλούδη, Ε. & Γεωργόπουλος, Δ. (2001). ‘Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο’. *Ιατρική του σήμερα*. Τεύχος 30, σελ.5 – 6
- 11) Ρούσσοι Χ., (2009). *Εντατική Θεραπεία* . Τόμος 1. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης
- 12) Σπυρόπουλος, Β. (2015). Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Διαθέσιμο στο: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3042> [07/06/2021].
- 13) Χαλκίδη, Ε. , κ.ά. (2016). ‘Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ’. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. Διαθέσιμο στο: <http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2016/09/dierevnisi-anagkwn-ikanopoihshs.pdf> [19/05/2021]

ΞΕΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

- 1) Alsharari, A., F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Dovepress*. 2019(13), p:465-473. Διαθέσιμο στο: <https://www.dovepress.com/the-needs-of-family-members-of-patients-admitted-to-the-intensive-care-peer-reviewed-fulltext-article-PPA> [04/06/2021]

- 2) Beesley , S., J., et.al. (2020). Depression and Change in Caregiver Burden Among Family Members of Intensive Care Unit Survivors. *American Journal of Critical Care*. 29(5) , p: 350-357.
- 3) C.deWit, S. (2013). Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- 4) Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. (2021) The family in the intensive care unit in the face of a situational crisis. *Enferm Intensiva*. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090762/> [04/05/2021]
- 5) Gulcher , S.S., et.al. (2016). Elevated C-reactive protein levels at ICU discharge as a predictor of ICU outcome: a retrospective cohort study. *Annals of Intensive Care*. 6(5). Διαθέσιμο στο: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-016-0105-0> [18/02/2021]
- 6) Hatch, R. , et.al. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*. 22(310). Διαθέσιμο στο: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-018-2223-6> [11/04/2021]
- 7) Katarzyna, B. & Sadowski, M. (2021). Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units – preliminary report. *Termedia*. 2021(53),p:134-140. Διαθέσιμο στο: <https://www.termedia.pl/Stress-anxiety-depression-and-basic-hope-in-family-members-of-patients-hospitalised-in-intensive-care-units-preliminary-report,118,43940,0,1.html> [09/08/2021].
- 8) Karlsson, J., et.al. (2020). Family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer: A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*. 29(19-20), p:3721-3730. Διαθέσιμο στο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15402> [07/07/2021]
- 9) Kydonaki, K., et.al. (2019). Family INvolvement in inTensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (INpuT study). *Journal of Clinical Nursing*. 29(7-8),p: 1115-1128. Διαθέσιμο στο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15175> [04/05/2021].

- 10) Liang Y, Li J, Pan W. (2021) Family satisfaction in the intensive care unit: The influence of disease severity, care relationship, patient anxiety and patient pain. *Intensive Critical Care Nursing* Διαθέσιμο στο:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349481/> [27/04/2021]
- 11) Mendes das Graças, E. & Fortina dos Santos, G. (2009). Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. Metodología del cuidar en enfermería en el abordaje fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(1). Διαθέσιμο στο:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mPV8XCWTcsjfJLjB4vY44Yc/?lang=pt> [04/07/2021].
- 12) MC van Mol RN , M., et.al. (2016). Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*. 26(19-20), p: 3212-3223.
Διαθέσιμο στο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13669> [29/04/2021]
- 13) Minton, C. , et.al. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 50(Feb.2019) p:21-27. Διαθέσιμο στο:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339718300648?via%3Dihub> [18/02/2021]
- 14) Nelson, D.,P, Polst , G. (2008). An interdisciplinary team approach to evidence-based improvement in family-centered care. *Crit Care Nurse Q* .31(2), p:110-8. Διαθέσιμο στο : <https://sci-hub.se/10.1097/01.CNQ.0000314471.26259.5c> [21/06/2021]
- 15) Paul, F. & Rattray, J. (2008). Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 62, p:276–292.
Διαθέσιμο στο: <https://sci-hub.se/10.1111/j.1365-2648.2007.04568.x> [20/06/2021]
- 16) Redfern, S., J. (2010). *Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 17) Stewart, K. W., et.al. (2016). Safety, efficacy and clinical generalization of the STAR protocol: a retrospective analysis. *Annals of Intensive Care*. 6(24).
Διαθέσιμο στο: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1186/s13613-016-0125-9> [12/08/2021]

- 18) Urden, D. L., (2018). Προτεραιότητες στην Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα Υγείας. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- 19) Vincent, J.L., et.al. (1994). Guidelines of the utilization of the intensive care units. *Intensive Care Medicine*. 1994(20), p:163-164. Διαθέσιμο στο: <https://sci-hub.se/10.1007/BF01707674> [03/08/2021]