



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ποιότητα ζωής στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς – Νοσηλευτικές  
Παρεμβάσεις**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ**

**Αθανασία Ζδάγκα, Βιργινία – Σοφία Ζαβερδινού**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΖΩΙΤΣΑ**

Ιωάννινα, 2022

## ***Ευχαριστίες***

*Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από τα βάθη της καρδιάς μας την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κυρία Ζωίτσα Κωνσταντή η οποία μας καθοδήγησε και μας υποστήριξε σε όλη την διάρκεια της προσπάθειάς μας. Επιπλέον θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε την οικογένειά μας για την στήριξη σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΜΕΡΟΣ Α

Ποιοτητα Ζωής- ορισμός . . . . .	6
Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής . . . . .	7
Δείκτες Ποιότητας ζωής . . . . .	10
Εργαλεία μέτρησης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής . . . . .	14
Προβλήματα που προκύπτουν από την εκτίμηση της ποιότητας ζωής . . .	15
Ποιότητα ζωής στον ελλαδικό χώρο . . . . .	15

### ΜΕΡΟΣ Β

Βαρέως πάσχοντες ασθενείς- Ορισμός . . . . .	19
Κλίμακες αξιολόγησης βαρύτητας νόσου . . . . .	24
Ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων . . . . .	25
Ποιότητα ζωής φροντιστών βαρέως πασχόντων . . . . .	26

### ΜΕΡΟΣ Γ

Νοσηλευτής και Ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων ασθενών . . . . .	28
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των φροντιστών . . . . .	34

### ΜΕΡΟΣ Δ

Ερευνητικό . . . . .	37
Συμπεράσματα. . . . .	60

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. . . . .	61
-----------------------	----

## Περίληψη

**Εισαγωγή :** Μια βαριά νόσος αποτελεί μια ιδιαίτερη πρόκληση στη ζωή του ασθενούς καθώς είναι απαραίτητο να πραγματοποιήσει μια σειρά από μεταβολές στην καθημερινότητά του προκειμένου να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση. Στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς, η ποιότητα ζωής κλονίζεται σημαντικά.

**Σκοπός** της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθούν οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς μέσα από την μελέτη νέων δεδομένων καθώς και να περιγραφεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «βαρέως πάσχων ασθενής» (critically ill patient), «νοσηλευτικές παρεμβάσεις» (nursing interventions), «εκπαίδευση ασθενούς» (patients' education), «διατροφή ασθενούς» (patient's nutrition), «πνευματικές ανάγκες» (spiritual needs).

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που είναι βαρέως πάσχοντες έχουν σημαντικές ανάγκες οι οποίες δεν πρέπει να παραμελούνται. Όταν αυτές οι ανάγκες τηρούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα μέσα από τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, τα πιο συχνά θέματα που υπάγονται στα νοσηλευτικά καθήκοντα είναι ο ύπνος, η διατροφή, οι πνευματικές ανάγκες, αλλά και η επικοινωνία.

**Συμπεράσματα:** Προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες των βαρέως πασχόντων ασθενών και να τους παρέχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι απαραίτητο να φροντίζονται ολιστικά. Τέλος, απαραίτητη είναι και η εμπλοκή της οικογένειας.

**Λέξεις Κλειδιά:** βαρέως πάσχων ασθενής, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση ασθενούς, διατροφή ασθενούς, πνευματικές ανάγκες.

## **Abstract**

**Introduction:** Critically ill patients face many challenges in their daily life, as it is necessary to make a series of changes in their daily life in order to adapt to the new situation. In critically ill patients, the quality of life is significantly impaired.

**Purpose:** The purpose of this review is to explore the dimensions of quality of life in critically ill patients through the study of new data. The aim is to describe the role of the nurse in improving the quality of life of severely ill patients.

**Material and Method:** Greek and international bibliography was reviewed in PubMed and Google Scholar online databases and TEI library. Epirus. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. There was a restriction on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used. The keywords used in the search were "critically ill patient", "nursing interventions", "patients'education", "patient's nutrition", "mental spiritual needs.

**Results:** Patients who are critically ill have significant needs that should not be neglected. When these needs are met satisfactorily through appropriate nursing interventions, patients are more likely to have a better quality of life. Regarding the quality of life, the most common issues that come up with nursing duties are sleep, nutrition, spiritual needs, and communication.

**Conclusions:** In order to meet the needs of critically ill patients and provide them with a better quality of life, nurses must have the appropriate knowledge and skills, both theoretical and practical. Heavily ill patients need holistic care. Finally, family involvement is also essential.

**Key words:** critically ill patient, severely ill patient, nursing interventions, patient education, patient nutrition, spiritual needs

## ΜΕΡΟΣ Α

### Ποιότητα Ζωής - ορισμός

Η θεωρία της ποιότητας ζωής, ως ξεχωριστό πεδίο έρευνας, δημιουργήθηκε στη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική και εισήλθε στον επιστημονικό χώρο ως ζήτημα προς εξέταση κατά την δεκαετία του 1960. Από τότε, το ζήτημα της μέτρησης και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής της κοινωνίας, της κοινότητας, διαφόρων κοινωνικών ομάδων και ατόμων γίνεται όλο και πιο σημαντικό όχι μόνο στην επίλυση κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων της κοινωνίας, αλλά και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων προγραμμάτων. Η ποιότητα ζωής, που έχει γίνει το επίκεντρο της προσοχής των επιστημόνων που προέρχονται από πολλά διαφορετικά πεδία, μελετάται με έμφαση σε διαφορετικά ερευνητικά αντικείμενα και διαφορετικοί ερευνητές μελετούν διαφορετικούς τομείς. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την υγεία, την κατάσταση υγείας ενός ατόμου / ασθενούς, αλλά και με τις συνθήκες ποιότητας ζωής από πολιτική, οικονομική και κοινωνική άποψη, καθώς και η ατομική ικανοποίηση της ζωής (Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως μια συνολική αξιολόγηση της διαφορετικής προοπτικής που εξαρτάται από την αξία από την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τους Mafra και συν. (2016), τα συμπτώματα που επηρεάζουν την παγκόσμια ποιότητα ζωής μπορούν να ερμηνευθούν από ένα άτομο ως αρνητικά είτε ως θετικά. Είναι κάτι το οποίο έχει ξεκάθαρα υποκειμενική εξάρτηση και κριτική. Η Παγκόσμια Ποιότητα Ζωής αναφέρεται σε μια γενική ευημερία και αυτοπεποίθηση πέρα από την παρουσία ή την απουσία συμπτωμάτων.

Οι Eggmann και συν. (2020) ορίζουν την ποιότητα ζωής (QOL) ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στην οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Η ποιότητα ζωής (QoL) είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Εξ ορισμού, η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική παράμετρος και η άμεση αμφισβήτηση είναι επομένως ένας απλός και κατάλληλος τρόπος λήψης πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αισθάνονται και λειτουργούν (Eggmann et al., 2020).

Η ποιότητα ζωής (QoL) μπορεί να θεωρηθεί ως η αντίληψη του κάθε ατόμου όσον αφορά την ευημερία και περιλαμβάνει πολλούς τομείς της ζωής, εκ των οποίων ο σημαντικότερος είναι η υγεία. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQL) ορίζεται ως η εκτίμηση της επίδρασης της κατάστασης της υγείας και της αντιμετώπισής της στην καθημερινή ζωή των ασθενών (Ehooman και συν., 2019).

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι ποικίλοι και έχουν διαφορετικό ρόλο. Αρχικά, σημαντικοί παράγοντες που ασκούν άμεση επίδραση είναι ο ψυχικός και ο κοινωνικός, οι οποίοι μάλιστα αλληλεπιδρούν τόσο μεταξύ τους όσο και με άλλες μεταβλητές όπως το βιοτικό επίπεδο, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η προσβασιμότητα στην υγεία και οι ανθρώπινες σχέσεις. Κατά κύριο λόγο η ποιότητα ζωής επηρεάζεται θετικά όταν οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε αρμονία. Από την άλλη, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά όταν οι παράγοντες αυτοί δεν είναι ισορροπημένοι (Cruz et al., 2011).

Από την άλλοι, παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής σύμφωνα με τους Zhang et al. (2009) είναι η κακή σωματική και ψυχολογική κατάσταση, που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συνδέονται με κάποια διαταραχή είτε σωματική είτε ψυχολογική. Για παράδειγμα, μια ασθένεια επηρεάζει αρνητικά τόσο την αυτοεικόνα όσο και την ευεξία και φυσικά τα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας. Επιπλέον παράγοντες που ασκούν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής είναι η αποστέρηση από την πρόσβαση στην υγεία και την περίθαλψη, η απομόνωση και η περιθωριοποίηση, η ατμοσφαιρική μόλυνση αλλά και η αδυναμία ανεξαρτησίας.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σύμφωνα με τους Chen et al. (2017) είναι οι διατροφικές συνήθειες και η καθιστική ζωή, η ύπαρξη σωματικής αναπηρίας ή κάποιου χρόνιου νοσήματος, η υπερκατανάλωση, το άγχος για το μέλλον, η αποστέρηση της ελεύθερης πρόσβασης στην εκπαίδευση, οι κοινωνικές σχέσεις και η ποιότητά τους, καθώς και το επάγγελμα, και η επαγγελματική αποκατάσταση και ασφάλεια. Επιπλέον, σχετικά σημαντική επίδραση έχει η ποιότητα που υφίσταται στο εργασιακό περιβάλλον, το άγχος που προκύπτει από την εργασιακή απασχόληση αλλά και τα επίπεδα απασχολησιμότητας και ανεργίας. Φυσικά σημαντικό ρόλο κατέχει και

το εισόδημα αλλά και η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα και την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με τους Chen et al. (2017) εντός των παραγόντων που ασκούν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής εντάσσονται και τα γονίδια και η προσωπικότητα του ατόμου. Φυσικά αυτά αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον αλλά και με προσωπικά στοιχεία όπως η εξωστρέφεια, η ενσυναίσθηση και η αυτοεκτίμηση. Δυο ακόμα μεταβλητές που είναι σημαντικό να αναφερθούν είναι η ηλικία του ατόμου και το φύλο. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι άτομα νεότερης ηλικίας συνήθως έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους.

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει επίσης στις ανθρώπινες – κοινωνικές σχέσεις. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο το γεγονός ότι τα άτομα που βρίσκονται εντός ενός ισχυρού κοινωνικού δικτύου παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας και καλύτερη ποιότητα ζωής γενικότερα. Επίσης, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά στην μείωση του άγχους και στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων (Zhang et al., 2019).

### **Δείκτες Ποιότητας ζωής**

Η έννοια “δείκτες ποιότητας ζωής” παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1995 από τον Ed Diener του Πανεπιστημίου του Ιλλινόις στο Σικάγο. Ουσιαστικά πρόκειται για έναν συνδυασμό 2 επιμέρους δεικτών.

- Ο πρώτος δείκτης είναι ο Βασικός Δείκτης Ποιότητας Ζωής για τις αναπτυσσόμενες χώρες που περιλαμβάνει 7 μεταβλητές.
- Ο δεύτερος δείκτης είναι ο Εξελιγμένος Δείκτης Ποιότητας Ζωής για τις ανεπτυγμένες χώρες. Και αυτός ο δείκτης περιλαμβάνει 7 μεταβλητές.

Ο συγκεκριμένος συνδυασμός έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ενός αξιόπιστου μέτρου της ποιότητας ζωής που συστηματικά μπορεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα από διαφορετικές ανθρώπινες αξίες. Επίσης, στηρίζεται σε ένα παγκόσμιο σετ από 45 αξίες οι οποίες αντανakλούν 3 βασικές προϋποθέσεις της ανθρώπινης ζωής. Αυτές οι προϋποθέσεις είναι οι εξής παρακάτω :

1. Ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών
2. Συντονισμός της κοινωνικής αλληλεπίδρασης



3. Επιβίωση και ευημερία των ομάδων (Cummins, 2003).

Σύμφωνα με το Eurofound (2004), αναγνωρίζονται οι εξής δείκτες ποιότητας ζωής :

1. Οικονομική κατάσταση
2. Κατοικία και περιβάλλον
3. Απασχόληση, εκπαίδευση, δεξιότητες
4. Νοικοκυριά και δόμηση νοικοκυριών
5. Ισορροπία εργασίας – ζωής
6. Υγεία και σύστημα περίθαλψης
7. Ατομική ευημερία
8. Ποιότητα ζωής στην κοινωνία

Οι δείκτες της ποιότητας ζωής μπορούν να εστιάζουν σε μεμονωμένα σημεία στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Έχουν εντοπιστεί τρεις τρόποι οι οποίοι ενισχύουν την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε πρώτο επίπεδο εντοπίζονται οι προσωπικοί δείκτες της ποιότητας ζωής, οι οποίοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την υγεία και τους κινδύνους της ασφάλειας. Επίσης υπάρχουν οι διαπροσωπικοί δείκτες οι οποίοι σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει ένα άτομο, με τα επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας, καθώς και με το προσωπικό δίκτυο του κάθε ατόμου. Τέλος, εντοπίζονται οι κοινωνικοί δείκτες οι οποίοι αφορούν στο εισόδημα, στην απασχόληση, το περιβάλλον και φυσικά την εκπαίδευση. Οι δείκτες έχουν σχεδιαστεί για να μετρούν τους ανθρώπινους επηρεασμένους παράγοντες σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας όπως η δημόσια υγεία, η οικονομία και το τοπικό περιβάλλον, εστιάζοντας στην πρόθεση εάν η ποιότητα ζωής επιδέχεται βελτίωσης ή πρόκειται να επιβιβαστεί. Οι δείκτες πρέπει πάντοτε να είναι έγκυροι, να μπορούν να αθροιστούν και να αναλυθούν, και φυσικά να ερμηνεύονται με εύκολο τρόπο (Cummins, 2003).

Ουσιαστικά οι κοινωνικοί δείκτες έχουν σχεδιαστεί προκειμένου να διευκολύνουν την μέτρηση της κοινωνικής ευημερίας. Ειδικότερα, αξιοποιούνται προκειμένου να εκτιμήσουν την πραγματικότητα μέσα από την ανάλυση βασικών πτυχών της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού, καθώς και μέσα από την περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών που θεωρούνται ως 'έπικρατούσες'. Επιπλέον είναι βοηθητικοί

όσον αφορά στο ζήτημα της λήψης αποφάσεων από τις αρμόδιες αρχές αλλά και στην αποτελεσματικότητα των αποφάσεων αυτών (Υφαντόπουλος, 2001).

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2007), αναγνωρίζονται τρεις διακριτές χρήσεις των κοινωνικών δεικτών. Η πρώτη αφορά στην παρακολούθηση των αλλαγών σε διαχρονικό επίπεδο, σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων. Η δεύτερη αφορά στην κοινωνική αναφορά σχετικά με την δημόσια ενημέρωση και δράση σε πιθανά κοινωνικά ζητήματα ενώ η τελευταία σχετίζεται με την πρόβλεψη των τάσεων στις κοινωνικές συνθήκες. Ουσιαστικά οι κοινωνικές δείκτες είναι τα στατιστικά εκείνα, τα οποία δίνουν την ευκαιρία στους αρμόδιους μελετητές να εκτιμήσουν το σημείο που βρίσκεται μια κοινωνία, καθώς και την πορεία της, αναφορικά με τις αξίες και τους στόχους. Μέσα από τους δείκτες ποιότητας ζωής μπορεί να μετρηθεί επίσης η απήχηση και ο ρόλος πολιτικών δράσεων και προγραμμάτων επίσης.

### **Εργαλεία μέτρησης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής**

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί πολλά διαφορετικά εργαλεία για την μέτρηση και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Παρακάτω παρουσιάζονται μερικά από αυτά.

•**EuroQol «EQ-5D»:** το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό το γεγονός ότι έχει ενσωματωμένο σε 1 δείκτη ωφελιμότητας το συνολικό επίπεδο υγείας του κάθε ατόμου. Επίσης, μέσω του ερωτηματολογίου αυτού μελετώνται η φυσική, συναισθηματική/ψυχική και κοινωνική κατάσταση, ενώ αποτελείται από τις εξής διαστάσεις :

1. Κινητικότητα
2. Αυτοεξυπηρέτηση
3. Εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων
4. Πόνο/δυσφορία
5. Άγχος/κατάθλιψη

Σε αυτές τις 5 διαστάσεις υπάρχει διαβάθμιση. Τα τρία επίπεδα διαβάθμισης είναι το κανένα, το μερικό και το σημαντικό πρόβλημα. Οι ερωτήσεις του είναι εύληπτες. Η ανανεωμένη του έκδοση είναι το «EQ-15D» το οποίο παρουσιάζεται παρακάτω (Υφαντόπουλος, 2007).

• **EuroQol «EQ-15D»** : Το «EQ-15D» μοιάζει σε αρκετά σημεία με τον προκάτοχό του. Ωστόσο, αναλύεται μέσα από 15 διαστάσεις που εξετάζουν την ποιότητα ζωής. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής :

1. Κινητικότητα
2. Όραση
3. Ακοή
4. Αναπνοή
5. Ύπνος
6. Φαγητό
7. Ομιλία
8. Αφόδευση
9. Συνήθειες δραστηριότητες
10. Νοητικές λειτουργίες
11. Δυσφορία και συμπτώματα
12. Κατάθλιψη
13. Εξάντληση
14. Ζωτικότητα
15. Σεξουαλική δραστηριότητα

Καθεμία από τις παραπάνω διαστάσεις μπορεί να αξιολογηθεί σε 5 διαφορετικά επίπεδα. Επίσης, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να χορηγηθεί είτε σε κλινικές μελέτες είτε στον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο εκτυλίσσεται με την βοήθεια της κλίμακας Likert, όπου ο ερωτώμενος έχει την δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ 5 διαθέσιμων επιλογών. Πιο συγκεκριμένα, η 5βάθμια κλίμακα έχει επιλογές οι οποίες ξεκινούν από το Καθόλου και καταλήγουν στο πάρα πολύ (Υφαντόπουλος, 2007).

• **Επισκόπηση υγείας του Nottingham, «Nottingham Health Profile»:** πρόκειται για ένα ερευνητικό εργαλείο στο οποίο παρουσιάζεται μια περιεκτική περιγραφή για τις

σωματικές, κοινωνικές, και συναισθηματικές διαστάσεις της ανθρώπινης υγείας. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει τα παραπάνω στοιχεία μέσα από 45 υποκειμενικές καταστάσεις και συνίσταται από 2 μέρη. Πρόκειται για ένα αυτό – συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να χορηγηθεί σε άτομα άνω των 16 ετών. Όσον αφορά το πρώτο μέρος, περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις που παρουσιάζονται μέσα από τις εξής κλίμακες :

- (1) της ενεργητικότητας
- (2) της φυσικής κινητικότητας
- (3) της συναισθηματικής αντίδρασης
- (4) του πόνου
- (5) του ύπνου
- (6) της κοινωνικής απομόνωσης

Στο δεύτερο μέρος αξιολογούνται 7 πεδία επιδόσεων και ο βαθμός που τα προβλήματα υγείας μπορούν να επηρεάσουν τις εξής παραμέτρους :

- (1) την εργασία
- (2) την ικανότητα φροντίδας του σπιτιού
- (3) την κοινωνική ζωή
- (4) τις οικογενειακές σχέσεις
- (5) την σεξουαλική ζωή
- (6) τα ενδιαφέροντα
- (7) την αναψυχή

Σύμφωνα με τους Υφαντόπουλος & Σαρρής (2001), το εργαλείο αυτό παρουσιάζει υψηλούς συντελεστές αξιοπιστίας, εγκυρότητας και ευαισθησίας και γι' αυτό επιλέγεται όλο και συχνότερα από την ερευνητική κοινότητα. Πρόκειται μάλιστα για

ένα εύληπτο ερωτηματολόγιο με 2 επιλογές Ναι και Όχι, όπου το ‘‘ναι’’ κωδικοποιείται με 1 και το ‘‘όχι’’ με 0.

**Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας «General Health Questionnaire» :** πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο κυκλοφορεί σε τρεις διαφορετικές εκδόσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα **Likert-4 διαβαθμίσεων** από το 0 (Καθόλου) έως το 3 (Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως).

Η απλή έκδοση παρουσιάζει 28 ερωτήσεις οι οποίες κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες

- (1) στην κατάθλιψη
- (2) στο άγχος
- (3) Στην κοινωνική λειτουργικότητα
- (4) Στα σωματικά συμπτώματα

Οι δύο επόμενες εκδόσεις συνίστανται από 30 και 60 ερωτήσεις αντιστοίχως. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που μετρά την ποιότητα ζωής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε ασθενείς είτε στον υγιή πληθυσμό, με έμφαση στους τομείς που εξετάζουν την σωματική υγεία και την ψυχική (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001).

• **Επισκόπηση της επίδρασης της ασθένειας «Sickness Impact Profile»:**

Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να μελετήσει την σωματική και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων. Συνίσταται από 136 ερωτήσεις, οι οποίες επιμερίζονται στις εξής κλίμακες :

- (α) σωματική φροντίδα και κίνηση
- (β) βάρδια και κινητικότητα
- (γ) Συναισθηματική συμπεριφορά
- (δ) Κοινωνικές σχέσεις
- (ε) Συμπεριφορά σε εγρήγορση και επικοινωνία

Ο συμμετέχων μπορεί να δώσει είτε θετική είτε αρνητική απάντηση καθώς οι δύο διαθέσιμες επιλογές είναι το Ναι και το Όχι, και ο υπολογισμός της βαθμολογίας προκύπτει βάσει των σταθμισμένων δεικτών. Η τελική βαθμολογία εκφράζεται είτε σαν σύνολο είτε σαν βαθμολογία σε 2 κατηγορίες λειτουργικότητας (Bergner et al., 1981). Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να χορηγηθεί σε πολλές διαφορετικές κατηγορίες ασθενών. Ναι μεν είναι ένα ερωτηματολόγιο αρκετά χρονοβόρο, αλλά χαρακτηρίζεται επίσης από εγκυρότητα και αξιοπιστία. (Haywood et al. 2005).

• **Επισκόπηση της Υγείας «Short Form 36» (SF-36)** : Η κλίμακα SF-36 συνιστά ένα εργαλείο το οποίο επιλέγεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια ώστε να μετρηθεί η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Χαρακτηριστικό με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι το γεγονός ότι σημειώνει αρκετά υψηλή ανταποκρισιμότητα, που μπορεί να αγγίξει το 70-90%. Πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο μέσω του οποίου μπορούν να συγκριθούν τα αποτελέσματα με διαθέσιμες βιβλιογραφίες. Το ερωτηματολόγιο αυτό ολοκληρώνεται μέσα από 36 ερωτήσεις περιγραφικού χαρακτήρα οι οποίες συνθέτουν 8 κλίμακες 2-10 ερωτήσεων έκαστη και ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει σε κλίμακα Likert. Και σε αυτές τις κλίμακες περιλαμβάνονται δύο παράγοντες υγείας, η σωματική υγεία και η ψυχική (Garratt et al., 1993).

### **Προβλήματα που προκύπτουν από την εκτίμηση της ποιότητας ζωής**

Τα ζητήματα στη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι παρόμοια με εκείνα που απαντώνται στις συζητήσεις για τη μεθοδολογία της έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Ένα πρώτο ζήτημα είναι εάν η εστίαση πρέπει να είναι σε αντικειμενικούς δείκτες (π.χ. ιατρική κατάσταση, κινητικότητα, ποιότητα στέγασης) ή υποκειμενικούς δείκτες ικανοποίησης (π.χ. ικανοποίηση από την υγεία, κινητικότητα, στέγαση). Ένα δεύτερο ζήτημα είναι εάν τα δεδομένα πρέπει να περιγράφουν και να συλλέγονται από άτομα (δεδομένα μικροεπιπέδου, είτε αντικειμενικά είτε υποκειμενικά, πιθανώς συγκεντρωμένα σε πληθυσμιακές μονάδες) ή να περιγράφουν τη λειτουργία των συστημάτων (π.χ. κατανομή εισοδήματος, διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας). Ένα τρίτο ερώτημα είναι εάν τα μέτρα πρέπει να είναι ρητά στελεχωμένα με αξίες (π.χ. ο

προσωπικός έλεγχος και η ανεξαρτησία είναι θεμελιώδεις δείκτες ποιότητας ζωής) ή ουδέτερα ως προς την αξία (π.χ. ο προσωπικός έλεγχος και η ανεξαρτησία μπορεί να είναι επιθυμητές μόνο για ορισμένα άτομα). Τέταρτον, ένα ζήτημα που είναι πιο εμφανές στη συζήτηση των μοντέλων κοινωνικών δεικτών, είναι εάν τα μέτρα πρέπει να σχετίζονται στενά με τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής και της κοινωνικής αλλαγής (Raphael, 1994).

### **Ποιότητα ζωής στον ελλαδικό χώρο**

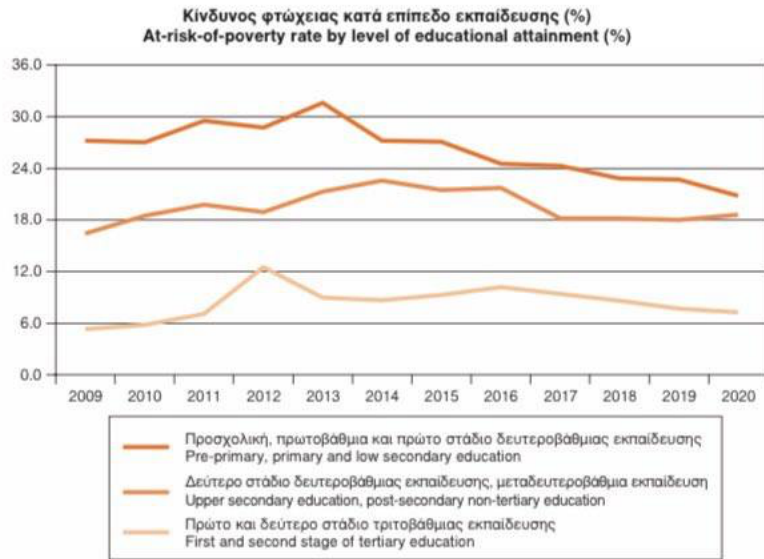
Ιστορικά, η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν από τις καλύτερες στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η βελτίωση της κατάστασης της υγείας, όπως μετράται με βάση το προσδόκιμο ζωής και τη θνησιμότητα, συνεχίστηκε, αλλά πιο αργά από τον μέσο όρο για τις χώρες που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση πριν από την 1η Μαΐου 2004. Η αργή αύξηση του προσδόκιμου ζωής είναι κυρίως συνάρτηση της αργής βελτίωσης της θνησιμότητας από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και κακοήθη νεοπλασμάτα (καρκίνοι) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Το ποσοστό θνησιμότητας από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος έχει αυξηθεί εξαιτίας κυρίως της αύξησης των καπνιστών. Τα ήδη χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από μολυσματικές ασθένειες και εξωτερικές αιτίες τραυματισμών και δηλητηριάσεων συνέχισαν να μειώνονται, εκτός από τη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα με αυτοκίνητα για τα οποία η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ. Η πρόωγη θνησιμότητα, ιδιαίτερα από καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι σημαντικά υψηλότερη στην Ελλάδα από τον μέσο όρο της ΕΕ. Τα στοιχεία για την Ελλάδα δείχνουν ότι το προσδόκιμο υγιούς ζωής αυξήθηκε κατά δύο χρόνια σε 69 χρόνια για τους άνδρες και κατά τέσσερα χρόνια σε 73 χρόνια για τις γυναίκες μεταξύ 2000 και 2013. Αυτές οι εκτιμήσεις ήταν κατά μισό χρόνο υψηλότερες από τους μέσους όρους της ΕΕ των 15 χωρών, αλλά τρία έως πέντε χρόνια υψηλότερες από τις εκτιμήσεις για την Περιφέρεια (64 έτη για τους άνδρες και 70 έτη για τις γυναίκες το 2013).

Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι το 2014, το 66% των ανδρών και το 55% των γυναικών στην Ελλάδα ήταν υπέρβαροι (δείκτης μάζας σώματος  $\geq 25$ ), με αύξηση κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες από το 2010 και για τα δύο φύλα. Επιπλέον, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας (δείκτης μάζας σώματος  $\geq 30$ ) αυξήθηκε κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες.

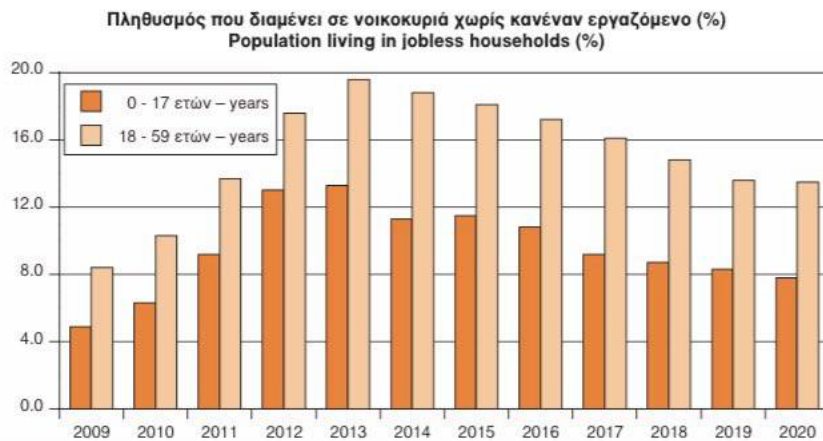
Το 2014, οι Ελληνίδες είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκες (24%) από τους άνδρες (22%). Οι μέσοι όροι για την Περιφέρεια είναι παρόμοιοι με εκείνους στην Ελλάδα όσον αφορά το μερίδιο των υπέρβαρων γυναικών (55%) και το μερίδιο της παχυσαρκίας τόσο για τους άνδρες (21%) όσο και για τις γυναίκες (25%). Οι Έλληνες άνδρες, ωστόσο, έχουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα (τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες) να είναι υπέρβαροι από τους ομολόγους τους στην περιοχή. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν 78,6 έτη για τους άνδρες και 83,2 έτη για τις γυναίκες το 2011, αντιπροσωπεύοντας αύξηση κατά 3,0 έτη για τους άνδρες και 2,4 έτη για τις γυναίκες από το 2000. Μέχρι στιγμής, τα στοιχεία του 2011 δείχνουν ότι το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται επαρκώς με τους σημερινούς ρυθμούς, χωριστά για άνδρες και γυναίκες, (ΠΟΥ, 2020)

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, τα ελληνικά νοικοκυριά αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα τα οποία αντικατοπτρίζονται στην υλική ευημερία των παιδιών σχολικής ηλικίας κατά κύριο λόγο. Πιο συγκεκριμένα, το 20,4% των παιδιών στην χώρα μας ζουν σε οικογένειες όπου το εισόδημα είναι πολύ χαμηλότερο από το ήμισυ του ελληνικού διάμεσου εισοδήματος. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 32,3% των παιδιών ίδιας ηλικίας μεγαλώνουν σε σπίτια όπου οι περιβαλλοντικές συνθήκες δεν είναι ιδανικές για την ανάπτυξή τους. Πιο συγκεκριμένα δεν υπάρχει θέρμανση, ασφάλεια και οι οικογένειες δεν γνωρίζουν την σημασία της υγιεινής διατροφής και άσκησης για την ανάπτυξή τους. Επιπλέον, όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο, οι δεξιότητες ανάγνωσης των μαθητών στην χώρα μας υπολογίζονται κάτω του μέσου όρου σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ώρες του ΟΟΣΑ. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι υπάρχουν προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικοποίησης, τα οποία αντικατοπτρίζουν την γενικότερη κατάσταση μέσα στα σπίτια. Ειδικότερα μονάχα το 44% των μαθητών σχολικής ηλικίας συμφωνεί ότι έχουν πολλούς συμμαθητές οι οποίοι είναι ευγενικοί και εξυπηρετικοί. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.



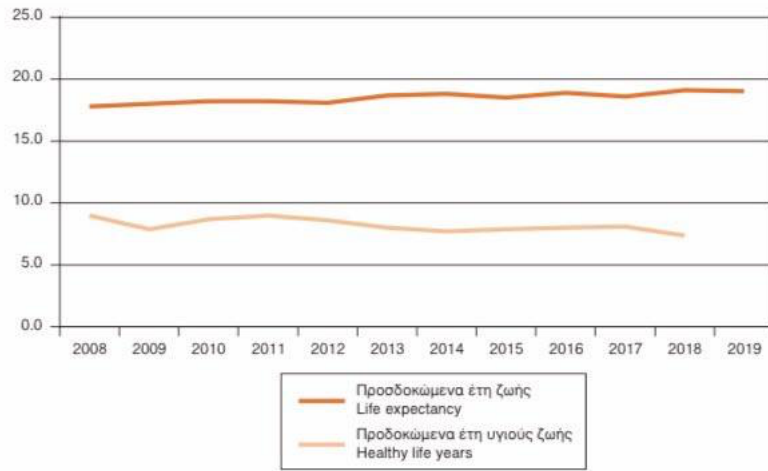


Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ που παρουσιάζονται στο παραπάνω διάγραμμα, ο κίνδυνος φτώχειας κατά επίπεδο εκπαίδευσης έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια από το 2009 σε όλες τις βαθμίδες (Statistics, 2021).



Προδοκώμενα έτη ζωής και προδοκώμενα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών  
Life expectancy and healthy life years at the age of 65

Άρρενες – Male



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Βαρέως πάσχοντες ασθενείς -Ορισμός

Με τον όρο ‘‘βαρέως πάσχοντες ασθενείς’’ εννοούνται όλοι εκείνοι οι ασθενείς που εισάγονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) προκειμένου να λάβουν την κατάλληλη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Πρόκειται για μια ετερογενή ομάδα ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη αναπνευστική και αιμοδυναμική αστάθεια, σοβαρό καταβολισμό ή υπερμεταβολισμό, υπερυπογλυκαιμία, νεφρική δυσλειτουργία κ.α. και εξαιτίας αυτών βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο η συνολική κατάσταση της υγείας τους ή της ζωής τους (Gerth και συν., 2019).

Η ετερογένεια που παρουσιάζουν οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς έχει άμεση σχέση με το ότι στη ΜΕΘ εισάγονται επειδή αντιμετωπίζουν προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη διαχείριση, όπως κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, ένα τροχαία, αλλά και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οξεία νοσήματα ή ακόμα και καρκίνο και ταυτόχρονα μπορεί και να παρουσιάζουν σοβαρές συννοσηρότητες (Oeyen και συν., 2013). Χαρακτηριστικές περιπτώσεις είναι οι ασθενείς που πάσχουν από αναπνευστική ανεπάρκεια, οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή κάποια ηπατική νόσο. Ιδιαίτερες μάλιστα είναι και οι περιπτώσεις του εγκαύματος, της σήψης ή της παχυσαρκίας (Μπαλτόπουλος & Κομνός, 2017).

Ο βαρέως πάσχων ασθενής ή ο ευρισκόμενος σε κρίσιμη κατάσταση είναι εκείνος του οποίου η ομοιοστασία εμφανίζει ασταθή ισορροπία και οι παρεκκλίσεις της είναι ταχείες, δύσκολα προβλέψιμες και μπορεί να οδηγήσουν άμεσα στο θάνατο ή σε μόνιμη ή σε βαριά βλάβη την υγεία του ασθενή αν δεν αντιμετωπισθούν άμεσα (Singer, 2019). Κατά συνέπεια, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους αφού είναι αδύνατο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων να εξυπηρετήσουν μόνοι τους τις ανάγκες τους και να ζήσουν όπως πριν (Oeyen και συν., 2018)

**Σύμφωνα με τις Αυγεροπούλου & Τσαγκάρη (2016), η ταξινόμηση των βαρέων νόσων έχει τα ακόλουθα επίπεδα :**

1. **Επίπεδο 0.** Στο επίπεδο αυτό κατατάσσονται όλοι εκείνοι οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε ένα συμβατικό θάλαμο στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις
2. **Επίπεδο 1.** Στο επίπεδο αυτό κατατάσσονται οι ασθενείς που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να επιδεινωθεί η κατάστασή τους. Επίσης, σε αυτό το επίπεδο συναντά κανείς και ασθενείς που προέρχονται από μεγαλύτερο επίπεδο φροντίδας με αυξημένες ανάγκες για συμβουλευτική παρέμβαση από εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας
3. **Επίπεδο 2.** Σε αυτό το επίπεδο οι ασθενείς έχουν ανάγκη από υψηλότερα επίπεδα φροντίδας. Μπορεί επίσης να είναι μετεγχειρητικοί ασθενείς, ή ακόμα και ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή δυσλειτουργία σε κάποιο όργανο.
4. **Επίπεδο 3.** Στο επίπεδο 3 κατατάσσονται οι ασθενείς με ανάγκη προχωρημένης αναπνευστικής υποστήριξης ή βασικής αναπνευστικής υποστήριξης και δυσλειτουργίας δύο συστημάτων. Οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

### **Κλίμακες αξιολόγησης βαρύτητας νόσου**

#### **SAPS II**

Μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης για την βαρύτητα της νόσου ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή είναι η SAPS II. Η συγκεκριμένη κλίμακα ολοκληρώνεται μέσα από 17 μεταβλητές, εκ των οποίων οι 12 είναι φυσιολογικές μεταβλητές, οι 3 σχετίζονται με την ασθένεια και οι άλλες 2 με την ηλικία και τον τύπο εισαγωγής. Στην προκειμένη περίπτωση καταγράφεται η χειρότερη τιμή για τις επιλεγμένες μεταβλητές εντός του πρώτου κυρίως 24 ώρου μετά την εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ. Η συνολική βαθμολογία είναι ανάμεσα στο 0 και στο 163. Πιο συγκεκριμένα, 0-116 πόντοι αφορούν στις φυσιολογικές μεταβλητές, 0-17 πόντοι αφορούν στην ηλικία και 0-30 πόντοι στην προηγούμενη διάγνωση που έχει λάβει ο ασθενής. Ουσιαστικά ένας ασθενής θεωρείται βαρέως πάσχοντας όταν το συνολικό του σκορ πλησιάζει το 160 (Strand et al., 2010).

Οι 12 μεταβλητές που εξετάζονται στο πρώτο μέρος είναι οι εξής :

- Θερμοκρασία (Φ.Τ: < 39 0 C)
- Συστολική αρτηριακή πίεση (Φ.Τ :100- 199 mmHg)
- Καρδιακή συχνότητα (Φ.Τ: 70 -119)
- Νάτριο ορού (Φ.Τ :125 – 144 mEq /l)
- Κάλιο ορού (Φ.Τ: 3 –4,9 mEq /l)
- Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (Φ.Τ :1000 -19000 / mm<sup>3</sup> )
- Ουρία αίματος (Φ.Τ : < 10 mmol /L)
- Ποσότητα ούρων εικοσιτετραώρου (Φ.Τ: ≥ 1L/24h )
- Διτανθρακικά αρτηριακού αίματος (Φ.Τ: ≥ 20 mEq/l)
- Ολική χολερυθρίνη (Φ.Τ :< 4 mg/dl)
- Δείκτης αερισμού (όταν ο ασθενής είναι σε αυτόματη αναπνοή υπολογίζεται σε mmHg με το λόγο PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub>, ενώ όταν είναι σε μη επεμβατικό αερισμό λαμβάνεται η τιμή PaO<sub>2</sub>)
- Κλίμακα Γλασκώβης (Strand et al., 2010).

Στο δεύτερο μέρος της κλίμακας όπου στόχος είναι να αξιολογηθεί η ηλικία του ασθενούς, πραγματοποιείται ομαδοποίηση σε 6 κατηγορίες, με τιμές από 0-18. Τέλος, στο τρίτο μέρος αξιολογείται η χρόνια κατάσταση της υγείας λαμβάνοντας υπόψη τέσσερις βασικές παραμέτρους οι οποίες είναι οι εξής:

- ✓ καμία χρόνια νόσος,
- ✓ μεταστατικό καρκίνωμα (όπου αποδεικνύεται η μετάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση, αξονική τομογραφία ή άλλη μέθοδο),
- ✓ αιματολογική κακοήθεια (λέμφωμα, οξεία λευχαιμία, πολλαπλό μυέλωμα) και
- ✓ AIDS (με κλινικές επιπλοκές όπως πνευμονία, λέμφωμα, φυματίωση) (Le Gall et al., 1993).

## APACHE

Επίσης γνωστή κλίμακα είναι και η κλίμακα Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, η οποία παρουσιάζεται με τον τίτλο APACHE. Πρόκειται για μια από τις πιο διαδεδομένες κλίμακες, που έκανε την εμφάνισή της για πρώτη φορά το 1981. Στόχος της κλίμακας ήταν η ταξινόμηση των ασθενών βάσει της βαρύτητας της νόσου τους στην ΜΕΘ. Μάλιστα είναι σχεδιασμένη ώστε να μπορεί να χορηγηθεί ακόμα και σε ανήλικους άνω των 16 ετών. Δεδομένου ότι πρόκειται για μια τόσο διαδεδομένη κλίμακα, είναι λογικό να υπάρχουν σημαντικές εξελίξεις και εκδόσεις. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίζεται στην κλινική πρακτική αλλά και στην βιβλιογραφία μια σειρά από εκδόσεις που φτάνουν στην κλίμακα APACHE IV. Ωστόσο η APACHE II είναι η έκδοση εκείνη η οποία επιλέγεται να εφαρμοστεί ως αξιολογητικό εργαλείο με υψηλότερη συχνότητα. Η κλίμακα αποτελείται από τα μέρη A, B και C. Καθένα από αυτά τα μέρη μετρά κάτι διαφορετικό. Έτσι το μέρος A μετρά τις κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους, το μέρος B την ηλικία και το μέρος C την πρότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς συνδυαστικά με τα αίτια εισαγωγής του στην ΜΕΘ. Η κλίμακα μπορεί να χορηγηθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τις πρώτες 24 ώρες από την εισαγωγή ενός ασθενούς στην ΜΕΘ (Zhang et al., 2020).

Στο μέρος A εξετάζονται τα εξής στοιχεία :

Θερμοκρασία (Φ.Τ:36-38,4)

Μέση αρτηριακή πίεση (Φ.Τ : 70- 109 mmHg)

Καρδιακή συχνότητα (Φ.Τ: 70 -109)

Αναπνευστική συχνότητα ( Φ.Τ : 12 – 24)

Ph αρτηριακού αίματος ( Φ.Τ :7,33 – 7,49 )

Οξυγόνωση (A –αO<sub>2</sub>) ( Φ.Τ : > 200 mmHg )

Νάτριο ορού ( Φ .Τ : 130 – 149 mmol/L )

Κάλιο ορού ( Φ .Τ : 3,5 – 5,4 mmol/L )

Κρεατινίνη ορού

Αιματοκρίτης αίματος ( Φ.Τ : 30 – 45,9 % )

Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων ( Φ. Τ : 3. – 14,9 × 10<sup>3</sup>mm<sup>3</sup> )

Βαθμολογία νευρολογικής εκτίμησης μετρούμενη σε κλίμακα Glasgow Coma ( G.C.S)

Στο δεύτερο μέρος, το μέρος B δίνεται έμφαση στην ηλικία του ασθενούς, με βαθμολογίες 0-6 (0≤44 ετών και 6 ≥ 75 ετών), ενώ στο τρίτο μέρος, το μέρος C αξιολογείται η χρόνια κατάσταση υγείας του (Zhou et al., 2019).

### **Injury Severity Score - ISS**

Μια ακόμα κλίμακα που αξιοποιείται πολύ συχνά ώστε να εξεταστεί η βαρύτητα της νόσου είναι η Injury Severity Score – ISS. Η συγκεκριμένη κλίμακα εκτός από την νοσηρότητα αλλά και την παραμονή στο νοσοκομείο, μπορεί να εξετάσει και τα επίπεδα θνησιμότητας, καθώς και τα μέτρα εκείνα που αφορούν στην γενικότερη σοβαρότητα της κατάστασης. Η κλίμακα περιέχει μια σειρά από όρια – σκορ, τα οποία είναι δείκτες για τις παραπάνω καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα, για τους ασθενείς οι οποίοι συγκεντρώνουν μέχρι και 10 μονάδες δεν υφίσταται κάποιος κίνδυνος θανάτου. Συνεχίζοντας, οι ασθενείς που συγκεντρώνουν έως 15 μονάδες είναι αντιμέτωποι με ένα μείζον τραύμα το οποίο δεν έχει αυξημένες πιθανότητες να τον οδηγήσουν στον θάνατο. Εάν όμως ένας ασθενής συγκεντρώσει 17 μονάδες τότε βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. πολύ πιο δύσκολη όμως είναι η περίπτωσή τους εάν το σκορ τους αγγίζει το 25, όπου τα επίπεδα θνησιμότητας είναι αυξημένα. Τέλος, για τους ασθενείς όπου το σκορ θα βρίσκεται μέχρι και 50, η κατάταξή τους θα είναι στους βαρέως πάσχοντες με 50% πιθανότητες επιβίωσης, ενώ όσοι είναι μεταξύ 51 και 75 παρουσιάζουν ελάχιστες πιθανότητες να ζήσουν. Επομένως πρόκειται για την κατηγορία του μη επιβιώσιμου τραυματισμού (Λεοντίου και Παυλάκης, 2015)

## Ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων

Είναι κοινώς αποδεκτό στην ελληνική αλλά και την διεθνή βιβλιογραφία ότι η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια η οποία εξετάζεται ολιστικά. Κατά συνέπεια, στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς η ποιότητα ζωής επηρεάζεται με πολυδιάστατο τρόπο, και σε διάφορους τομείς. Ένας βαρέως πάσχων ασθενής πρέπει να αποδεχθεί τις αλληπάλλληλες και απροσδιόριστες αλλαγές σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο. Η έλλειψη του ελέγχου, σε συνδυασμό με την κακή ποιότητα ύπνου, την κακή διατροφή και την γενικότερη ψυχολογική πίεση, προκαλούν αρνητικά συναισθήματα στους ασθενείς και μειώνουν τα επίπεδα ελπίδας. Επηρεάζονται άμεσα τομείς όπως ο κοινωνικός, ο οικονομικός και φυσικά ο πνευματικός.

Αρχικά, όσον αφορά στο σωματικό επίπεδο, ένας βαρέως πάσχων ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με την αυτοεικόνα του την οποία πρέπει να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με αυτή. Επιπλέον, το γεγονός ότι πρέπει να ακολουθούν μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή συστηματικά και να υπόκεινται σε διαρκείς εξετάσεις εντός του νοσοκομείου κατά κύριο λόγο, προκαλούν στον ασθενή ένα αίσθημα εξάντλησης. Φυσικά αυτή η εξάντληση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχολογική εξάντληση. Η νέα πραγματικότητα που καλείται να αποδεχθεί ο ασθενής είναι σκληρή και σχετίζεται άμεσα με την αδυναμία ελέγχου του σώματος (Spadaro et al., 2016).

Η διαρκής εξάρτηση και η έλλειψη αυτονομίας μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχική φθορά, προκαλώντας αρνητικά συναισθήματα τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με διαταραχές όπως η κατάθλιψη, ο διαρκής φόβος του θανάτου και ο φόβος προς το άγνωστο. Επιπλέον οι ασθενείς συχνά οδηγούνται στην απομόνωση και κατά συνέπεια στην κοινωνική περιθωριοποίηση. Άμεση είναι και η αλλοτρίωση στις σχέσεις του με την οικογένειά του και το κοντινό του περιβάλλον γενικότερα. Ο ασθενής αισθάνεται πολλές φορές αδυναμία καθώς δεν είναι σε θέση να προχωρήσει στην λήψη αποφάσεων που αφορούν στον ίδιο. Ταυτόχρονα, δεν μπορεί να ελέγξει βασικές βιολογικές του ανάγκες, ενώ άμεση είναι και η επίδραση στην σεξουαλική του ζωή (Wade et al., 2019).

Το αίσθημα πως τον "λυπούνται", επισκιάζει την καθημερινότητά του. Προχωρώντας στο κοινωνικό επίπεδο, είναι σημαντικό να τονιστεί πως πρόκειται για έναν τομέα ο οποίος πλήττεται περισσότερο απ' όλους, καθώς ο ασθενής πρέπει να σταματήσει άμεσα να εργάζεται προκειμένου να αφοσιωθεί στην υγεία του και στην



θεραπεία του. Κατά συνέπεια είναι άμεσες και οι επιπτώσεις στην ψυχολογία του καθώς οξύνεται το αίσθημα της εξάρτησης. Ο ασθενής αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους οικονομικά εάν δεν διαθέτει ο ίδιος επαρκείς πόρους, γεγονός που δεν είναι πάντα αποδεκτό από όλους. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, είναι το γεγονός ότι επηρεάζεται η αυτοφροντίδα τους και ο ελεύθερος χρόνος καθώς δεν μπορούν να εκτελέσουν έργα τα οποία τους προσφέρουν ικανοποίηση, χαλάρωση, διασκέδαση και ηρεμία (Singer et al., 2016).

### **Ποιότητα ζωής φροντιστών βαρέως πασχόντων**

Κατά τη διάρκεια της εισδοχής ενός βαρέως πάσχοντα ασθενούς στην ΜΕΘ, οι οικογενειακοί φροντιστές αντιμετωπίζουν άγχος από διάφορες πηγές. Τόσο το γενικό άγχος εξαιτίας της νόσου, όσο και το άγχος από το περιβάλλον της ΜΕΘ μπορεί να έχει πολλές συνέπειες στην υγεία τους και την καθημερινότητά τους. Οι ευθύνες τους όπως είναι λογικό αυξάνονται, ενώ οι απαιτήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν είναι διαρκείς. Επειδή η περιορισμένη γνωστική ικανότητα είναι χαρακτηριστικό σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους στη ΜΕΘ, οι οικογενειακοί φροντιστές αναμένεται συχνά να λειτουργούν ως αναπληρωματικοί φορείς λήψης αποφάσεων. Οι οικογενειακοί φροντιστές μπορεί να έχουν υποστήριξη από θρησκευτικούς ή πνευματικούς πόρους ή περιορισμένους πόρους για υποστήριξη. Ανεξάρτητα από την έκταση της διαθέσιμης υποστήριξης, η πλειονότητα των φροντιστών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας. Στην οξεία φάση της κρίσιμης ασθένειας, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος είναι τα πιο συχνά εκδηλωμένα ψυχολογικά συμπτώματα στους οικογενειακούς φροντιστές (Van Pelt et al., 2007).

Το να είναι λοιπόν κάποιος φροντιστής ενός βαρέως πάσχοντα ασθενούς αποτελεί ένα τεράστιο ζήτημα. Οι φροντιστές αυτοί αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις σε κάθε τομέα, με κυριότερο εκείνο της ψυχολογίας. Ο ψυχολογικός φόρτος των φροντιστών είναι ανυπολόγιστος, ενώ η καθημερινή επιβάρυνση αυξάνεται. Επίσης, οι φροντιστές αυτής της ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίζουν καταστάσεις που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και να τους

οδηγήσουν σε αγχώδεις διαταραχές, μετατραυματικό στρες αλλά και κατάθλιψη. Φυσικά, η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται σημαντικά, αλλά και η σύσταση της καθημερινότητάς τους (Alfheim et al., 2018).

Την ίδια άποψη έχουν και οι Choi et al. (2011) σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών, οι οποίοι εκτιμούν ότι περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ προσφέρουν φροντίδα ως φροντιστές σε ασθενείς που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία των βαρέως πασχόντων. Τα στοιχεία μάλιστα μαρτυρούν ότι η συνολική κατάσταση και η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής τους μπορεί να επιφέρει τόσο αρνητικές συνέπειες που να επηρεάσουν επί του συνόλου την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένου και του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Τα υψηλά επίπεδα άγχους που βιώνουν σε καθημερινή βάση, επηρεάζουν το νευρικό τους σύστημα, με αποτέλεσμα να οδηγούνται ακόμα και σε προβλήματα με τον ύπνο τους.

Οι van Beusekom et al. (2016), αναφέρουν ότι το μετατραυματικό στρες είναι από τις πιο συχνές περιπτώσεις στους φροντιστές των ασθενών που κατατάσσονται στους βαρέως πάσχοντες. Μάλιστα, οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι μακροπρόθεσμα οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να βιώσουν προβλήματα υγείας όπως το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό, τα καρδιαγγειακά προβλήματα αλλά και καρκίνο. Εκτός αυτού, προβλήματα όπως η απνία, τα προβλήματα συγκέντρωσης, ο χρόνιος πόνος αλλά και ο φόβος του θανάτου είναι επίσης συχνά.

Ένας παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των φροντιστών των βαρέως πασχόντων ασθενών είναι η διάρκεια παραμονής στην ΜΕΘ. Όσο περισσότερο είναι το διάστημα παραμονής στην ΜΕΘ, τόσο πιο πολύ επιβαρύνονται οι φροντιστές. Οι Douglas και Daly (2015) ανέφεραν μειωμένη σωματική υγεία και αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα απέδειξε ότι οι φροντιστές παρουσίαζαν προβλήματα με το βάρος τους, είχαν άστατο ύπνο εξαιτίας του άγχους, ενώ ήταν πιο πιθανό να τραυματιστούν από λάθος τους. Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος σε εκείνους που δεν είχαν υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους.

Όπως είναι λογικό, η κακή ποιότητα ύπνου τους μπορεί να επηρεάζει με ποικίλους τρόπους την σωματική υγεία. Για παράδειγμα, ένας τομέας που πλήττεται είναι το ανοσοποιητικό σύστημα. Οι Swoboda & Lipsett (2012) αναφέρουν ότι οι φροντιστές των οποίων ο συγγενής παραμένει στην ΜΕΘ για ένα διάστημα μεγαλύτερο των 12 ετών, ήταν πιο επιρρεπείς στις λοιμώξεις και στις νόσους όπως ένα κρυολόγημα.

Ο κοινωνικός τομέας και οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι επίσης πιθανό να επηρεαστούν καθώς οι φροντιστές αφιερώνουν την ημέρα τους στην φροντίδα του βαρέως πάσχοντος. Οι φροντιστές πρέπει να τροποποιήσουν την καθημερινότητά τους και να αφοσιωθούν στον ασθενή. Έτσι, οι κοινωνικές συναναστροφές μειώνονται σημαντικά, οι συναντήσεις με στενούς φίλους περιορίζονται, ενώ ο προσωπικός χρόνος εκμηδενίζεται. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά καθώς δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος, δεν υπάρχει προσωπική ζωή, ενώ η κοινωνική απομόνωση είναι πολύ πιθανό να συμβεί (Nelms & Eggenberger, 2010).

Στις έρευνες των Rochard et al. (2005), Paparrigopoulos et al. (2006) και Fumis (2015), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο ψυχολογικός τομέας είναι αυτός που επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των φροντιστών των βαρέως πασχόντων ασθενών. Ειδικότερα, οι περισσότεροι φροντιστές παρουσιάζουν κατάθλιψη, είτε πιο σοβαρή είτε ήπια, σε σημαντικά υψηλά ποσοστά που αγγίζουν το 97%. Η έντονη ανησυχία εντείνεται στις περιπτώσεις που οι ασθενείς πρέπει να παραμείνουν περισσότερες ημέρες στην ΜΕΘ. Σε συνδυασμό με την γενικότερη πίεση, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθούν οι φροντιστές σε μετατραυματικό στρες (Kulkarni et al., 2011).

Φυσικά, σημαντικό ρόλο κατέχουν και τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών αλλά και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία και ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα μπορούν να ασκήσουν πολύ πιο αρνητική πίεση στους φροντιστές τους. Πολύ περισσότερο, όσον αφορά στους φροντιστές που έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιβαρυνθούν όσον αφορά στην ποιότητα ζωής τους, ανήκουν μεταβλητές όπως το φύλο (κυρίως το θηλυκό), η σχέση με τον ασθενή (συνήθως η σύζυγος ή το παιδί) αλλά και η επικοινωνία με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Επιπλέον οι φροντιστές οι οποίοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, έχουν αυξημένες πιθανότητες να οδηγηθούν στην κατάθλιψη και εν συνεχεία να παρουσιάσουν μετατραυματικό στρες (Dithole et al., 2013).

## ΜΕΡΟΣ Γ

### Νοσηλευτής και Ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων ασθενών

Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στις σωματικές, ψυχολογικές και ακόμη και πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους. Πρέπει λοιπόν να ενσωματώνουν στο ρόλο τους τις διαστάσεις του νου, του σώματος και του πνεύματος και να λειτουργούν αποτελεσματικά-ολιστικά μέσα στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Απαραίτητος παράγοντας για την επίτευξη όλων αυτών των στόχων είναι τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και συναισθηματικής νοημοσύνης που βοηθούν τους νοσηλευτές να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών τους (Cummings, 2011).

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής κάθε βαρέως πάσχοντα ασθενή είναι ένα ζήτημα που απασχολεί έντονα την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια. Σε κάθε περίπτωση, ιδιαίτερο ρόλο έχει ο νοσηλευτής και φυσικά οι γνώσεις και οι δεξιότητές του, οι οποίες έχουν καταλυτική δύναμη στην πορεία του ασθενούς. Οι νοσηλευτές που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών που είναι βαρέως πάσχοντες έχουν υποχρέωση και ευθύνη προς αυτούς να είναι καταρτισμένοι τόσο σε θέματα που αφορούν την ψυχολογία του ασθενούς και την διαχείριση της περίπτωσης του, όσο και σε θέματα τεχνολογικά, προκειμένου να μπορούν να χειρίζονται αποτελεσματικά τα τεχνολογικά προηγμένα βοηθήματα τα οποία είναι γνωστό πως προάγουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Η τεχνολογική εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την φροντίδα του ασθενούς. Επιπλέον, η παροχή ολιστικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση του ασθενούς τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί δυναμικό παράγοντα που εγγυάται την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ της οικογένειας και του νοσηλευτή. Σε αντίθετη περίπτωση, η παροχή στρατηγικών για μια καλύτερη ποιότητα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς δεν μπορεί να επιτευχθεί. Φυσικά, για να γίνει αυτό, απαραίτητη είναι η στήριξη του κράτους και της διοίκησης του νοσοκομείου (Limbu και συν., 2019).

Σε έρευνα των Peleka και συν. (2019) στην Αθήνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαρέως πάσχοντες και κυρίως αυτοί που αντιμετωπίζουν έντονο πόνο και είναι πολυτραυματίες, έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη φροντίδα ακριβώς επειδή οι πιθανότητες να βιώσουν μια κατώτερη ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την

ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών αξιοποιώντας τα διαθέσιμα τεχνολογικά μέσα και καινοτομίες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης εντατικής θεραπείας.

Ο Chlan (2016) υποστηρίζει ότι η φροντίδα για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς που λαμβάνουν μηχανική υποστήριξη στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί τεράστια πρόκληση για τους νοσηλευτές. Οι παρεμβάσεις για τη διατήρηση της φυσιολογικής σταθερότητας αλλά και της ίδιας της ζωής τους μπορούν να προκαλέσουν μια σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών που έχουν αντίκτυπο στους ασθενείς αφού βγουν από την ΜΕΘ. Οι κυριότερες επιπτώσεις σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης και γενικότερα ψυχολογικών προβλημάτων εξαιτίας της πίεσης και των αλληπάλληλων προκλήσεων που υφίσταται ο ασθενής. Μερικές από τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του βαρέως πάσχοντα ασθενή που νοσηλεύεται στην ΜΕΘ είναι η αξιοποίηση μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων όπως η ακρόαση μουσικής, αλλά και η συμπληρωματική παρέμβαση που βοηθά στη μείωση του άγχους. Όταν οι νοσηλευτές βοηθούν τον ασθενή να έχει ενεργό ρόλο σε μια τόσο κρίσιμη κατάσταση, η πορεία του είναι καλύτερη καθώς οι ανάγκες του προσεγγίζονται ολιστικά.

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι μια ομάδα ασθενών με ιδιαίτερες απαιτήσεις από την πλευρά των νοσηλευτών. Οι ασθενείς έχουν αυξημένες ανάγκες και είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για την κάλυψή τους. Επιπλέον, η παροχή ολιστικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση του ασθενούς τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί δυναμικό παράγοντα που εγγυάται την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ της οικογένειας και του νοσηλευτή. Τόσο ανάγκες που αφορούν την διατροφή όσο και ανάγκες που αφορούν την πνευματικότητα, είναι απαραίτητο να φροντίζονται ισάξια από καταρτισμένους νοσηλευτές (Elamin & Camporesi, 2009).

Η διατροφική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι προάγει μια βελτιωμένη διατροφική κατάσταση, έγκαιρη αποκατάσταση, βελτιωμένη ανοσολογική κατάσταση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια κρίσιμη ασθένεια. Επίσης, έχει σημαντική επίδραση στη μείωση της μεταβολικής απόκρισης, προλαμβάνει την οξειδωτική κυτταρική βλάβη και ρυθμίζει την ανοσολογική αντίδραση. Οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική της θεραπείας διατροφής για βαρέως πάσχοντες ασθενείς σχεδιάζονται για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αποτρέψουν τον υποσιτισμό και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών. Οι

νοσηλευτές, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες γραμμές που έχουν θεσπιστεί όσον αφορά το θέμα αυτό, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, με λιγότερες πιθανότητες για επιπλοκές που μπορεί να είναι επιζήμιες (Stewart, 2014).

Ομοίως, οι Warren και συν. (2016) υποστηρίζουν ότι κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών. Συνεπώς, η διατροφή που βασίζεται σε τέτοιες οδηγίες μπορεί να αποτελέσει τρόπο πρόληψης του υποσιτισμού. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να ακολουθούν τα κατάλληλα πρωτόκολλα και να εναρμονίζουν τις πρακτικές τους με τις ανάλογες κατευθυντήριες γραμμές. Η κακή ή η μη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαιτητική θεραπεία οδηγεί σε αποκλίσεις στις πρακτικές διατροφής, ανεπαρκή υποσιτισμό διατροφής και θνησιμότητα.

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει στους Mauldin & O'Leary-Kelley (2015) οι οποίοι κάνουν λόγο για τον ρόλο του νοσηλευτή στην αξιολόγηση της διατροφής των βαρέως πασχόντων ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε κίνδυνο υποσιτισμού, μια κατάσταση που είναι δύσκολο να ανιχνευθεί στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς οι οποίοι είναι παχύσαρκοι. Οι ασθενείς αυτοί, εξαιτίας της βαρύτητας της κατάστασής τους, αλλά και εξαιτίας της παχυσαρκίας έχουν κατά προσέγγιση περισσότερες νοσηρότητες, οι οποίες είναι δυνατό να απορυθμιστούν και να προκαλέσουν σημαντικές επιπλοκές όταν ο ασθενής υποσιτίζεται. Είναι απαραίτητο λοιπόν, προκειμένου να τηρείται μια αξιοπρεπής ποιότητα ζωής, οι νοσηλευτές να αξιολογούν ανά τακτά χρονικά διαστήματα τους ασθενείς αυτούς και να είναι πάντοτε σε θέση να εφαρμόσουν αποτελεσματικά πλάνα διατροφικής παρέμβασης.

Οι Wilmskoetter και συν. (2018) αναφέρουν ότι οι σωλήνες τροφοδοσίας διαδερμικής ενδοσκοπικής γαστροστομίας (PEG) τοποθετούνται συνήθως σε ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο προκειμένου να καλυφθεί η ανάγκη τους για εντερική διατροφή. Ωστόσο, οι σωλήνες PEG σχετίζονται με διάφορες επιπλοκές και με μείωση της ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο που λαμβάνουν σωλήνα PEG έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν μια σημαντικά διαφορετική τροχιά φροντίδας μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο,

οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να προετοιμάζουν ψυχολογικά τους ασθενείς με τραχειοστομία για το τι πρόκειται να ακολουθήσει προκειμένου η αλλαγή που θα επέλθει να επηρεάσει όσο το δυνατόν λιγότερο γίνεται την ποιότητα ζωής τους.

Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς που έχουν βιώσει εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν μεγάλες πιθανότητες να οδηγηθούν στον θάνατο αν δεν λάβουν την κατάλληλη φροντίδα. Για την διατήρηση της ποιότητα ζωής τους, οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς με την περίθαλψη και τις ψυχοεμβολικές πτυχές που συνδέονται με τη λειτουργικότητα είναι οι πιο σημαντικές. Κατά τη διάρκεια της περιόδου νοσηλείας, οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να πραγματοποιούν προσεκτικό σχεδιασμό της φροντίδας των ασθενών βάσει των ατομικών τους αναγκών προκειμένου. Για να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σχετίζονται με την διατήρηση της λειτουργικότητας, τόσο της πνευματικής όσο και της σωματικής. Επιπλέον, είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να εκπαιδεύουν τους φροντιστές των ασθενών (Nunes & Queirós Paulo, 2017).

Πολύ πιο αυξημένες ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη έχουν οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ΜΕΘ. Το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να έχουν άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχολογική και σωματική ευεξία των ασθενών της ΜΕΘ. Η επίδρασή τους είναι τόσο ισχυρή που συνδέονται με την καθυστερημένη φυσική ανάκαμψη. Η κοινωνική υποστήριξη είναι απαραίτητη σε αυτούς τους ασθενείς. Επίσης απαραίτητη είναι η σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης με τον νοσηλευτή (Daniels και συν., 2018).

Τα αποτελέσματα από μια τέτοια νοσηλευτική παρέμβαση είναι άμεσα, καθώς παρατηρείται βελτίωση των ζωτικών σημείων του ασθενή, μείωση των ποσοστών πόνου και άγχους αλλά και μείωση του ποσοστού επιπλοκών. Τέλος, υποστηρίζεται ότι με αυτό τον τρόπο, μειώνεται η διάρκεια διαμονής στην ΜΕΘ και βελτιώνεται η ικανοποίηση του ύπνου των ασθενών. Η ποσότητα αλλά και η ποιότητα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στη ΜΕΘ, καθώς και οι τεχνικές χαλάρωσης που αξιοποιούν οι νοσηλευτές, συνδέονται με τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των ασθενών. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να συμμετάσχουν σε ψυχολογική υποστήριξη με συστηματικό τρόπο και να αναγνωρίσουν την υψηλή προτεραιότητα των παρεμβάσεων στήριξης (Papathanassoglou, 2010).

Ο ύπνος και η ποιότητά του, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών που είναι βαρέως πάσχοντες. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν δυσκολίες στον ύπνο, εφιάλτες, αυπνία αλλά και ντελίριο. Οι πιθανότητες για την εκδήλωση των προβλημάτων αυτών εξαρτώνται από το διάστημα που ο ασθενής έχει παραμείνει στην ΜΕΘ. Οι τρέχουσες συστάσεις για τον μετριασμό του συνδρόμου μετά την φροντίδα στην ΜΕΘ ενσωματώνονται στην περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια και στοχεύουν στην προώθηση της παρουσίας της οικογένειας στη ΜΕΘ, στη στήριξη της λήψης αποφάσεων και στην ενίσχυση της επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς τους, και μέσα από ομαδική εργασία με την οικογένεια να επιδιώκουν την καταγραφή ενός ημερολογίου που αφορά τον ύπνο του βαρέως πάσχοντος ασθενούς. Είναι απαραίτητο λοιπόν οι νοσηλευτές να δίνουν επίσης ανατροφοδότηση στους ασθενείς και την οικογένεια. Μέσα από την τυπική επίβλεψη του ασθενούς, οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου αλλά και γενικότερα την ποιότητα ζωής τους (Blair και συν., 2017).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις για την προώθηση του ύπνου περιλαμβάνουν τόσο τις θεραπευτικές όσο και τις μη θεραπευτικές παρεμβάσεις. Παρά την εκτεταμένη χρήση φαρμάκων, μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αρνητικές επιπτώσεις στην αναπνοή, μειωμένη ικανότητα σκέψης και μπορούν επίσης να επηρεάσουν τα φυσιολογικά επίπεδα ύπνου και να οδηγήσουν σε κίνδυνο ανοχής ή εξάρτησης. Ωστόσο, η ελαχιστοποίηση του θορύβου και του φωτός κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι δύσκολο να επιτευχθεί στις ρυθμίσεις της ΜΕΘ λόγω των αυξημένων ανθρώπινων κινήσεων κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως η είσοδος νέων ασθενών. Ένας τρόπος για να παραμένουν οι ασθενείς ασφαλείς από θόρυβο και φως είναι οι ωτοασπίδες και οι μάσκες ματιών (Kanji et al., 2016).

Κατά συνέπεια, συνιστώνται μη θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως η μείωση του θορύβου και του φωτός, η κοινωνική υποστήριξη, η μουσικοθεραπεία και οι εναλλακτικές θεραπείες για τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου σε περιβάλλοντα φροντίδας όπως η ΜΕΘ (Sweity et al., 2019).



Οι εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, του παραληρήματος, της φυσικής κατάστασης και της ίδιας της κρίσιμης νόσου, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ενός βαρέως πάσχοντα ασθενή. Ένας τρόπος για να ελεγχθεί η κατάσταση και οι ασθενείς να έχουν όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής γίνεται είναι η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που θα επιδιώξουν την κοινωνική υποστήριξη και θα δώσουν στους ασθενείς τους το κίνητρο να εμπλακούν σε αυτή. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής όσον αφορά την ψυχική υγεία, αλλά και με τα μειωμένα επίπεδα πόνου, και φυσικά με την μείωση των επιπλοκών. Η κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να παρέχεται ακόμα και από τους κοντινούς ανθρώπους του βαρέως πάσχοντα, τους οποίους ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύσει αναλόγως (Langerud και συν., 2018).

Η διάσταση της πνευματικότητας και οι συναφείς έννοιες της πνευματικής ευημερίας και της πνευματικής υγείας είναι σημαντικές για τον κλάδο της νοσηλευτικής. Επιπλέον, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η πνευματικότητα είναι η ουσία των ανθρώπων και παίζει ζωτικό ρόλο στη ζωή τους. Ακόμα, εντοπίζοντας την πνευματική διάσταση της φροντίδας σε έναν ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να του παρέχει σημαντικά καλύτερη σωματική και ψυχοκοινωνική έκβαση (Gallison και συν., 2013).

Η πνευματική φροντίδα έχει άμεση θετική επίδραση στην υγεία και έχει επίσης καταλυτικό ρόλο στην μείωση του άγχους των ασθενών που είναι βαρέως πάσχοντες και έχουν πολλές προκλήσεις να αντιμετωπίσουν. Βοηθά επίσης στην βελτίωση της αυτοεκτίμησης και την αύξηση της ελπίδας. Ταυτόχρονα, βοηθά πολύ στις διαπροσωπικές σχέσεις ενώ σημαντικό είναι να τονιστεί ότι βοηθά στην και στην καλύτερη διαχείριση της νόσου και φυσικά στην μείωση των υποτροπών και συνεπώς στα μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης. Τέλος, καλύπτοντας τις πνευματικές ανάγκες των βαρέως πασχόντων ασθενών που βρίσκονται στην ΜΕΘ, οι νοσηλευτές μπορούν να μειώσουν τις ανάγκες για επεμβατικές παρεμβάσεις στο τελικό στάδιο της ζωής. Ταυτόχρονα, μειώνεται το κόστος νοσηλείας, αλλά και η διάρκειά της γεγονός που στο σύνολο προσφέρει μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Bashar et al., 2018).

Στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των βαρέων πασχόντων ασθενών μέσα από την κάλυψη των πνευματικών αναγκών, οι νοσηλευτές μπορούν να τους προσφέρουν την ευκαιρία αυτή μέσω της ολιστικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, η

σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς έχει θετική επίδραση στον στόχο. Οι νοσηλευτές, μπορούν να επιτύχουν το στόχο της βελτίωσης της ποιότητας ζωής μέσω της ενεργητικής ακρόασης, μέσω της προσευχής αλλά και μέσω της συμβουλευτικής. Φυσικά, είναι αυτοί που θα προάγουν το δικαίωμα του ασθενούς για προσωπικό χρόνο (Kim και συν., 2017).

Η έρευνα των Riklikienė και συν. (2020) στην Λιθουανία, έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών, επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την κάλυψη των πνευματικών τους αναγκών. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, μέσα από παρεμβάσεις που καλύπτουν τις ανάγκες τους για εκπαίδευση, θρησκευτικότητα αλλά και πίστη. Καλύπτοντας τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους, οι νοσηλευτές μπορούν να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τον πόνο, να μειώσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, και φυσικά να νιώσουν ικανοποίηση και ευχαρίστηση.

### **Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των φροντιστών**

Ο νοσηλευτής έχει πολύπλευρο ρόλο κάθε φορά που πρέπει να διαχειριστεί έναν βαρέως πάσχοντα ασθενή. Η εμπλοκή του είναι άμεση τόσο στην φροντίδα του ασθενούς με στόχο τις σωματικές του ανάγκες, όσο και σε διαδικασίες όπως η λήψη αποφάσεων και τα ηθικά διλήμματα. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι επίσης υποστηρικτές των συγγενών των ασθενών. Με λίγα λόγια, η φροντίδα επικεντρώνεται έντονα σε όλες τις πτυχές της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας και της υποστήριξης της ζωής, συνδυάζοντας έτσι την ουσία της νοσηλείας με την παρατήρηση, την διορατική και μάλιστα διαισθητική ερμηνεία και τις αντιδράσεις στην παραμικρή ανισορροπία ή απόκλιση σε ότι αφορά την κατάσταση ασθενούς (Chen και συν., 2019).

Οι νοσηλευτές λοιπόν, που φροντίζουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποια βαριά νόσο αποτελούν τον δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και της οικογένειάς τους (Scholtz και συν., 2016). Για να επιτευχθεί αυτή η επικοινωνία, και να είναι άρτια, οι νοσηλευτές πρέπει να συνάψουν σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς αλλά και με την οικογένεια. Μια θεραπευτική σχέση η οποία στηρίζεται στην

εμπιστοσύνη μειώνει τα επίπεδα άγχους και από τις δύο πλευρές, και βελτιώνει τα επίπεδα ελπίδας. (Drews, 2013)

Οι Vuong και συν. (2019) διατείνονται ότι η επικοινωνία ανάμεσα στον νοσηλευτή και την οικογένεια αποτελεί κεντρικό στοιχείο της λήψης αποφάσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Η ποιότητα αυτής της επικοινωνίας έχει άμεση επίδραση στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη φροντίδα ασθενών που είναι βαρέως πάσχοντες. Κατ'επέκταση, είναι πιθανό να επηρεαστεί η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα ζωής των ασθενών, είναι απαραίτητη η αξιοποίηση του εργαλείου Care and Communication Bundle. Το Bundle είναι μια τυποποιημένη κλινική οδός βέλτιστων πρακτικών παρηγορητικής φροντίδας. Μέσα από αυτό το εργαλείο οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν σημαντική βοήθεια τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.

Οι Thimmapur et al. (2018) υποστηρίζουν ότι εφόσον οι φροντιστές είναι υπεύθυνοι για την διαδικασία λήψης αποφάσεων για τους βαρέως πάσχοντες συγγενείς τους, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αφιερώνουν σημαντικό χρόνο ώστε να τους εξηγούν τις επιλογές τους. Στο ίδιο πλαίσιο, πρέπει να τους εξηγούν τις πιθανές παρενέργειες από την κάθε επιλογή αλλά και τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ δεν έχουν να φροντίζουν μόνο τους βαρέως πάσχοντες, αλλά και να παρέχουν υποστήριξη στους φροντιστές. Η σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης με τους φροντιστές είναι απαραίτητη. Η σχέση αυτή πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη (Mitchell et al., 2016).

Οι νοσηλευτές πρέπει χρησιμοποιούν θεραπευτικές δεξιότητες επικοινωνίας για να παρέχουν νέες πληροφορίες, να ενθαρρύνουν την κατανόηση των απαντήσεων, να διερευνήσουν επιλογές για φροντίδα, να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων και να διευκολύνουν την ευεξία των φροντιστών οι οποίοι περνούν αρκετές ώρες της ημέρας στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια συμβάλλει στην προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και των φροντιστών και στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης (Wright et al., 2010).

Η θεραπευτική επικοινωνία, ένα θεμελιώδες συστατικό της νοσηλευτικής, περιλαμβάνει τη χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών για να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους φροντιστές τους στην συγκεκριμένη περίπτωση να εκφράσουν συναισθήματα

και ιδέες και να μεταδώσουν την αποδοχή και τον σεβασμό. Για την οικοδόμηση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης, απαιτείται εστίαση στον ασθενή αλλά και στον φροντιστή, και γνήσια ενσυναίσθηση (Webster, 2014)

Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα κατανόησης και κοινής χρήσης των συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου. Για να μεταφέρει την ενσυναίσθηση προς έναν φροντιστή, ο νοσηλευτής πρέπει να αντιληφθεί με ακρίβεια την κατάσταση του φροντιστή, και να ενεργήσει βάσει της αντίληψης για να τον βοηθήσει. Η αποτελεσματική επικοινωνία που βασίζεται στην ενσυναίσθηση όχι μόνο συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των φροντιστών, αλλά έχει επίσης θετική επίδραση στη βελτίωση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη.. Αντίθετα, η ανεπαρκής επικοινωνία και η ελλιπής ενημέρωση, οδηγεί σε παράπονα και άγχος και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε άλλα αρνητικά αποτελέσματα (Park & Oh, 2018).

Φυσικά, σε κάθε περίπτωση απαραίτητο είναι οι νοσηλευτές να αφιερώνουν χρόνο στους φροντιστές, να αξιολογούν τις ανάγκες τους σε κάθε επίπεδο, και να τους παροτρύνουν να έχουν υγιείς συνήθειες και να προσπαθούν να ασχολούνται όσο το δυνατόν περισσότερο με την ακεραιότητα και την υγεία τους. Επίσης, μπορούν να τους προτείνουν την συμμετοχή σε ψυχοκοινωνικά προγράμματα τα οποία είναι κατάλληλα δομημένα και παρέχονται από νοσηλευτές. Σε αυτά τα προγράμματα οι φροντιστές μπορούν να έρθουν σε αλληλεπίδραση με συγγενείς και άλλων ασθενών που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, να ανταλλάξουν απόψεις και να νιώσουν το αίσθημα της υποστήριξης από άτομα που συμπάσχουν και μπορούν πραγματικά να αντιληφθούν την κατάστασή τους (Abdelhadi & Drach-Zahavy, 2012).

## **ΜΕΡΟΣ Δ**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

#### **4.1 Σκοπός**

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθούν τα νέα δεδομένα όσον αφορά στην ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων ασθενών και τον ρόλο του νοσηλευτή.

#### **4.2 Υλικό – μέθοδος**

Η μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ειδικότερα, επιλέχθηκε η μηχανή αναζήτησης Pubmed με τον αλγόριθμο (((quality of life) AND (nursing)) AND (ICU critically ill patients)). Τα φίλτρα που αξιοποιήθηκαν ήταν publication date : 5 years και Journal : Nursing journals καθώς στόχος ήταν ο εντοπισμός άρθρων της τελευταίας 5 ετίας τα οποία είχαν δημοσιευθεί σε νοσηλευτικά περιοδικά. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά στα κριτήρια αποκλεισμού και αποδοχής. Πιο συγκεκριμένα, αποκλείστηκαν άρθρα στα οποία δεν αναφέρονταν νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αλλά και άρθρα στα οποία ο πληθυσμός ήταν γενικά ασθενείς που νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ, και όχι συγκεκριμένα βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Αναφορικά με τα κριτήρια αποδοχής, τα κυριότερα ήταν η δημοσίευση σε νοσηλευτικά περιοδικά και η ποιότητα ζωής στους ασθενείς που ανήκουν στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

#### **4.3 Αποτελέσματα**

Εντοπίστηκαν 10 άρθρα τα οποία ανταποκρίνονταν στα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού και παρατίθενται παρακάτω

## **Αρθρο 1<sup>ο</sup>**

### **Effects of non- therapeutic measures on sleep quality among critically ill patients, Egypt.**

**Background:** Intensive care unit (ICU) patients are vulnerable to sleep deprivation. Disrupted sleep in critically ill settings is accompanied by increased morbidity and mortality. Many factors can cause sleep disruption. Non- therapeutic measures such as earplugs and eye masks could be beneficial in improving the quality of sleep by creating relaxing effects. Aim of this Study: was to evaluate the effects of non-therapeutic measures such as eye masks and earplugs on sleep quality among critically ill patients.

**Material and Methods:** A quasi- experimental research design was utilized to carry out the research study. A convenient sample of 66 critically ill patients divided equally into the study and control groups; the control group included patients who didn't wear the earplugs or the eye masks at night during sleep, while the study group included patients who wore them at nights. The two groups continued participation in the study for at least 3 nights. Patients' demographics, factors affecting sleep quality observational checklist and Richard Campbell Sleeping Questionnaire were utilized for data collection.

**Results:** More than two thirds of the study group patients experienced deep sleep (69.7%) versus (45. 5%) in the control group on the first night. high significant improvement in the total sleep quality among the study group compared to patients in the control group on the second and third night

**Conclusion:** Non-therapeutic measures such as earplugs and eye masks significantly reduced the environmental stressors at night and improved the quality of sleep among critically ill patients (Khalil et al., 2019).

## Περίληψη

### **Επιδράσεις των μη θεραπευτικών μέσων στην ποιότητα ζωής βαρέως πασχόντων ασθενών στην Αίγυπτο**

**Θεωρητικό μέρος :** Οι ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας (ICU) είναι εύαλωτοι και στερούνται σημαντικά τον ύπνο τους. Ο διαταραγμένος στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Πολλοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή του ύπνου. Τα μη θεραπευτικά μέτρα όπως οι ωτοασπίδες και οι μάσκες ματιών θα μπορούσαν να λειτουργήσουν χαλαρωτικά και να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα του ύπνου.

**Σκοπός:** η αξιολόγηση των επιδράσεων των μη θεραπευτικών μέτρων, όπως οι μάσκες ματιών και οι ωτοασπίδες στην ποιότητα του ύπνου μεταξύ των βαρέως πασχόντων ασθενών

**Υλικό και Μέθοδοι:** Χρησιμοποιήθηκε ένα ημι- πειραματικό ερευνητικό σχέδιο για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης. Ένα δείγμα ευκολίας 66 ασθενών που ήταν βαρέως πάσχοντες χωρίστηκε ισότιμα στις ομάδες μελέτης και ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου περιελάμβανε ασθενείς που δεν φορούσαν τα ωτοασπίδες ή τις μάσκες των ματιών τη νύχτα κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ η ομάδα μελέτης περιελάμβανε ασθενείς που τους φορούσαν τις μάσκες και ωτοασπίδες κατά την διάρκεια της νύχτας. Οι δύο ομάδες συνέχισαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη για τουλάχιστον 3 νύχτες. Για την ολοκλήρωση της μελέτης μετρήθηκε η ποιότητα του ύπνου και χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Richard Campbell Sleeping.

**Αποτελέσματα:** Πάνω από τα δύο τρίτα των ασθενών της ομάδας μελέτης παρουσίασαν βαθύ ύπνο (69,7%) έναντι (45. 5%) στην ομάδα ελέγχου την πρώτη νύχτα. Παρουσιάστηκε επίσης υψηλά σημαντική βελτίωση στη συνολική ποιότητα ύπνου μεταξύ της ομάδας μελέτης σε σύγκριση με τους ασθενείς στην ομάδα ελέγχου τη δεύτερη και τρίτη νύχτα.

**Συμπέρασμα:** Τα μη θεραπευτικά μέτρα όπως οι ωτοασπίδες και οι μάσκες ματιών μείωσαν σημαντικά τους παράγοντες που προκαλούν ένταση και αυπνία τη νύχτα και

βελτίωσαν την ποιότητα του ύπνου μεταξύ των βαρέως πασχόντων ασθενών (Khalil et al., 2019).

## **Άρθρο 2<sup>ο</sup>**

### **Support needs and health-related quality of life of family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and admission to a specialised centre: A qualitative longitudinal interview study**

**Objectives** Family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation may experience physical and psychological morbidity associated with a protracted intensive care unit experience. Our aim was to explore potentially modifiable support needs and care processes of importance to family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and transition from the intensive care unit to a specialised weaning centre.

**Research methodology/design** A longitudinal qualitative descriptive interview study. Data was analysed using directed content analysis.

**Findings** Eighteen family caregivers completed interviews at weaning centre admission (100%), and at two-weeks (40%) and three-months after discharge (22%) contributing 29 interviews. Caregivers were primarily women (61%) and spouses (50%). Caregivers perceived inadequate informational, emotional, training, and appraisal support by health care providers limiting understanding of prolonged ventilation, participation in care and decision-making, and readiness for weaning centre transition. Participants reported long-term physical and psychological health changes including alterations to sleep, energy, nutrition and body weight.

**Conclusions** Deficits in informational, emotional, training, and appraisal support of family caregivers of prolonged mechanical ventilation patients may increase caregiver burden and contribute to poor health outcomes. Strategies for providing support and maintaining family caregiver health-related quality of life are needed (Dale et al., 2020).



## **Περίληψη**

Οι ανάγκες για υποστήριξη και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των οικογενειακών φροντιστών των βαρέως πασχόντων ασθενών που απαιτούν παρατεταμένο μηχανικό εξαερισμό και εισαγωγή σε εξειδικευμένο κέντρο: Μια ποιοτική μελέτη διαχρονικής συνέντευξης

**Στόχος:** Οι οικογενειακοί φροντιστές βαρέως πασχόντων ασθενών που χρειάζονται παρατεταμένο μηχανικό αερισμό μπορεί να παρουσιάσουν σωματική και ψυχολογική νοσηρότητα που σχετίζεται με μια παρατεταμένη εμπειρία στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Στόχος ήταν να διερευνηθούν οι δυνητικά τροποποιήσιμες ανάγκες υποστήριξης και διαδικασίες φροντίδας που έχουν σημασία για τους οικογενειακούς φροντιστές ασθενών που απαιτούν παρατεταμένο μηχανικό αερισμό και μετάβαση από τη μονάδα εντατικής θεραπείας σε ένα εξειδικευμένο κέντρο αποκατάστασης.

**Μεθοδολογία / σχεδιασμός έρευνας:** Μια διαχρονική ποιοτική περιγραφική μελέτη συνέντευξης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου.

**Ευρήματα :** Δεκαοκτώ οικογενειακοί φροντιστές ολοκλήρωσαν συνεντεύξεις κατά την είσοδο στο κέντρο (100%) και σε δύο εβδομάδες (40%) και τρεις μήνες μετά την έξοδο (22%) προσφέροντας συνολικά 29 συνεντεύξεις. Οι φροντιστές ήταν κυρίως γυναίκες (61%) και σύζυγοι (50%). Οι φροντιστές αντιλήφθηκαν ανεπαρκή ενημέρωση, συναισθηματική, εκπαίδευση και υποστήριξη εκτίμησης από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που περιορίζουν την κατανόηση της παρατεταμένης μηχανικής υποστήριξης, τη συμμετοχή στη φροντίδα και τη λήψη αποφάσεων και την ετοιμότητα για μετάβαση στο κέντρο αποκατάστασης. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μακροχρόνιες αλλαγές σωματικής και ψυχολογικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών στον ύπνο, ενέργεια, διατροφή και σωματικό βάρος.

**Συμπεράσματα :** Οι ελλείψεις στην ενημέρωση, τη συναισθηματική, την εκπαίδευση και την υποστήριξη εκτίμησης των οικογενειακών φροντιστών των ασθενών που παραμένουν στην ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα και υποστηρίζονται μηχανικά, μπορεί να αυξήσουν το βάρος της ευθύνης τους και να συμβάλουν σε επιπτώσεις στην

υγεία τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι απαιτείται η υιοθέτηση στρατηγικών για την παροχή υποστήριξης και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία του οικογενειακού φροντιστή (Dale et al., 2020).

### **Άρθρο 3<sup>ο</sup>**

#### **Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model**

**Introduction:** Adverse responses to critical illness, such as symptoms of depression, anxiety or posttraumatic stress, are relatively common among family members. The role of risk factors, however, remains insufficiently understood, but may be important to target those family members most in need for support. We therefore examined the association of patient-, family member- and care-related factors with post-ICU psychological distress in family members in a general population of critical ill patients.

**Methods:** We conducted a prospective, single-centre observational study in a twelve-bed surgical ICU in a 900-bed University Hospital in Switzerland. Participants were family members of patients treated in ICU who completed the Family Satisfaction in ICU-24 Survey, the Hospital Anxiety Depression Scale, Impact of Event Scale-Revised-6, and a demographic form within the first 3 months after their close other's ICU stay. Data were analysed using linear mixed-effects models, with depression, anxiety, and posttraumatic stress as outcome measures.

**Results:** A total of 214 family members (53% return rate) returned a completed questionnaire. We found that higher levels of satisfaction were significantly associated with lower levels of depression, anxiety and posttraumatic stress. There was no statistically significant association between family member characteristics and any measure of psychological distress. Among the included patient characteristics, younger patient age was associated with higher levels of depression, and patient death was associated with higher levels of depression and posttraumatic stress.

**Conclusions :** Our results suggest that satisfaction with ICU care is strongly associated with family well-being post-ICU. Family members of younger patients and of those

who die seem to be most at risk for psychological distress, requiring specific support, whereas family member characteristics may have less relevance (Naef et al., 2021).

## **Περίληψη**

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική δυσφορία μετά τη ΜΕΘ σε μέλη της οικογένειας ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση: ένα γραμμικό μοντέλο μικτών επιδράσεων**

**Εισαγωγή:** Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε κρίσιμες ασθένειες, όπως συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή μετατραυματικού στρες, είναι σχετικά συχνές μεταξύ των μελών της οικογένειας. Ο ρόλος των παραγόντων κινδύνου, ωστόσο, παραμένει ανεπαρκώς κατανοητός, αλλά μπορεί να είναι σημαντικός για τη στόχευση εκείνων των μελών της οικογένειας που χρειάζονται περισσότερο υποστήριξη. Επομένως, εξετάσαμε τη συσχέτιση παραγόντων που σχετίζονται με τον ασθενή, το μέλος της οικογένειας και τη φροντίδα με την ψυχολογική δυσφορία μετά τη ΜΕΘ σε μέλη της οικογένειας σε έναν γενικό πληθυσμό ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση.

**Μέθοδοι:** Πραγματοποιήσαμε μια προοπτική, μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης σε χειρουργική ΜΕΘ δώδεκα κλινών σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 900 κλινών στην Ελβετία. Οι συμμετέχοντες ήταν μέλη της οικογένειας ασθενών που έλαβαν θεραπεία στη ΜΕΘ και ολοκλήρωσαν την Έρευνα Οικογενειακής Ικανοποίησης στη ΜΕΘ-24, την κλίμακα κατάθλιψης άγχους στο νοσοκομείο, την κλίμακα επιπτώσεων συμβάντων-αναθεωρημένη-6 και μια δημογραφική φόρμα εντός των πρώτων 3 μηνών μετά την παραμονή του στενού άλλου στη ΜΕΘ. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας γραμμικά μοντέλα μικτών επιδράσεων, με κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματικό στρες ως μέτρα έκβασης.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 214 μέλη της οικογένειας (ποσοστό επιστροφής 53%) επέστρεψαν ένα συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο. Βρήκαμε ότι τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συσχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους

και μετατραυματικού στρες. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των μελών της οικογένειας και οποιουδήποτε μέτρου ψυχολογικής δυσφορίας. Μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν, η μικρότερη ηλικία ασθενών συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ο θάνατος ασθενών με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ικανοποίηση από τη φροντίδα της ΜΕΘ συνδέεται στενά με την οικογενειακή ευημερία μετά τη ΜΕΘ. Τα μέλη της οικογένειας των νεότερων ασθενών και εκείνων που πεθαίνουν φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχολογική δυσφορία, που απαιτούν ειδική υποστήριξη, ενώ τα χαρακτηριστικά των μελών της οικογένειας μπορεί να έχουν μικρότερη συνάφεια (Naef et al., 2021).

#### **Άρθρο 4<sup>ο</sup>**

##### **Quality of life improves for tracheostomy patients with return of voice: A mixed methods evaluation of the patient experience across the care continuum.**

**Objectives:** A tracheostomy tube can profoundly impact ability to communicate. The impact of this on patients' self-esteem and quality of life in the care continuum from the intensive care unit to after decannulation has not been reported. Therefore, the aim was to investigate the patient-reported experience regarding change in communication function, communication-related self-esteem and quality of life.

**Research design:** A mixed methods approach was utilised. Quantitative data were obtained using validated measures of self-esteem related to communication-related quality of life and general health. Data were measured before return of voice, within 48 hours of voice return and six months after tracheostomy decannulation. Qualitative data were collected through structured interviews six months after tracheostomy.

**Results:** Seventeen participants completed the study. Four themes emerged from the interviews: It's hard communicating without a voice; What is happening to me?; A storm of dark emotions and More than a response...it's participating and recovering. Significant positive change occurred in six items of self-esteem related to

communication from baseline to return of voice. Overall, positive changes in quality of life scores were observed.

**Conclusions:** Voice loss with tracheostomy significantly affected participants' abilities to effectively communicate their care and comfort needs. Restoration of voice occurred in conjunction with patient-reported improved mood, outlook and sense of recovery (Freeman-Sanderson et al., 2018).

## **Μετάφραση**

**Στόχος:** Ένας σωλήνας τραχειοστομίας μπορεί να επηρεάσει βαθιά την ικανότητα επικοινωνίας. Ο αντίκτυπος αυτού στην αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών στη συνέχεια της περίθαλψης από τη μονάδα εντατικής θεραπείας έως μετά τον αποσωλήνωση δεν έχει αναφερθεί. Ως εκ τούτου, ο στόχος ήταν να διερευνηθεί η εμπειρία που αναφέρθηκε από τον ασθενή σχετικά με την αλλαγή στη λειτουργία επικοινωνίας, την αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με την επικοινωνία και την ποιότητα ζωής.

**Σχεδιασμός έρευνας:** Χρησιμοποιήθηκε μια προσέγγιση μικτών μεθόδων. Τα ποσοτικά δεδομένα ελήφθησαν χρησιμοποιώντας επικυρωμένα μέτρα αυτοεκτίμησης που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία που σχετίζεται με την επικοινωνία. Τα δεδομένα μετρήθηκαν πριν από την επιστροφή της φωνής, εντός 48 ωρών από την επιστροφή της φωνής και έξι μήνες μετά τον αποκατονισμό της τραχειοστομίας. Τα ποιοτικά δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω δομημένων συνεντεύξεων έξι μήνες μετά την τραχειοστομία.

**Αποτελέσματα:** Δεκαεπτά συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Τα τέσσερα βασικά θέματα που προέκυψαν από την μελέτη είναι τα εξής : Είναι δύσκολο να επικοινωνείς χωρίς φωνή. Τι μου συμβαίνει?; Μια καταγίδα σκοτεινών συναισθημάτων και κάτι περισσότερο από μια απάντηση... είναι η συμμετοχή και η ανάκαμψη. Σημαντική θετική αλλαγή σημειώθηκε σε έξι στοιχεία αυτοεκτίμησης που σχετίζονται με την επικοινωνία από την αρχική γραμμή έως την επιστροφή της φωνής. Συνολικά, παρατηρήθηκαν θετικές αλλαγές στις βαθμολογίες ποιότητας ζωής.

**Συμπεράσματα:** Η απώλεια φωνής με τραχειοστομία επηρέασε σημαντικά τις ικανότητες των συμμετεχόντων να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες φροντίδας και άνεσης τους. Η αποκατάσταση της φωνής συνέβη σε συνδυασμό με

βελτιωμένη διάθεση, προοπτική και αίσθηση ανάκαμψης που αναφέρθηκε από τον ασθενή. Επιπλέον, ένα από τα σημαντικότερα σημεία που προκύπτουν σχετικά με την ποιότητα ζωής είναι η αλληλεπίδραση και οι κοινοί κώδικες επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό (Freeman-Sanderson et al., 2018).

## **Άρθρο 5<sup>ο</sup>**

### **Sleep Quality During and After Cardiothoracic Intensive Care and Psychological Health During Recovery.**

**Background:** Intensive care patients experience poor sleep quality. Psychological distress and diminished health-related quality of life (HRQOL) are also common among former intensive care unit (ICU) patients. Coronary artery bypass graft (CABG) surgery is a frequent reason adults require treatment in ICU. The effect of on- versus off-pump surgery on sleep and recovery has not been reported.

**Objective:** The aim of this study was to assess sleep quality of CABG patients during and after ICU, psychological well-being, HRQOL during recovery, and whether on-versus off-pump surgery affects sleep and recovery.

**Methods:** Data were collected in the ICU and hospital ward, and 2 and 6 months after hospital discharge using validated self-report questionnaires.

**Results:** The sample (n = 101) had a mean age of  $66.6 \pm 11.1$  years, was 79% male, and had a median ICU stay of 2 (2-4) days and a mean body mass index of  $27.3 \pm 4.3$ ; 75% underwent on-pump surgery. Poor sleep was reported by 62% of the patients at 6 months and by 12% of the patients at all time points. Off-pump CABG patients had fewer posttraumatic stress symptoms ( $P = .02$ ) and better physical HRQOL ( $P = .01$ ). In multivariate analysis, prehospital insomnia ( $P = .004$ ), and physical ( $P < .0005$ ) and mental ( $P < .0005$ ) HRQOL were independently associated with sleep quality at 6 months. There was no association between on- versus off-pump CABG and sleep quality at 6 months.

**Conclusions:** Sleep quality of postoperative CABG patients was poor in the ICU and hospital ward and up to 6 months after discharge from the hospital. Poor sleep quality

at 6 months was associated with prehospital insomnia, and physical and mental HRQOL at 6 months, but not with on- versus off-pump surgery (Caruana et al., 2018).

## **Μετάφραση**

### **Ποιότητα ύπνου κατά τη διάρκεια και μετά την Καρδιοθωρακική Εντατική και Ψυχολογική Υγεία κατά την Ανάρρωση.**

**Εισαγωγή :** Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς που νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας βιώνουν κακή ποιότητα ύπνου. Η ψυχολογική δυσφορία και η μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) είναι επίσης κοινά μεταξύ των ασθενών αυτών. Η χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας (CABG) είναι ένας συχνός λόγος που οι ενήλικες χρειάζονται θεραπεία στη ΜΕΘ. Δεν έχει αναφερθεί η επίδραση της χειρουργικής επέμβασης σε αντίθεση με την αντλία στον ύπνο και την ανάρρωση.

**Σκοπός:** Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα του ύπνου των ασθενών με CABG κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στην ΜΕΘ και μετά τη ΜΕΘ, την ψυχολογική ευεξία, την HRQOL κατά την ανάρρωση και τον βαθμό κατά τον οποίο η χειρουργική επέμβαση χωρίς αντλία επηρεάζει τον ύπνο και την ανάρρωση.

**Μέθοδοι:** Τα δεδομένα συλλέχθηκαν στη ΜΕΘ και στον θάλαμο του νοσοκομείου και 2 και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο χρησιμοποιώντας επικυρωμένα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα (n = 101) είχε μέση ηλικία  $66,6 \pm 11,1$  έτη, ήταν 79% άνδρες και είχε μέση παραμονή στη ΜΕΘ 2 (2-4) ημέρες και μέσο δείκτη μάζας σώματος  $27,3 \pm 4,3$ . Το 75% υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση με αντλία. Η μεταβλητή του κακού ύπνου αναφέρθηκε από το 62% των ασθενών στους 6 μήνες και από το 12% των ασθενών σε όλα τα χρονικά σημεία. Οι ασθενείς με CABG εκτός αντλίας είχαν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (P = 0,02) και καλύτερη φυσική HRQOL (P = 0,01). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η προνοσοκομειακή αϋπνία (P = 0,004) και η σωματική (P < 0,0005) και η ψυχική (P < 0,0005) HRQOL συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την ποιότητα του ύπνου στους 6 μήνες. Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ CABG εντός και εκτός αντλίας και ποιότητας ύπνου στους 6 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ύπνου των μετεγχειρητικών βαρέως πασχόντων ασθενών με CABG ήταν κακή στη ΜΕΘ και στον θάλαμο του νοσοκομείου και έως και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Η κακή ποιότητα ύπνου στους 6 μήνες συσχετίστηκε με την προνοσοκομειακή αϋπνία και τη σωματική και ψυχική HRQOL στους 6 μήνες, αλλά όχι με χειρουργική επέμβαση on- versus off-pump (Caruana et al., 2018).

## **Άρθρο 6<sup>ο</sup>**

### **Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study**

#### **Objective:**

To evaluate the association between the incidence of delirium in the intensive care unit and quality of life 1 month after hospital discharge.

**Methods:** This was a prospective cohort study conducted in the intensive care units of two medium-complexity hospitals from December 2015 to December 2016. Delirium was identified using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit scale. At the time of hospital discharge, functional capacity and cognition were assessed with the Barthel index and the Mini Mental State Examination, respectively. Thirty days after patient discharge, the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire was administered by telephone.

**Results:** A total of 216 patients were included. Delirium was identified in 127 (58.8%) of them. Patients with delirium exhibited greater functional dependence (median Barthel index 50.0 [21.2 - 70.0] versus 80.0 [60.0 - 95.0];  $p < 0.001$ ) and lower cognition (Mini Mental State Examination score  $12.9 \pm 7.5$  versus  $20.7 \pm 9.8$ ;  $p < 0.001$ ) at hospital discharge. There was no difference in any of the quality-of-life domains evaluated 1 month after hospital discharge between patients with and without delirium.

**Conclusion:** Our findings suggest that patients with delirium in the intensive care unit do not have worse quality of life 1 month after hospital discharge, despite presenting greater cognitive impairment and functional disability at the time of hospital discharge (Luz et al., 2020).



## Μετάφραση

### Παραλήρημα και ποιότητα ζωής σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς: μια προοπτική μελέτη κοόρτης

**Σκοπός:** Να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης παραληρήματος στη μονάδα εντατικής θεραπείας και της ποιότητας ζωής 1 μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

**Μέθοδοι:** πρόκειται για μια προοπτική μελέτη κοόρτης που διεξήχθη στις μονάδες εντατικής θεραπείας δύο νοσοκομείων μέσης πολυπλοκότητας από τον Δεκέμβριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016. Το παραλήρημα εντοπίστηκε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αξιολόγησης σύγχυσης για την κλίμακα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Κατά τη στιγμή της εξόδου από το νοσοκομείο, η λειτουργική ικανότητα και η γνωστική ικανότητα αξιολογήθηκαν με τον δείκτη Barthel και την εξέταση Mini Mental State Examination, αντίστοιχα. Τριάντα ημέρες μετά την έξοδο του ασθενούς, χορηγήθηκε τηλεφωνικά το ερωτηματολόγιο Quality of Life-BREF του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 216 ασθενείς. Παραλήρημα εντοπίστηκε σε 127 (58,8%) από αυτούς. Οι ασθενείς με παραλήρημα εμφάνισαν μεγαλύτερη λειτουργική εξάρτηση (διάμεσος δείκτης Barthel 50,0 [21,2 - 70,0] έναντι 80,0 [60,0 - 95,0],  $p < 0,001$ ) και χαμηλότερη γνωστική ικανότητα (Mini Mental State Examination score  $.7, \pm 0,9$  έναντι  $0,0 \pm 7$ ) κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά σε κανέναν από τους τομείς της ποιότητας ζωής που αξιολογήθηκαν 1 μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο μεταξύ ασθενών με και χωρίς παραλήρημα.

**Συμπέρασμα:** Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς με παραλήρημα στη μονάδα εντατικής θεραπείας δεν έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής 1 μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, παρά το γεγονός ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση και λειτουργική αναπηρία τη στιγμή της εξόδου από το νοσοκομείο. Σίγουρα όμως οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να φροντίζουν για την ποιότητα του ύπνου των ασθενών τους και φυσικά να εστιάζουν στην πρόληψη των επιπλοκών που σχετίζονται με την αυπνία και το παραλήρημα (Luz et al., 2020).

## Αρθρο 7<sup>ο</sup>

### **Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A longitudinal study**

**Objectives:** To describe the prevalence and trajectory of family caregivers' post-traumatic stress symptoms during the first year after a patient's admission to the intensive care unit and identify associations between family caregivers' background characteristics, hope and post-traumatic stress symptoms.

**Research methodology/designs:** Family caregivers of intensive care unit patients (n = 211) completed questionnaires at patient admission to the intensive care unit and thereafter at 1, 3, 6, and 12 months. Mixed-model analyses were performed.

**Setting:** Four intensive care units in a university hospital in Norway.

**Main outcome measures:** Impact of Event Scale-Revised and Herth Hope Index.

**Results:** On admission, 54% of family caregivers reported high post-traumatic stress symptom levels, which decreased during the first six months after patient discharge. Lower levels of hope, being younger, having more comorbidities and being on sick leave were associated with higher post-traumatic stress symptom levels. Being the parent of the patient was associated with decreased post-traumatic stress symptom levels.

**Conclusions:** Family caregivers of intensive care unit patients report high levels of post-traumatic stress symptoms. Higher levels of hope were associated with fewer post-traumatic stress symptoms (Alfheim et al., 2019).

## Μετάφραση

### **Συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε οικογενειακούς φροντιστές ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Μια διαχρονική μελέτη**

**Στόχος:** στόχος της παρούσας έρευνας είναι να περιγραφεί ο επιπολασμός και η τροχιά των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες των φροντιστών της οικογένειας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την εισαγωγή ενός ασθενούς στη μονάδα εντατικής θεραπείας και να εντοπιστούν συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών υποβάθρου των οικογενειακών φροντιστών, της ελπίδας και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

**Μεθοδολογία/σχέδια έρευνας:** Οι οικογενειακοί φροντιστές ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας ( $n = 211$ ) συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια κατά την εισαγωγή ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας και στη συνέχεια στους 1, 3, 6 και 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις μικτού μοντέλου.

**Περιβάλλον:** Τέσσερις μονάδες εντατικής θεραπείας σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη Νορβηγία.

**Κύρια μέτρα έκβασης:** Επιπτώσεις της αναθεωρημένης κλίμακας συμβάντων και δείκτης Herth Hope Index.

**Αποτελέσματα:** Κατά την εισαγωγή, το 54% των οικογενειακών φροντιστών ανέφερε υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, τα οποία μειώθηκαν κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά την έξοδο του ασθενούς. Τα χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας, το να είσαι νεότερος, να έχεις περισσότερες συννοσηρότητες και να είσαι σε αναρρωτική άδεια συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Το να είσαι γονέας του ασθενούς συσχετίστηκε με μειωμένα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

**Συμπεράσματα:** Οι οικογενειακοί φροντιστές των βαρέως πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας αναφέρουν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συσχετίστηκαν με λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Alfheim et al., 2019).

## **Αρθρο 8°**

### **Experiences and Quality of Life in Critically Ill Patients: Can Technology Lead to Improvements?**

**Introduction:** Experiences and outcomes of critically ill patients reflect quality of intensive care. The aim of this study was twofold: a) to investigate factors affecting patients' experiences to Intensive Care Units (ICUs) and b) to measure patients' post discharge Health-Related Quality of Life (HRQOL).

**Methods:** A cross-sectional study with retrospective data collection was carried out. The participants (n=108) were discharged patients from four ICUs of three military hospitals in Athens. Telephone interviews were conducted using the "Patient Empowerment Questionnaire" and "Quality of life Questionnaire".

**Results:** Patients suffering from pain ( $p < 0.001$ ), polytraumatized or patients underwent a "non-scheduled surgery" ( $p = 0.001$ ) reported worse sleep at night. Mechanical ventilation was associated positively with pain relief ( $p = 0.021$ ). Extended length of stay ( $p < 0.001$ ), bad health status prior ICU admission ( $p = 0.005$ ), "polytrauma" and "non-scheduled surgery" patients ( $p = 0.032$ ), mechanical ventilation ( $p = 0.005$ ) and pain during ICU stay ( $p = 0.04$ ) were correlated with worse HRQOL after discharge.

**Conclusions:** ICU staff must consider the factors that affected patients' experiences during their ICU stay and worsened HRQOL after discharge. Adoption of new technological innovations could help them to improve the quality of intensive care provided (Peleka et al., 2019).

## Περίληψη

### **Εμπειρίες και ποιότητα ζωής σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς: Μπορεί η τεχνολογία να οδηγήσει σε βελτιώσεις;**

**Εισαγωγή:** Οι εμπειρίες και τα αποτελέσματα των βαρέως πασχόντων ασθενών αντανακλούν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της εντατικής θεραπείας. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν διπλός: α) η διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τις εμπειρίες των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και β) η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (HRQOL) των ασθενών μετά το εξιτήριο.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη με αναδρομική συλλογή δεδομένων. Οι συμμετέχοντες (n=108) πήραν εξιτήριο από τέσσερις ΜΕΘ τριών στρατιωτικών νοσοκομείων της Αθήνας. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του «Ερωτηματολογίου Ενδυνάμωσης Ασθενούς» και «Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής».

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από πόνο ( $p<0,001$ ), πολυτραυματίες ή ασθενείς που υποβλήθηκαν σε «μη προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση» ( $p=0,001$ ) ανέφεραν χειρότερο ύπνο τη νύχτα. Ο μηχανικός αερισμός συσχετίστηκε θετικά με την ανακούφιση από τον πόνο ( $p=0,021$ ). Μεταβλητές όπως η εκτεταμένη διάρκεια παραμονής ( $p<0,001$ ), η κακή κατάσταση υγείας πριν από την εισαγωγή στη ΜΕΘ ( $p=0,005$ ), οι ασθενείς με «πολυτραύμα» και «μη προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση» ( $p=0,032$ ), ο μηχανικός αερισμός ( $p=0,005$ ) και ο πόνος κατά τη διάρκεια της ΜΕΘ παραμονής ( $p=0,04$ ) συσχετίστηκαν με χειρότερη HRQOL μετά την έξοδο.

**Συμπεράσματα:** Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το προσωπικό της ΜΕΘ πρέπει να λάβει υπόψη του τους παράγοντες που επηρέασαν τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ και επιδείνωσαν την HRQOL μετά την έξοδο. Η υιοθέτηση νέων τεχνολογικών καινοτομιών θα μπορούσε να τους βοηθήσει να βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης εντατικής θεραπείας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος οι νοσηλευτές κυρίως θα πρέπει να είναι υψηλά

καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διαθέτουν γνώσεις τόσο σε ζητήματα που αφορούν στην τεχνολογία και την εξέλιξή της, όσο και στην επικοινωνία και τις σχετικές δεξιότητες ώστε να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους ασθενείς τους και να μπορέσουν να αντιληφθούν τις ανάγκες τους (Peleka et al., 2019).

## Άρθρο 9<sup>ο</sup>

### **Functional ability and quality of life in critical illness survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomised controlled trial.**

**Introduction:** Intensive care unit acquired weakness (ICUAW) may contribute to functional disability in ICU survivors, yet performance-based data for general ICU patients are lacking. This study explored functional outcomes of (1) and risk factors for (2) weakness at ICU discharge.

**Methods:** Data from a randomised controlled trial that investigated two early exercise regimes in previously independent, ventilated adults (n = 115) without any significant outcome-differences were used for the present analysis. ICUAW was clinically diagnosed in cooperative participants (n = 83) at ICU discharge with the Medical Research Council sum-score (MRC-SS) using a cut-off <48 for moderate or <36 for severe weakness. Primary outcomes were the 6-Minute Walk Test and Functional Independence Measure at hospital discharge. Secondary outcomes included health-related quality of life after six months. Risk factors during the ICU stay were explored for their effect on MRC-SS with linear regression.

**Results:** Functional outcomes and length of hospital stay significantly differed in patients with severe, moderate to no weakness (6-Minute Walk test: p = 0.013; 110m [IQR 75-240], 196m [90-324.25], 222.5m [129-378.75], Functional Independence Measure: p = 0.001; 91[IQR 68-101], 113[102.5-118.5], 112[97-123], length of stay after ICU discharge: p = 0.008; 20.9d [IQR 15.83-30.73], 16.86d [13.07-27.10], 11.16d [7.35-19.74]). However, after six months participants had similar values for quality of life regardless of their strength at ICU discharge (Short-Form 36 sum-scores physical

health:  $p = 0.874$ , mental health:  $p = 0.908$ ). In-bed immobilisation was the most significant factor associated with weakness at ICU discharge in the regression models (MRC-SS:  $-24.57(95\%CI [-37.03 \text{ to } -12.11])$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** In this general, critically ill cohort, weakness at ICU discharge was associated with short-term functional disability and prolonged hospital length of stay, but not with quality of life, which was equivalent to the values for patients without ICUAW within six months. Immobilisation may be a modifiable risk factor to prevent ICUAW. Prospective trials are needed to validate these results (Eggman et al., 2020).

## Μετάφραση

**Λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής σε επιζώντες κρίσιμης ασθένειας με επίκτητη αδυναμία στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Μια δευτερεύουσα ανάλυση μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής.**

**Εισαγωγή:** Η επίκτητη αδυναμία της μονάδας εντατικής θεραπείας (ICUAW) μπορεί να συμβάλλει στη λειτουργική αναπηρία σε επιζώντες της ΜΕΘ, ωστόσο λείπουν δεδομένα βασισμένα στην απόδοση για ασθενείς γενικής ΜΕΘ. Αυτή η μελέτη διερεύνησε λειτουργικά αποτελέσματα για τους παράγοντες κινδύνου και για την αδυναμία στο εξιτήριο της ΜΕΘ.

**Μέθοδοι:** Για την παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που διερεύνησε δύο προγράμματα πρώιμης άσκησης σε προηγουμένως ανεξάρτητους ενήλικες με αερισμό ( $n = 115$ ) χωρίς σημαντικές διαφορές-αποτέλεσμα. Η ICUAW διαγνώστηκε κλινικά σε συνεργαζόμενους συμμετέχοντες ( $n = 83$ ) κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ με τη αθροιστική βαθμολογία του Συμβουλίου Ιατρικής Έρευνας (MRC-SS) χρησιμοποιώντας μια αποκοπή  $<48$  για μέτρια ή  $<36$  για σοβαρή αδυναμία. Τα κύρια αποτελέσματα ήταν το τεστ 6 λεπτών βάδισης και το μέτρο λειτουργικής ανεξαρτησίας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιελάμβαναν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μετά από έξι μήνες. Οι παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ διερευνήθηκαν για την επίδρασή τους στο MRC-SS με γραμμική παλινδρόμηση.

**Αποτελέσματα:** Τα λειτουργικά αποτελέσματα και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο διέφεραν σημαντικά σε ασθενείς με σοβαρή, μέτρια έως καθόλου αδυναμία (δοκιμή βάδισης 6 λεπτών:  $p = 0,013$ , 110 m [IQR 75-240], 196 m [90-324,25], 222,5 m [1 -378,75], Μέτρο Λειτουργικής Ανεξαρτησίας:  $p = 0,001$ · 91[IQR 68-101], 113[102,5-118,5], 112[97-123], διάρκεια παραμονής μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ:  $p = 0,000$ .1d. -30,73], 16,86δ [13,07-27,10], 11,16δ [7,35-19,74]. Ωστόσο, μετά από έξι μήνες οι συμμετέχοντες είχαν παρόμοιες τιμές για την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από τη δύναμή τους στο εξιτήριο της ΜΕΘ (Σύντομη Μορφή 36 άθροισμα-βαθμολογίες σωματικής υγείας:  $p = 0,874$ , ψυχική υγεία:  $p = 0,908$ ). Η ακινητοποίηση στο κρεβάτι ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας που συσχετίστηκε με την αδυναμία στην έξοδο της ΜΕΘ στα μοντέλα παλινδρόμησης (MRC-SS: -24,57 (95%CI [-37,03 έως -12,11]),  $p < 0,001$ ).

**Συμπεράσματα:** Σε αυτή την έρευνα με πληθυσμό τους βαρέως πάσχοντες, η αδυναμία στο εξιτήριο της ΜΕΘ σχετιζόταν με βραχυπρόθεσμη λειτουργική αναπηρία και παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας, αλλά όχι με την ποιότητα ζωής, η οποία ήταν ισοδύναμη με τις τιμές για ασθενείς που δεν είχαν νοσηλευτεί στην ΜΕΘ εντός έξι μηνών. Η ακινητοποίηση μπορεί να είναι ένας τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για την πρόληψη της ICUAW. Απαιτούνται προοπτικές δοκιμές για την επικύρωση αυτών των αποτελεσμάτων (Eggman et al., 2020).

## Άρθρο 10°

### **Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit.**

**Introduction :** Deaths in the intensive care unit (ICU) are increasingly common in the U.S., yet little is known about patients' experiences at the end of life in the ICU. These concerns, ICUs, compared with other settings, are capable of reducing suffering at the EoL. They are staffed with highly trained clinicians who have access to restricted medications as well as multidisciplinary teams of clergy, therapists, and palliative care experts. Some studies have examined the specific impact of ICU procedures on pain,



whereas others have explored global evaluations of physical, psychological distress, and quality of life.

**Objectives :** The objective of this study was to determine nurse assessment of symptoms experienced, and care received by ICU patients in their final week, and their associations with nurse-perceived suffering and dignity.

**Methods :** From September 2015 to March 2017, nurses who cared for 200 ICU patients who died were interviewed about physical and psychosocial dimensions of patients' experiences. Medical chart abstraction was used to document baseline patient characteristics and care.

**Results:** The patient sample was 61% males, 70.2% whites, and on average 66.9 (SD 15.1) years old. Nurses reported that 40.9% of patients suffered severely and 33.1% experienced severe loss of dignity. The most common symptoms perceived to contribute to suffering and loss of dignity included trouble breathing (44.0%), edema (41.9%), and loss of control of limbs (36.1%). Most (n 1/4 9) remained significantly ( $P < 0.05$ ) associated with suffering, after adjusting for physical pain, including fever/chills, fatigue, and edema. Most patients received vasopressors and mechanical ventilation. Renal replacement therapy was significantly ( $<0.05$ ) associated with severe suffering (adjusted odds ratio [AOR] 2.53) and loss of dignity (AOR 3.15). Use of feeding tube was associated with severe loss of dignity (AOR 3.12).

**Conclusion :** Dying ICU patients are perceived by nurses to experience extreme indignities and suffer beyond physical pain. Attention to symptoms such as dyspnea and edema may improve the quality of death in the ICU (Su et al., 2018).

## **Μετάφραση**

**Πέρα από τον πόνο: Αξιολόγηση νοσηλευτών για την ταλαιπωρία, την αξιοπρέπεια και τον θάνατο του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.**

**Εισαγωγή :** Οι θάνατοι στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ολοένα και πιο συχνοί στις ΗΠΑ για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Ωστόσο λίγα είναι γνωστά για τις εμπειρίες των ασθενών στο τέλος της ζωής τους στη ΜΕΘ και στην ποιότητα που

λαμβάνουν. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ, έχουν τις γνώσεις ώστε να βοηθήσουν τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς να έχουν υψηλή ποιότητα ζωής κατά τα τελευταία τους στάδια, δίνοντας έμφαση τόσο στην διαχείριση του πόνου όσο και στις ψυχοσυναισθηματικές και πνευματικές τους ανάγκες. Φυσικά για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να πραγματοποιούν την ανάλογη αξιολόγηση.

**Στόχος.** Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει την αξιολόγηση των συμπτωμάτων που βίωσαν από τους νοσηλευτές, καθώς και τη φροντίδα που έλαβαν οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ την τελευταία τους εβδομάδα, καθώς και τις συσχετίσεις τους με τον πόνο και την αξιοπρέπεια που αντιλαμβάνεται ο νοσηλευτής.

**Μέθοδος:** Από τον Σεπτέμβριο του 2015 έως τον Μάρτιο του 2017, νοσηλευτές που φρόντισαν 200 ασθενείς ΜΕΘ που πέθαναν, συμμετείχαν στην έρευνα μέσω συνεντεύξεων σχετικά με τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις των εμπειριών των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα ασθενών ήταν 61% άνδρες, 70,2% λευκοί και κατά μέσο όρο 66,9 (SD 15,1) ετών. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι το 40,9% των ασθενών υπέφεραν σοβαρά και το 33,1% υπέστη σοβαρή απώλεια αξιοπρέπειας. Τα πιο κοινά συμπτώματα που θεωρήθηκε ότι συμβάλλουν στην ταλαιπωρία και την απώλεια της αξιοπρέπειας περιλάμβαναν δυσκολία στην αναπνοή (44,0%), το οίδημα (41,9%) και την απώλεια ελέγχου των άκρων (36,1%). Τα περισσότερα (n 1/4 9) παρέμειναν σημαντικά ( $P < 0,05$ ) συνδεδεμένα με ταλαιπωρία, μετά την προσαρμογή για σωματικό πόνο, συμπεριλαμβανομένου του πυρετού/ρίγους, της κόπωσης και του οιδήματος. Οι περισσότεροι ασθενείς έλαβαν αγγειοσυσπαστικά και μηχανικό αερισμό. Η θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης συσχετίστηκε σημαντικά ( $< 0,05$ ) με σοβαρή ταλαιπωρία (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων [AOR] 2,53) και απώλεια αξιοπρέπειας (AOR 3,15). Η χρήση του σωλήνα σίτισης συσχετίστηκε με σοβαρή απώλεια αξιοπρέπειας (AOR 3.12).

**Συμπέρασμα:** Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς που είναι ετοιμοθάνατοι ασθενείς της ΜΕΘ θεωρούνται από τους νοσηλευτές ότι βιώνουν ακραίες ταπεινώσεις και υποφέρουν πέρα από σωματικό πόνο. Η προσοχή σε συμπτώματα όπως η δύσπνοια και το οίδημα μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα του θανάτου στη ΜΕΘ. Φυσικά για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να εφαρμόζουν μια σειρά

από παρεμβάσεις οι οποίες θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών στα σημεία αυτά και θα τους βοηθήσουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αξιοπρέπειας ακόμα και σε αυτό το στάδιο (Su et al., 2018).

## Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, καθίσταται σαφές ότι όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκη και απαραίτητο δικαίωμα να έχουν μια αξιοπρεπή ποιότητα ζωής ακόμα και όταν η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ επιβαρυνμένη. Η ποιότητα ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν μια βαριά νόσο μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά ακριβώς επειδή οι προκλήσεις που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί είναι αμέτρητες και καθημερινές. Οι ασθενείς είναι αναγκασμένοι να αλλάξουν τις συνήθειές τους στον ύπνο, στην διατροφή, αλλά και στην ακεραιότητά τους. Όλες αυτές οι αλλαγές, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε έντονα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία όταν συνοδεύονται από τα συμπτώματα της νόσου μπορούν να καταλήξουν σε δυσμενείς καταστάσεις. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο, οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να φροντίζουν αποτελεσματικά τους ασθενείς, δίνοντας έμφαση σε όλες τις ανάγκες τους. Τόσο οι περιβαλλοντικοί όσο και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να αλλοιώσουν την ποιότητα ζωής και να προκαλέσουν σημαντικές επιπτώσεις στην ζωή μετά την νοσηλεία.

Λαμβάνοντας υπόψη τον βασικό ρόλο στη ζωή ενός ασθενούς, ο νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί την ευημερία του και να προάγει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, και φυσικά να τον φροντίζει ολιστικά όπως τονίστηκε και παραπάνω. Απαραίτητο είναι επίσης να εκπαιδεύει τους συγγενείς των ασθενών, οι οποίοι συνήθως είναι και οι κύριοι φροντιστές τους, προσφέροντάς τους υγειονομική περίθαλψη και καθοδήγηση, ώστε να μπορούν να παρέχουν και οι ίδιοι την κατάλληλη φροντίδα στο μέλος της οικογένειας που έχει ανάγκη. Για να επιτευχθούν όλοι οι παραπάνω στόχοι λοιπόν είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση και φυσικά να έχουν διαρκή κατάρτιση.

Όπως παρατηρήθηκε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα άρθρα που μελετήθηκαν, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι συχνά αντιμετώπι με το παραλήρημα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στην ΜΕΘ. Όπως είναι λογικό, αυτή η κατάσταση επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου τους, και όπως είναι επόμενο και την πορεία της κατάστασής τους αλλά και την ψυχολογία της οικογένειάς τους. Κατά συνέπεια οι νοσηλευτές πρέπει να δίνουν την δέουσα φροντίδα και να φροντίζουν να εξασφαλίζουν άνετες συνθήκες ύπνου στους ασθενείς τους.

## Βιβλιογραφία

### Ξενογλώσση βιβλιογραφία

1. Abdelhadi, N. & Drach-Zahavy, A. (2012). Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *J Adv Nurs*, 68, 1276–1287.
2. Alfheim, H. B., Småstuen, M. C., Hofsvø, K., Tøien, K., Rosseland, L. A., & Rustøen, T. (2019). *Quality of life in family caregivers of patients in the intensive care unit: A longitudinal study. Australian Critical*, 32(6), 479-485.
3. Alfheim, H., Hofsvø, K., Småstuen, C., Tøien, K., Rosseland, A. & Rustøen, T. (2019). Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A longitudinal study. *Intensive Crit Care Nurs*, 50, 5-10.
4. Bashar, F.R., Vahedian-Azimi, A., Salesi, M. et al., 2018. Spiritual Health and Outcomes in Muslim ICU Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of Religion and Health*, 57 (6), 2241–2257.
5. Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical care*, 787-805.
6. Blair, K., Eccleston, S. D., Binder, H. M., & McCarthy, M. S., 2017. Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of patient experience*, 4(1), 4–9.
7. Caruana, N., McKinley, S., Elliott, R. & Gholizadeh, L. (2018). Sleep Quality During and After Cardiothoracic Intensive Care and Psychological Health During Recovery. *J Cardiovasc Nurs*, 33(4), E40-E49.
8. Chen, Y., Sun, G., Guo, X., Chen, S., Chang, Y., Li, Y. & Sun, Y. (2017). Factors affecting the quality of life among Chinese rural general residents: a cross-sectional study. *Public Health*, 146, 140-147.
9. Chen, C.H., Hung, K.S., Chung, Y.C., Yeh, M.L., 2019. Mind-body interactive qigong improves physical and mental aspects of quality of life in inpatients with stroke: A randomized control study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 18(8), 658-666.
10. Choi, J., Donahoe, M. P., Zullo, T. G., & Hoffman, L. A. (2011). Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six

- months' experience. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 20(1), 12–23.
11. Chlan, L.L., 2016. Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box! *Am J Crit Care*, 25(4), 293-300.
  12. Costa, T., Gomes, T., Viana, L., Martins, K., Costam K., 2016. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 933-939.
  13. Cruz, N., Polanczyk, A., Camey, A., Hoffmann, F. & Fleck, P. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL- bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*, 20, 1123e9.
  14. Cummings C. L. (2011). What factors affect nursing retention in the acute care setting? *Journal of Research in Nursing*, 16, 489–500.
  15. Cummins, R. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Soc Indic Res*, 64, 225-256.
  16. Dale, C. M., Carbone, S., Istanboulian, L., Fraser, I., Cameron, J. I., Herridge, M. S., & Rose, L. (2020). *Support needs and health-related quality of life of family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and admission to a specialised weaning centre: A qualitative longitudinal interview study. Intensive and Critical Care*
  17. Daniels, L. M., Johnson, A. B., Cornelius, P. J. et al., 2018. Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 2(4), 359–369.
  18. Dithole, K., Thupayagale-Tshweneagae, G. & Mgutshini, T.(2013). Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months. *Issues Ment Health Nurs*, 34, 30–35.
  19. Drews, F. A., 2013. Human factors in critical care medical environments. *Reviews of Human Factors and Ergonomics*, 8, 103–148.
  20. Douglas, L., Daly, J., Kelley, G., O’Toole, E. & Montenegro, H. (2015). Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*, 128(6), 3925–3936
  21. Eggmann, S., Luder, G., Verra, M.L., Irincheeva, I., Bastiaenen, C.H.G. & Jakob, S.M., 2020. Functional ability and quality of life in critical illness

- survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 15(3), e0229725.
22. Eurofound, European Foundation for the Improvement of the Living and Working Conditions, (2004). Quality of life in Europe, first European quality of life survey 2003. Dublin [www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf)
  23. Freeman-Sanderson AL, Togher L, Elkins M, Kenny B. (2018). Quality of life improves for tracheostomy patients with return of voice: A mixed methods evaluation of the patient experience across the care continuum. *Intensive Crit Care Nurs*, 46, 10-16.
  24. Fumis, L., Ranzani, T., Martins, S. & Schettino, G.(2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One*, 10, e0115332.
  25. Gallison, B., Yan, X., Jurgens, C., Boyle, S., 2013. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holist Nurs*, 31(2), 95-103.
  26. Garratt, M., Ruta, A., Iboala, I. (1993). The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*, 306, 1440 – 44.
  27. Gerth, A.J., Hatch, R. A., Young, J.D.& Watkinson, P.J., 2019. Changes in health-related quality of life after discharge from an intensive care unit: a systematic review. *Anaesthesia*, 74(1),100–108.
  28. Ehooman, F., Biard, L., Lemiale, V. et al., 2019. Long-term health-related quality of life of critically ill patients with haematological malignancies: a prospective observational multicenter study. *Ann. Intensive Care*, 9 (2), 1-10.
  29. Elamin, E., & Camporesi, E. (2009). Evidence-based nutritional support in the intensive care unit. *International Anesthesiology Clinics*, 47(1), 121–138.
  30. Kanji, S., Mera, A., Hutton, B., Burry, L., Rosenberg, E., MacDonald, E., & Luks, V., 2016. Pharmacological interventions to improve sleep in hospitalised adults: a systematic review. *BMJ open*, 6(7), e012108.
  31. Khalil, N. S., Moustafa, M. F. & El-Bouraei, Z. H. (2019). Effects of non-therapeutic measures on sleep quality among critically ill patients, Egypt. International Academic Journal of Health. *Medicine and Nursing*, 1(2), 175-188.

32. Kim, K., Bauck, A., Monroe, A., Mallory, M., Aslakson, R., 2017. Critical Care Nurses' Perceptions of and Experiences With Chaplains Implications for Nurses' Role in Providing Spiritual Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19 (1), 41-48.
33. Kulkarni,S., Kulkarni,R., Mallampalli,A., Parkar, R., Karnad, R.&Guntupalli, K. (2011). Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian J Crit Care Med*, 15, 147–156.
34. Langerud, A.K., Rustøen, T., Småstuen, M.C., Kongsgaard, U., Stubhaug, A., 2018. Health-related quality of life in intensive care survivors: Associations with social support, comorbidity, and pain interference. *PLoS ONE*, 13(6), e0199656.
35. Le Gall, R., Lemeshow, S. & Saulnier, F. (1993). A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*, 270, 2957–2963.
36. Limbu, S., Kongsuwan, W., Yodchai K., 2019. Lived experiences of intensive care nurses in caring for critically ill patients. *Nurs Crit Care*, 24(1), 9-14.
37. Luz, Lúcia Fabiane da Silva, Santos, Moreno Calcagnotto dos, Ramos, Tiago Almeida, Almeida, Clarissa Balbão de, Rover, Márcia Cristina, Dal’Pizzol, Claudia Pellizzer, Pohren, Cristiane Letícia da Silva, Martins, Aline Vanessa da Silva, & Boniatti, Márcio Manozzo. (2020). Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 426-43.
38. Mafra, J. M., Maria da Silva, J., Yamada da Silveira, L. T., Fu, C., & Tanaka, C. (2016). Quality of life of critically ill patients in a developing country: a prospective longitudinal study. *Journal of physical therapy science*, 28(10), 2915–2920.
39. Mauldin, K. & O'Leary-Kelley, C. (2015). New Guidelines for Assessment of Malnutrition in Adults: Obese Critically Ill Patients. *Crit Care Nurse*, 35(4), 24-30.



40. Mitchell, L., Coyer, F., Kean, S., Stone, R., Murfield, J. & Dwan, T.(2016). Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: an integrative review. *Aust Crit Care*, 29,179–193.
41. Murata, H., Yamaguchi, Y., 2018. Sleep Quality for Patients Receiving Noninvasive Positive Pressure Ventilation and Nasal High-Flow Oxygen Therapy in an ICU: Two Case Studies. *Open Journal of Nursing*, 8, 605-615.
42. Naef, R., von Felten, S. & Ernst, J. (2021).Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Nursing*, 15 (4), 1-9.
43. Nelms, T. & Eggenberger, K.(2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing*,16(4), 462-486.
44. Nunes, H., Queirós Paulo J., 2017. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 415-423
45. Oeyen, S.G., Benoit, D.D., Annemans, et al., 2013. Long-term outcomes and quality of life in critically ill patients with hematological or solid malignancies: a single center study. *Intensive Care Med*, 39(5), 889–898.
46. Oeyen, S., Vermeulen, K., Benoit, D., Annemans, L. & Decruyenaere, J., 2018. Development of a prediction model for long-term quality of life in critically ill patients. *J Crit Care*, 43, 133–138.
47. Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., Tsekou,H., Vadala, C., Kribeni, G. et al. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res*, 61, 719–722.
48. Papathanassoglou, E., 2010. Psychosocial support and outcomes for ICU patients. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 118-28.
49. Park, Y. & Oh, E. (2018).Factors related to intensive care unit nurses' patient centered communication competency. *J Korean Crit Care Nurs*, 11, 51–62.
50. Peleka, P., Siskou, O., Galanis, P. (2019). Experiences and Quality of Life in Critically Ill Patients: Can Technology Lead to Improvements? *Stud Health Technol Inform*, 262, 122-125.
51. Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, E., Cheval, C., Coloigner, M. et al. (2005). French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and

- depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. *J Crit Care*, 20, 90–96.
52. Pukeliene, V. & Starkauskiene, V., 2011. Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Social Indicators Research*, 40, 189- 216.
  53. Raphael, D., I. Brown, R. Renwick & Rootman, I. (1994). *Quality of Life Theory and Assessment: What are the Implications for Health Promotion?* Issues in Health Promotion Monograph Series.
  54. Riklikienė, O., Tomkevičiūtė, J., Spirgienė, L., Valiulienė, Z., Büssing, A. (2020) Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101681.
  55. Scholtz, S., Nel, E. W., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2016). The Culture of Nurses in a Critical Care Unit. *Global qualitative nursing research*, 3.
  56. Singer, P. (2019). Preserving the quality of life: nutrition in the ICU. *Crit Care*, 23, 139.
  57. Singer, J. P., Chen, J., Katz, P. P., Blanc, P. D., Kagawa-Singer, M., & Stewart, A. L. (2015). Defining novel health-related quality of life domains in lung transplantation: A qualitative analysis. *Quality of Life Research*, 24(6), 1521–1533.
  58. Spadaro, S., Capuzzo, M., Valpiani, G., Bertacchini, S., Ragazzi, R., Dalla Corte, F., Volta, C. A. (2016). Fatigue in intensive care survivors one year after discharge. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 148.
  59. Strand, K., Strand, L. & Flaatten, H.(2010). The interrater reliability of SAPS II and SAPS 3. *Intensive Care Med*, 36, 850–853.
  60. Sweity, S., Finlay, A., Lees, C., Monk, A., Sherpa, T., & Wade, D. (2019). SleepSure: a pilot randomized-controlled trial to assess the effects of eye masks and earplugs on the quality of sleep for patients in hospital. *Clinical rehabilitation*, 33(2), 253- 261.
  61. Swoboda, M. & Lipsett, A.(2002). Impact of a prolonged surgical critical illness on patients' families. *American Journal of Critical Care*, 11(5), 459-466.

62. Stewart, M.L., 2014. Nutrition support protocols and their influence on the delivery of enteral nutrition: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 194–149.
63. Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., Maciejewski, R., Maciejewski, P. & Prigerson, H. (2018). Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55 (6), 1591 -1598.
64. Thimmapur, R. M., Raj, P., Raju, B., Kanmani, T. R., & Reddy, N. K. (2018). Caregivers satisfaction with intensive care unit services in tertiary care hospital. *International journal of critical illness and injury science*, 8(4), 184–187.
65. van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & van der Schaaf, M. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical care (London, England)*, 20, 16.
66. Van Pelt, C., Milbrandt, B., Qin, L. et al.(2007). Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*, 175(2), 167–173.
67. Verceles, A., Corwin ,D., Afshar, M., Friedman, B., McCurdy, T., Shanholtz, C. (2014). Half of the family members of critically ill patients experience excessive daytime sleepiness. *Intensive Care Medicine*, 40(8), 1124-1131.
68. Vuong, C, Kittelson, S., McCullough, L., et al., 2019. Implementing primary palliative care best practices in critical care with the Care and Communication Bundle. *BMJ Open Quality*, 8, e000513
69. Wade, D., Mouncey, P., Richards-Bell, A., Wulff, J., Harrison, D, Sadique, Z., Grieve, R. & Rowan, K. (2019). Effect of a nurse-led preventive psychological intervention on symptoms of posttraumatic stress disorder among critically ill patients. *Journal of American Medical Association*, 321(7), 665–675.
70. Warren, M., McCarthy, M.S., Roberts, P.R. (2016). Practical application of the revised guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. *Nutrition in Clinical Practice*, 31(3), 334–41.
71. Webster, D. (2014). Using standardized patients to teach therapeutic communication in psychiatric nursing. *Clin Simul Nurs*, 10(2), e81–e86.

72. Wilmskoetter, J., Simpson, A.N., Logan, S.L., Simpson, K.N., Bonilha, H.S., 2018. Impact of Gastrostomy Feeding Tube Placement on the 1-Year Trajectory of Care in Patients After Stroke. *Nutr Clin Pract*, 33(4), 553-566.
73. Wright, B., Banas, A., Bessarabova, E. & Bernard, R. (2010). A communication competence approach to examining health care social support, stress, and job burnout. *Health Commun*, 25, 375–382.
74. Zhang, J., Li, X., Fang, X. & Xiong, Q. (2009). Discrimination experience and quality of life among rural-to-urban migrants in China: the mediation effect of expectation-reality discrepancy. *Qual Life Res*, 18, 291e300.
75. Zhou, H., Mei, X., He, X., Lan, T. & Guo, S.(2019). Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*, 98(16), e15275.

### **Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία**

76. Αυγεροπούλου, Σ., Τσαγκάρη, Β. (2016). Διατροφική Υποστήριξη Βαρέως Πασχόντων Ασθενών, (28), 339–350.
77. Λεοντίου, Ι. & Παυλάκης, Α., 2015. Μέθοδοι/Συστήματα Βαθμολόγησης Σοβαρότητας Τραύματος. *Cyprus Nursing Chronicles*, 15(3), 4-11.
78. Μπαλτόπουλος, Γ. Ι., Κομνός, Γ. Α., 2017. *Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική-Μεταβολισμός & Διατροφή*. CMYK Graphic Design Studio ΕΠΕ.
79. Υφαντόπουλος, Γ.(2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24(Συμπλ.1), 6-18.
80. Υφαντόπουλος, Γ.(2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με την μέθοδο του EQ-15D". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), 279-287.

### **Ιστοσελίδες**

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/308836/Profile-Health-Well-being-Greece.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/308836/Profile-Health-Well-being-Greece.pdf)

