



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κατανοώντας το ρόλο του ειδικευμένου Νοσηλευτή στην
Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική στην παροχή ολιστικής
φροντίδας σε ενήλικες ασθενείς



Φοιτήτρια: Σιαράβα Νικολίνα

Αριθμός Μητρώου: 952

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Δρ. Μαντζούκας Στέφανος-
Αναπληρωτής Καθηγητής

ΙΩΑΝΝΙΝΑ- 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις πιο θερμές ευχαριστίες προς όλους τους ανθρώπους οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της και κατά συνέπεια στην περάτωση των προπτυχιακών μου σπουδών.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Μαντζούκα Στέφανο, χωρίς την υποστήριξη και την καθοδήγηση του οποίου η συγγραφή της παρούσας εργασίας θα ήταν αδύνατη.

Στη συνέχεια θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής, οι οποίοι με το έργο τους κατόρθωσαν να ενισχύσουν την αγάπη μου για τη νοσηλευτική επιστήμη.

Το πιο μεγάλο ευχαριστώ ωστόσο το οφείλω στην οικογένεια και τους φίλους μου, οι οποίοι με την κατανόηση και την αμέριστη αγάπη που έχουν δείξει σε όλο το ταξίδι της ζωής μου μου δίνουν την απαραίτητη δύναμη και θέληση να συνεχίζω μέχρι τέλους την προσπάθεια για την επίτευξη όλων των στόχων μου. Γι' αυτό το λόγο αφιερώνω σε εκείνους αυτή την εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	6
Abstract	7
Κεφάλαιο 1	
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 2	
Στόχοι & Σκοποί της Εργασίας	9
Κεφάλαιο 3	
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	
3.1. Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα	
3.1.1. Ορισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας & της Εντατικής Νοσηλευτικής Φροντίδας	10
3.1.2. Ιστορική Εξέλιξη της Εντατικής Θεραπείας.....	11
3.1.3. Υποψήφιοι Ασθενείς για Νοσηλεία στη ΜΕΘ	13
3.1.3.1. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση το βαθμό προτεραιότητας. 14	
3.1.3.2. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση τη διάγνωση	15
3.1.3.3. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση αντικειμενικές παραμέτρους.....	15
3.1.4. Ανάγκες Φροντίδας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	16
3.2. Ολιστική Φροντίδα	
3.2.1. Ορισμός Ολιστική φροντίδας	18
3.2.2. Πορεία προς την Ένταξη της Έννοιας του Ολισμού στις Νοσηλευτικές Θεωρίες.....	19
3.2.3. Εφαρμογή της Ολιστικής Φροντίδας στην Κλινική Πράξη	20
3.3. Νοσηλευτικές Ειδικότητες	
3.3.1. Ορισμός & Ρόλος των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων	21
3.3.2. Εξέλιξη των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων στην Ελλάδα	22
3.3.3. Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Ειδικότητα.....	24
3.4. Κριτική Ανάλυση της Υπάρχουσας Βιβλιογραφίας.....	26
3.5. Σύνοψη των Σημαντικών Σημείων της Βιβλιογραφίας.....	27

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Δευτερογενής Έρευνα	29
4.2. Διατύπωση Ερευνητικής Ερώτησης.....	30
4.3. Ηλεκτρονική Αναζήτηση	31
4.4. Κριτήρια Αποδοχής & Αποκλεισμού της Βιβλιογραφίας.....	32
4.5. Συλλογή Δεδομένων.....	34
4.5.1. Αναλυτική Παρουσίαση των Συμπεριλαμβανόμενων Άρθρων	
4.5.1.1. Spiritual care in the intensive care unit: An integrated literature research...36	
4.5.1.2. Filling the gaps: A mixed- methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit.....	37
4.5.1.3. Critical care nurse’s perceptions of hope: Original qualitative research	38
4.5.1.4. Effects of a person- centered care intervention in an intensive care unit: Using mixed methods to examine nurse’s perspectives	38
4.5.1.5. Family health conversations create awareness of family functioning ..	40
4.5.1.6. The Effect of Foot Reflexology on Physiological Indicators and Mechanical Ventilation Weaning Time among Open-Heart Surgery Patients	41
4.5.1.7. Effect of family reorientation messages on delirium prevention among critically ill patients.....	42
4.5.1.8. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care	43
4.5.1.9. Nurse’s contribution to end-of-life family conferences in critical care: A Delphi study	44
4.5.1.10. Effect of Training Program on Nurses Knowledge and Competence Regarding Endotracheal Tube and Tracheostomy Care in Mechanically Ventilated Patients	45

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα/ Ευρήματα Έρευνας

5.1. Ανάλυση των Δεδομένων 47

5.2. Θεματικές Ενότητες

5.2.1. Θεματική Ενότητα 1: «Προτροπή των μελών της οικογένειας να συμμετάσχουν στη φροντίδα του ασθενούς»..... 48

5.2.2. Θεματική Ενότητα 2: «Προαγωγή της έκφρασης συναισθημάτων» 49

5.2.3. Θεματική Ενότητα 3: «Προαγωγή της επικοινωνίας με τον ασθενή & τους συγγενείς» 50

5.2.4. Θεματική Ενότητα 4: «Διεπιστημονική προσέγγιση του ασθενούς» 53

Κεφάλαιο 6

Συζήτηση Αποτελεσμάτων 55

Κεφάλαιο 7

Συμπεράσματα..... 59

Βιβλιογραφία 60

Παράρτημα 70

Βιβλιογραφία Παραρτήματος 73

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πλάνο νοσηλευτικών παρεμβάσεων με στόχο την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του ασθενούς. Η εφαρμογή της ολιστικής φροντίδας στην καθημερινή κλινική πράξη είναι ιδιαίτερος απαιτητική, ιδίως στην περίπτωση ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, όπως εκείνοι που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου των ειδικευμένων νοσηλευτών στην Επείγουσα και Εντατική νοσηλευτική, καθώς και της συμβολής τους στην ολιστική φροντίδα ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε δευτερογενής έρευνα και ειδικότερα συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με τη χρήση της μηχανής αναζήτησης Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα, δημοσιευμένα εντός της τριετίας 2019-2021 στην αγγλική γλώσσα, αναφερόμενα σε ενήλικες ασθενείς (≥ 18 ετών) που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Αποτελέσματα: Η παρότρυνση των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ να λαμβάνουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα του αγαπημένου τους ανθρώπου, η προαγωγή της έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων τους με τη θέσπιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επικοινωνίας, καθώς και η διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών με την εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας αποτελούν ολιστικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν από ειδικευμένους νοσηλευτές, συμβάλλοντας θεαματικά στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η εξειδίκευσή τους σε θέματα εντατικής φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, ακολουθώντας ένα ολιστικό πρότυπο φροντίδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Νοσηλευτική παρέμβαση, ολιστική φροντίδα, επείγουσα και εντατική φροντίδα, νοσηλευτική ειδικότητα, ενήλικας ασθενής

Abstract

Introduction: The holistic approach to care is a comprehensive plan of nursing interventions aimed at meeting the sum of the patients' needs. The implementation of holistic care in daily clinical practice is particularly demanding, especially in the case of patients with life-threatening diseases, such as those admitted to the Intensive Care Unit (ICU).

Aim: The investigation of the role of specialized nurses in Emergency and Critical care, as well as their contribution to the holistic care of patients treated in the Intensive Care Unit.

Method: A secondary analysis was conducted, particularly a systematic review of the literature, using the Google Scholar search engine. The study's material consisted of selected articles, published within the three years 2019-2021 in English, referring to adult patients (≥ 18 years old) admitted to the ICU.

Results: Encouraging the relatives of patients admitted to the ICU to take an active role in the care of their loved one, promoting the expression of their thoughts and feelings by establishing a satisfactory level of communication, as well as the interdisciplinary approach of patients by applying alternatives treatment methods are holistic interventions that can be applied by specialized nurses, contributing dramatically to the improvement of the patient's health.

Conclusions: The continuous training of nurses working in Intensive Care Units and their specialization in intensive care is particularly important to meet all the needs of patients in critical condition, following a holistic standard of care.

Keywords: Nursing intervention, holistic care, emergency and critical care, nursing specialty, adult patient

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Η παροχή ολιστικής φροντίδας αναφέρεται στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πλάνου φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των αναγκών του ατόμου, ήτοι τις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες. Συχνά, η εφαρμογή ενός τέτοιου προτύπου φροντίδας με τόσο διευρυμένα όρια ως προς το είδος των απαιτούμενων γνώσεων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποτελεί απαιτητικό εγχείρημα, ιδίως στην περίπτωση ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικά για τη ζωή προβλήματα, όπως εκείνοι που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η παρούσα εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας δευτερογενούς έρευνας η οποία πραγματεύεται το ρόλο των ειδικευμένων νοσηλευτών στην «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Ειδικότητα», καθώς και τη συμβολή τους στην ολιστική προσέγγιση των ενήλικων νοσηλευόμενων στη ΜΕΘ.

Η διάρθρωση της εργασίας γίνεται μέσα από 7 κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 2 αναφέρονται οι στόχοι και οι σκοποί διεξαγωγής της έρευνας. Το κεφάλαιο 3 αφιερώνεται στην ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας που σχετίζεται με το θέμα της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στον ορισμό και τη διαχρονική εξέλιξη της εντατικής φροντίδας, στα πρότυπα επιλογής των υποψήφιων ασθενών για νοσηλεία στη ΜΕΘ και στις ανάγκες της φροντίδας τους. Διερευνάται η έννοια της ολιστικής φροντίδας και των μεθόδων εφαρμογής της στην καθημερινή κλινική πράξη, ενώ παράλληλα γίνεται ενδελεχής αναφορά στο ρόλο των νοσηλευτικών ειδικοτήτων και στην εξέλιξή τους στην Ελλάδα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική ειδικότητα. Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα και γίνεται περιληπτική παρουσίαση των άρθρων τα οποία ύστερα από κριτική σκέψη αποδείχθηκε πως πληρούν τα κριτήρια αποδοχής που τέθηκαν εξ αρχής στην έρευνα. Στο κεφάλαιο 5 γίνεται η παρουσίαση των 4 θεματικών ενοτήτων που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, ενώ στο κεφάλαιο 6 πραγματοποιείται σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στο τελευταίο κεφάλαιο, το κεφάλαιο 7, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν χάρη σε αυτή την εργασία.

Κεφάλαιο 2

Στόχοι & Σκοποί της Εργασίας

Με τη συγκρότηση των πρώτων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ολοένα και περισσότεροι νοσηλευτές ξεκίνησαν να απασχολούνται στον τομέα της εντατικής φροντίδας, συμβάλλοντας έτσι στην κάλυψη των βασικών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Το 2019 λήφθηκε η απόφαση για τη δημιουργία μιας νέας νοσηλευτικής ειδικότητας στην Ελλάδα, της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας, στόχος της οποίας είναι η εστιασμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο τομέα.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των απαιτήσεων της φροντίδας και του ρόλου των νοσηλευτών με ειδικότητα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, καθώς και της συμβολής τους στην ολιστική προσέγγιση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι σκοποί της εργασίας είναι:

1. Η διευκρίνιση της έννοιας της ολιστικής προσέγγισης της φροντίδας
2. Η διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτικών ειδικοτήτων και η εμβάθυνση στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Ειδικότητα
3. Η κατανόηση της δυνατότητας του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική να παρέχει ολιστική φροντίδα σε ενήλικους νοσηλευόμενους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Κεφάλαιο 3

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

3.1. Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα

3.1.1. Ορισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας & της Εντατικής Νοσηλευτικής Φροντίδας

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας- ΜΕΘ (Intensive Care Unit- ICU) αποτελούν συνήθως διακριτό και αυτόνομο τμήμα ενός νοσοκομείου, στο οποίο παρέχεται εντατική φροντίδα (Valentin et al., 2011). Με τη νοσηλεία ασθενών στις ΜΕΘ επιτυγχάνεται η συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη πασχόντων, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα που είναι δυνητικά απειλητικά για τη ζωή τους, όπως ένας σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια (Sole, Klein & Moseley, 2013). Έτσι λοιπόν, η εντατική φροντίδα έχει ως στόχο την αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση της υποκείμενης πάθησης, καθώς επίσης και την πρόληψη της εμφάνισης περαιτέρω επιδείνωσης της υγείας και της λειτουργικότητας ενός ασθενούς που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση (Marshall et al., 2017).

Το επιστημονικό προσωπικό που στελεχώνει τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας συγκροτεί μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία συνίσταται από επαγγελματίες διαφόρων επιστημονικών πεδίων συναφών με το χώρο της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αυτή η ομάδα αποτελείται από ιατρούς με εξειδίκευση στην εντατικολογία και σε άλλες ειδικότητες, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες, με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων του πάσχοντα στο μέγιστο δυνατό βαθμό (Urden, Stacy & Lough, 2018). Η ιδιαίτερα κρίσιμη κατάσταση της υγείας των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελεί την κύρια αιτία για την οποία η απασχόληση επαγγελματιών με υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων κρίνεται απαραίτητη (Valentin et al., 2011).

Παρότι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας διαφοροποιούνται γεωγραφικά από τους υπόλοιπους χώρους του νοσοκομείου, ανάγκη παροχής εντατικής φροντίδας ενδέχεται να υπάρξει και σε άλλες κλινικές, όπως στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) (Marshall et al., 2017). Ως εκ τούτου, στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφεται πως για την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών που χρήζουν εντατικής φροντίδας συνιστάται οι ΜΕΘ να εγκαθίστανται σε χώρους που παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης από και προς άλλα τμήματα του νοσοκομείου (Vincent et al., 1994).

3.1.2. Ιστορική Εξέλιξη της Εντατικής Θεραπείας

Οι πρώτες βάσεις για την ανάπτυξη της εντατικής φροντίδας τέθηκαν το 19^ο αιώνα κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου. Η χολέρα και η ελονοσία έπληξαν τους στρατιώτες λόγω των ελλιπών μέτρων υγιεινής, με αποτέλεσμα η θνησιμότητα να ανέλθει στο 40%. Η τραγική αυτή κατάσταση οδήγησε τη Florence Nightingale να καταταγεί εθελοντικά μαζί με άλλες 38 νοσηλεύτριες στο Σκούταρι (Üsküdar-προάστιο της Κωνσταντινούπολης), όπου με την εφαρμογή καινοτόμων ιδεών σχετικά με την περίθαλψη των ασθενών κατόρθωσε να περιορίσει τη θνησιμότητα στο 2% (Νάκος et al., 2015). Ειδικότερα, μία από τις παρεμβάσεις της Nightingale ήταν η διαλογή των σοβαρά τραυματισμένων στρατιωτών και η συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα τους σε χώρους πλησίον της στάσης νοσηλευτών (Ward, Kyner & Crowder, 2020).

Επόμενο σημαντικό βήμα για την εξέλιξη της εντατικής θεραπείας αποτέλεσε η δημιουργία της πρώτης μονάδας μετεγχειρητικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη μονάδα ιδρύθηκε το 1923 στο Johns Hopkins Hospital και λειτούργησε ως πρότυπο για την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής φροντίδας στρατιωτών που έφεραν σοβαρούς τραυματισμούς κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (Vincent, 2013). Το 1927 ιδρύθηκε στο Σικάγο η πρώτη μονάδα πρόωρων νεογνών (Σπυρόπουλος, 2015), ενώ δύο χρόνια αργότερα κατασκευάστηκε ο πρώτος αναπνευστήρας αρνητικής πίεσης. Αυτός ο αναπνευστήρας έγινε γνωστός ως "Iron Lung" ή "Σιδηρούν Πνεύμων" και συνέστησε τον πρόδρομο των αναπνευστήρων που χρησιμοποιούνται πλέον στις σύγχρονες ΜΕΘ (Κουτσούκου et al., 2015).

Από τις πιο σπουδαίες εξελίξεις για την πρόοδο της εντατικής θεραπείας ήταν η σύλληψη της ιδέας της τραχειοστομίας το 1952, όταν μία επιδημία πολιομυελίτιδας έπληξε την Ευρώπη (Κουτσούκου et al., 2015). Ο ιός της πολιομυελίτιδας οδηγούσε στη σταδιακή εγκατάσταση αναπνευστικής ανεπάρκειας. Έτσι, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η διενέργεια τραχειοστομίας και η εισαγωγή μέσω αυτής ενός ενδοτραχειακού σωλήνα σε ασθενείς με μειωμένη αναπνευστική ικανότητα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την κατακόρυφη μείωση των θυμάτων πολιομυελίτιδας, καθιστώντας συνεπώς τη συγκεκριμένη πρακτική ευρέως δημοφιλή για την αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή αναπνευστική δυσχέρεια (Avidan et al., 2011).

Θεμελιωτής της σύγχρονης εντατικολογίας θεωρήθηκε ο Harry Weil. Ο Weil μαζί με τον συνεργάτη του, Herbert Shubin, συνειδητοποίησαν πως κατά τις νυκτερινές

κυρίως ώρες παρατηρείται αυξημένος αριθμός θανάτων μετεγχειρητικών ασθενών, ασθενών με στεφανιαία σύνδρομα ή άλλα απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Έτσι, το 1958 δημιούργησαν ένα θάλαμο όπου καρδιολογικοί και μετεγχειρητικοί ασθενείς παρακολουθούνταν σε 24ωρη βάση. Ο θάλαμος ονομάστηκε «Shock Ward» και αποτέλεσε τον προάγγελο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όπως είναι γνωστές σήμερα (Ristagno & Weil, 2009).

Τα πρώτα βήματα για την ανάπτυξη της εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα σημειώθηκαν όταν το 1958 ιδρύθηκε το πρώτο κέντρο εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο «Σωτηρία», το οποίο ονομάστηκε Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΚΑΑ). Η πρώτη γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε το 1978 στο «Λαϊκό» νοσοκομείο και έκτοτε όλο και περισσότερες ΜΕΘ άρχισαν να δημιουργούνται στα νοσοκομεία των μεγάλων ελληνικών πόλεων (Κουτσούκου et al., 2015).

Οι σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας διαφέρουν αρκετά από εκείνες του 20ου αιώνα. Αναμφίβολα, η συνεχής ανάπτυξη του τεχνολογικού τομέα αποτελεί τη βάση για τη διαρκή βελτίωση του μηχανικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στις ΜΕΘ, ο οποίος καθίσταται ολοένα και περισσότερο εύχρηστος για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και φιλικός για τον ασθενή. Στόχος της εντατικής φροντίδας είναι πια η διαχείριση του ασθενούς με τη χρήση όσο το δυνατόν λιγότερο επεμβατικών μεθόδων, ενώ παράλληλα υπογραμμίζεται η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας του ασθενούς στη διαδικασία λήψης σημαντικών αποφάσεων (Vincent, 2013). Επιπροσθέτως, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη σπουδαιότητα της συνεχούς εκπαίδευσης των μελών του υγειονομικού προσωπικού και στην εφαρμογή πρακτικών βασισμένων σε ενδείξεις (evidence-based practice) (Ristagno & Weil, 2009). Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η αξιοποίηση των πλέον πρόσφατων και έγκυρων διαθέσιμων επιστημονικών δεδομένων, με στόχο τη λήψη αποφάσεων που δύνανται να επιφέρουν τα βέλτιστα αποτελέσματα για τον πάσχοντα (Mackey & Bassendowski, 2017).

3.1.3. Υποψήφιοι Ασθενείς για Νοσηλεία στη ΜΕΘ

Καθημερινά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να λάβει αποφάσεις σχετικά με την εισαγωγή ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενούς παίζει κεντρικό ρόλο στην λήψη αυτής της απόφασης, χωρίς ωστόσο να θεωρούνται ασήμαντοι άλλοι παράγοντες όπως η επάρκεια εξοπλισμού και προσωπικού, καθώς και η σχέση του θεραπευτικού αποτελέσματος που αναμένεται να επιτευχθεί χάρη στην νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ σε σύγκριση με το κόστος νοσηλείας (Webb et al., 2016). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως στη ΜΕΘ συνήθως εισάγονται ασθενείς με σχετικά υψηλές πιθανότητες ίασης ή έστω βελτίωσης της κατάστασης της υγείας τους (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015). Ωστόσο, σύμφωνα με τον Shepherd (2018), ο ακριβής υπολογισμός του ποσοστού επιβίωσης ενός ασθενούς είναι αδύνατος, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η εφαρμογή του συγκεκριμένου κανόνα στην κλινική πραγματικότητα. Από αυτή τη γενική αρχή εξαιρούνται επιπλέον οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ κατόπιν εγκεφαλικού θανάτου και οι οποίοι είναι υποψήφιοι δότες οργάνων. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς αποτελούν μία ιδιαίτερη κατηγορία, καθώς η νοσηλεία τους δεν έχει ως στόχο την παράταση ή τη βελτίωση της ζωής του ίδιου του ατόμου αλλά τη διατήρηση της βέλτιστης λειτουργικότητας των προς δωρεά οργάνων, έως τη διεξαγωγή του χειρουργείου λήψης των μοσχευμάτων (Νάκος et al., 2015). Παράλληλα, σε μία προσπάθεια αφορισμού του πατερναλισμού στην υγεία και εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν, δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη της απόφασης περί εισαγωγής -ή μη- στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του (Webb et al., 2016).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται τρεις μέθοδοι διαλογής των υποψήφιων ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ. Η απόφαση λοιπόν μπορεί να ληφθεί με βάση 1) το βαθμό προτεραιότητας του ασθενούς, 2) την πάθηση από την οποία νοσεί ο ασθενής και 3) την εμφάνιση συγκεκριμένων παθολογικών ευρημάτων κατά τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο ή την κλινική εξέταση (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015).

3.1.3.1. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση το βαθμό προτεραιότητας

Στόχος της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η αναγνώριση των ασθενών που πρόκειται να επωφεληθούν σε μεγαλύτερο βαθμό από την εισαγωγή τους σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Έτσι, οι ασθενείς διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015):

- i. 1^{ης} προτεραιότητας: Ασθενείς που χρήζουν άμεσης εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας, η οποία δεν είναι δυνατό να προσφερθεί εκτός ΜΕΘ. Αυτοί οι ασθενείς έχουν ανάγκη μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής ή/και επεμβατική αιμοδυναμική παρακολούθηση (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015).
- ii. 2^{ης} προτεραιότητας: Ασθενείς για τη φροντίδα των οποίων απαιτείται συνεχές monitoring και πιθανά, άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Συνήθως σε αυτή τη βαθμίδα προτεραιότητας ανήκουν ασθενείς με ιστορικό χρόνιας νόσου, οι οποίοι πρόσφατα επλήγησαν από οξεία ασθένεια (Νάκος et al., 2015).
- iii. 3^{ης} προτεραιότητας: Ασθενείς με βαριά υποκείμενα νοσήματα, οι οποίοι θεωρείται πως έχουν χαμηλά ποσοστά επιβίωσης. Κατά τη φροντίδα των συγκεκριμένων ασθενών ενδέχεται να εφαρμόζονται περιορισμοί, όπως εντολή μη ανάνηψης (DNR- Do Not Resuscitate) ύστερα από την εγκατάσταση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής (Νάκος et al., 2015).
- iv. 4^{ης} προτεραιότητας: Ασθενείς που θεωρούνται ακατάλληλοι για νοσηλεία στη ΜΕΘ λόγω της σχετικά καλής κατάστασης της υγείας του, με αποτέλεσμα να μην αναμένεται πως η νοσηλεία στη ΜΕΘ πρόκειται να επιφέρει θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο δεν δύναται να επιτευχθεί με την παροχή φροντίδας εκτός της μονάδας, εξαιτίας της εξαιρετικής έκπτωσης της υγείας του, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι μη αναστρέψιμη ή όταν ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία και λαμβάνει την απόφαση να μη νοσηλευθεί σε ΜΕΘ (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015).

Άμεσης εισαγωγής στη ΜΕΘ χρήζουν οι ασθενείς 1^{ης} και 2^{ης} προτεραιότητας, ενώ ασθενείς 3^{ης} προτεραιότητας μπορούν να νοσηλεύονται είτε στη ΜΕΘ είτε σε μία Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) (Nates et al., 2016).

3.1.3.1. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση τη διάγνωση

Η διάγνωση συγκεκριμένων νόσων οι οποίες θεωρούνται απειλητικές για την επιβίωση του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει στη λήψη της απόφαση για εισαγωγή και νοσηλεία στη ΜΕΘ. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται κυρίως νοσήματα του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του νευρικού, του γαστρεντερικού και του ενδοκρινικού συστήματος. Ομοίως, ιδιαίτερα επικίνδυνες μπορούν να θεωρηθούν διαταραχές που σχετίζονται με την ισορροπία των ηλεκτρολυτών, την τοξικότητα λόγω λήψης υπερβολικής δόσης φαρμάκων, αλλά και συγκεκριμένες μετεγχειρητικές επιπλοκές (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015).

3.1.3.3. Εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ με βάση αντικειμενικές παραμέτρους

Οι φυσιολογικές παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη και ενδέχεται να οδηγήσουν έναν ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι οι παθολογικές τιμές των ζωτικών σημείων, καθώς και τα μη φυσιολογικά εργαστηριακά, απεικονιστικά ή ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η συνολική εικόνα του ασθενούς κατά την κλινική εξέταση (Ζακυνθινός & Βρεττού, 2015). Το Royal College of Physicians (RCP) δημοσίευσε το 2017 το National Early Warning Score 2 (NEWS2), που αποτελεί την αναθεωρημένη εκδοχή ενός συστήματος αξιολόγησης έξι φυσιολογικών παραμέτρων το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την εκτίμηση ενός νοσηλευόμενου ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αυτές οι παράμετροι είναι ο αριθμός αναπνοών/ λεπτό, ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνου, η συστολική πίεση, ο αριθμός σφύξεων/ λεπτό, το επίπεδο συνείδησης και η θερμοκρασία του ασθενούς (RCP, 2017).

Κατά την αξιολόγηση με βάση το NEWS2 χρησιμοποιείται ένα πρότυπο διάγραμμα (βλ. Παράρτημα *Εικόνα 1*) και για κάθε μία από τις έξι παραμέτρους ο ασθενής λαμβάνει ένα βαθμό από 0 έως 3. Στο συνολικό βαθμό που προκύπτει προστίθενται 2 επιπλέον βαθμοί στην περίπτωση που ο ασθενής χρήζει εξωγενούς χορήγησης οξυγόνου (βλ. Παράρτημα *Εικόνα 2*). Το τελικό αποτέλεσμα οδηγεί στην κατάταξη του ασθενούς σε μία από τις τέσσερις κατηγορίες κινδύνου: χαμηλού, χαμηλού- μέσου, μέσου ή υψηλού κινδύνου. Ασθενείς μέσου και υψηλού κινδύνου έχουν ανάγκη για επείγουσα και εντατική αντιμετώπιση και φροντίδα (βλ. Παράρτημα *Εικόνα 3 & 4*) (RCP, 2017).

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ πρέπει να αξιολογείται σε καθημερινή βάση. Με αυτό τον τρόπο επιτρέπεται η έγκαιρη

αναγνώριση εκείνων που πληρούν τις προδιαγραφές για έξοδο από τη μονάδα (Μίχου, 2017). Η καθυστέρηση στη λήψη αυτής της απόφασης οδηγεί στον περιορισμό των ελεύθερων κλινών ΜΕΘ, με αποτέλεσμα να μην καθίσταται δυνατή η εισαγωγή νέων ασθενών που χρήζουν εντατικής νοσηλείας. Παράλληλα, η άλογα παρατεταμένη νοσηλεία ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην υγεία τους, οδηγώντας έτσι στην εμφάνιση διαταραχών στην ομαλή αποκατάσταση της φυσιολογίας ή στην επιδείνωση της ψυχολογικής τους κατάστασης (McWilliams et al., 2019).

Σύμφωνα με τους Ζακυνθινός & Βρεττού (2015), ένας ασθενής μπορεί να λάβει εξιτήριο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όταν παρουσιάζει σταθερή κλινικοεργαστηριακή και αιμοδυναμική εικόνα και κατά συνέπεια δεν έχει ανάγκη για εντατική παρακολούθηση και φροντίδα. Η ίδια απόφαση μπορεί να ληφθεί και για ασθενή ο οποίος δεν παρουσιάζει βελτίωση της υγείας του, παρά την εξάντληση όλων των επιλογών θεραπευτικής παρέμβασης. Υπό αυτές τις συνθήκες αποφασίζεται η διακομιδή του ασθενούς σε διαφορετική κλινική του νοσοκομείου ανάλογα με την ασθένεια από την οποία νοσεί ή σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) (Μίχου, 2017).

3.1.4. Ανάγκες Φροντίδας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ιδιαίτερα απαιτητικό, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα αρμοδιοτήτων. Όταν μάλιστα ένας νοσηλευτής εργάζεται σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντά του αυξάνονται ακόμα περισσότερο, εφόσον καλείται να αναλάβει τη φροντίδα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, οι οποίοι συνήθως έχουν περιορισμένες ικανότητες αυτοφροντίδας. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕΘ δεν περιορίζεται στην απλή παρακολούθηση και καταγραφή των νοσηλευτικών διεργασιών. Απαιτείται συνεχής εγρήγορση και αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς, με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων, μέσω του σχεδιασμού και της εφαρμογής των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Urden, Stacy & Lough, 2018). Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) δημοσίευσε το 2016 ένα υπόμνημα στο οποίο αναφέρεται με ακρίβεια το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών που εργάζονται στα διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών που στελεχώνουν τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Σύμφωνα με το υπόμνημα της ENE (2016), στις αρμοδιότητες ενός νοσηλευτή που εργάζεται σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνεται:

- i. Η απόκτηση επαρκούς γνώσης σχετικά με την ορθή χρήση των συσκευών και των μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται εντός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας
- ii. Η παρεντερική και μη παρεντερική χορήγηση φαρμάκων
- iii. Η αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης με τη χρήση της κλίμακας Γλασκώβης (Glasgow Coma Scale-GCS)
- iv. Η περιποίηση του σώματος του ασθενούς
- v. Ο σωστός χειρισμός των μολυσματικών υλικών με στόχο την πρόληψη της μετάδοσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
- vi. Η περιποίηση καθετήρων και στομιών, τομών, τραυμάτων και ελκών λόγω πίεσης
- vii. Η λήψη δειγμάτων βιολογικών υλικών για τη διενέργεια εργαστηριακών ελέγχων
- viii. Η λήψη αρτηριακού αίματος για τον προσδιορισμό των αερίων αίματος
- ix. Η καταγραφή και εκτίμηση της ενδοκράνιας πίεσης (ΕΚΠ)
- x. Η φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, η οποία περιλαμβάνει:
 - a. τη συμμετοχή κατά τη διενέργεια τραχειοτομής και ενδοτραχειακής διασωλήνωσης,
 - b. την προαγωγή της κατάλληλης υγιεινής γύρω από την περιοχή της τραχειοστομίας,
 - c. την εκτέλεση τραχειοβρογχικών αναρροφήσεων με στόχο τη βελτίωση της οξυγόνωσης και
 - d. τη συμμετοχή κατά τη διαδικασία της αποσωλήνωσης του ασθενούς
- xi. Η συνεχής καρδιοαναπνευστική παρακολούθηση (monitoring) του ασθενούς
- xii. Η γνώση και εφαρμογή των πρωτοκόλλων βασικής και εξειδικευμένης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ασθενείς που υφίστανται αιφνίδια καρδιοαναπνευστική ανακοπή
- xiii. Η συμμετοχή κατά την εισαγωγή και αφαίρεση κεντρικών ενδοαυλικών καθετήρων και η τοποθέτηση περιφερικών φλεβοκαθετήρων
- xiv. Η τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστης και η έγκαιρη διαχείριση συναφών επιπλοκών

- xv. Η κάλυψη των αναγκών ασθενών που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες όπως οι εγκαυματίες ή οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς
- xvi. Η σίτιση του ασθενούς μέσω της γαστρεντερικής οδού ή παρεντερικά, η καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και η μέτρηση του βάρους σώματος
- xvii. Η χορήγηση ολικού αίματος ή παραγώγων βάσει των ιατρικών οδηγιών
- xviii. Η συμμετοχή κατά τη διενέργεια παρακέντησης οποιουδήποτε τύπου (π.χ. παρακέντηση υπερηβικής χώρας, παρακέντηση υγρού της περικαρδιακής κοιλότητας)
- xix. Η ενημέρωση του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος σχετικά με το ωράριο επισκέψεων και την έκβαση της υγείας του
- xx. Η εκπαίδευση του ασθενούς και του συγγενικού περιβάλλοντος σχετικά με τη φροντίδα που απαιτείται για την αποκατάσταση της υγείας του (ENE, 2016).

3.2. Ολιστική Φροντίδα

3.2.1. Ορισμός Ολιστικής Φροντίδας

Η ολιστική φροντίδα αποτελεί μία προσέγγιση σχετικά με την παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης η οποία έχει ως κεντρικό άξονα την πεποίθηση πως κάθε άτομο συγκροτείται από το τρίπτυχο σώμα- νους- ψυχή. Αυτοί οι τρεις «συντελεστές» δημιουργούν ένα ενοποιημένο και ολοκληρωμένο σύνολο, αλληλεπιδρώντας διαρκώς μεταξύ τους (Parathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013). Επομένως, οι νοσηλευτές που επιδιώκουν να προσεγγίσουν ολιστικά έναν ασθενή διαθέτουν τη γνώση και την ικανότητα να αναγνωρίζουν τις διαφορετικές του ανάγκες, οι οποίες ενδέχεται να είναι βιολογικής, ψυχοκοινωνικής ή/και πνευματικής φύσεως (Zamanzadeh et al., 2015). Η αλληλεπίδραση που παρουσιάζεται μεταξύ των διαφορετικών πτυχών της ανθρώπινης ύπαρξης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς για την επίτευξη του μέγιστου βαθμού ευεξίας είναι απαραίτητη η μεταξύ τους ισορροπία και αρμονία. Ως εκ τούτου, μια τροποποίηση σε οποιονδήποτε από αυτούς τους τρεις παράγοντες θα προκαλέσει αναπόφευκτα την εγκατάσταση ανισορροπίας στο άτομο, οδηγώντας έτσι στην έκπτωση του βαθμού ευεξίας του (McEnoy & Duffy, 2008).

Πέραν της πεποίθησης σχετικά με την αλληλεπίδραση του πνεύματος, του νου και του σώματος με στόχο τη σύνθεση ενός ολοκληρωμένου ανθρώπινου όντος, η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας διέπεται από ορισμένες εξίσου σημαντικές ιδέες. Μία από

αυτές είναι η αντίληψη πως κάθε άνθρωπος έχει φυσική τάση προς το να είναι υγιής και πως είναι ο κύριος υπεύθυνος για τη διαφύλαξη της υγείας του. Γι' αυτό το σκοπό δύναται να βελτιώνει συνεχώς τις γνώσεις και τις ικανότητές του, ιδίως σε θέματα που αφορούν την αυτό-φροντίδα του. Αποκτώντας γνώσεις σχετικά με τη φροντίδα του εαυτού του καθίσταται ικανός να συμμετάσχει στη διαδικασία λήψης σημαντικών αποφάσεων που αφορούν την προαγωγή της ατομικής του υγείας, σε ένα κλίμα συνεργασίας και ισότητας με τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας (deWit, 2009).

3.2.2. Πορεία προς την Ένταξη της Έννοιας του Ολισμού στις Νοσηλευτικές Θεωρίες

Η έννοια της ολιστικής φροντίδας των ασθενών δεν αποτελεί πρόσφατη ανακάλυψη. Για την ακρίβεια, η σημασία της άρχισε να γίνεται ήδη κατανοητή από τα αρχαία χρόνια. Πιθανολογείται πως η ιδέα του ολισμού άρχισε να διαμορφώνεται από τον αρχαίο ινδικό Βεδικό πολιτισμό. Στη Σανσκριτική γλώσσα που χρησιμοποιούνταν στην Ινδία κατά τη Βεδική περίοδο (περίπου 1.500- 600 π.Χ.) συναντάται η λέξη «Σαρβάχ» η οποία περιγράφει τη φυσική ροπή του ανθρώπου να είναι ολόκληρος και άθικτος. Προαπαιτούμενο για την ολοκλήρωση του ανθρώπου θεωρούνταν η ύπαρξη τριών ειδών ισχυρής και αδιάσπαστης σύνδεσης, δηλαδή σύνδεση μεταξύ των διαφορετικών πτυχών από τις οποίες αποτελείται το ανθρώπινο ον, μεταξύ των διαφορετικών ανθρώπων και ανάμεσα στους ανθρώπους και ολόκληρο το σύμπαν. Οποιαδήποτε αλλοίωση σε κάποιο από αυτούς τους τομείς θεωρούνταν πως είναι ικανή να οδηγήσει στην απομάκρυνση της ψυχής από το υλικό σώμα και κατ' επέκταση στην διάσπαση του «όλου» (Erickson, 2007). Ωστόσο, ο όρος «ολισμός» επινοήθηκε πολλούς αιώνες αργότερα από τον Jan Smuts ο οποίος τον χρησιμοποίησε για πρώτη φορά το 1926 στο έργο του “Holism and Evolution” (Freeman, 2005).

Η Florence Nightingale, η οποία έθεσε τα θεμέλια του νοσηλευτικού επαγγέλματος, προωθούσε μέσα από την πρακτική της την ολιστική φροντίδα των ασθενών, αναγνωρίζοντας τη σημασία της και εντάσσοντας στις παρεμβάσεις προς τους ασθενείς εναλλακτικές μεθόδους φροντίδας όπως η χρήση του θεραπευτικού αγγίγματος, συγκεκριμένων βοτάνων και αρωμάτων με ευεργετικές ιδιότητες, καθώς και η ενασχόληση με τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών στον περιβάλλοντα χώρο του πάσχοντα (Papathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013). Αιώνες μετά τη Nightingale θεωρητικοί νοσηλευτές ξεκίνησαν με τη σειρά τους να εντάξουν στις θεωρίες τους ιδέες της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας, αναδεικνύοντας έτσι τη

σημασία της ολιστικής φροντίδας μέσα από ένα άρτια θεμελιωμένο θεωρητικό και επιστημονικό πλαίσιο. Παραδείγματα τέτοιων θεωρητικών είναι οι Orlando, Peplau (Kinchen, 2014), Rogers, Levine (McEvoy & Duffy, 2008), Newman και άλλοι (Zamanzadeh et al., 2015).

3.2.3. Εφαρμογή της Ολιστικής Φροντίδας στην Κλινική Πράξη

Η ολιστική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την εφαρμογή διαφόρων παρεμβάσεων. Σε αυτές περιλαμβάνονται πρακτικές που παραδοσιακά χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας, όπως είναι η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής με στόχο την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας του ασθενούς. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται επίσης η εκπαίδευση του ασθενούς με στόχο την ενίσχυση της ικανότητάς του για αυτό-φροντίδα. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να διεκπεραιώνει με το μέγιστο δυνατό βαθμό ανεξαρτησίας τις καθημερινές του δραστηριότητες (Zamanzadeh et al., 2015) και να επιτύχει την επιθυμητή προσαρμογή στις νέες συνθήκες που ενδεχομένως έχουν προκύψει ως αποτέλεσμα της έκπτωσης της υγείας του (McEvoy & Duffy, 2008). Πέραν των συνηθισμένων παρεμβάσεων, ένας νοσηλευτής που επιθυμεί να παράσχει ολιστική φροντίδα μπορεί να εντάξει στην πρακτική του ορισμένες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, όπως είναι ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία, η αυτοσυγκέντρωση, η εκμάθηση ασκήσεων χαλάρωσης και λοιπά (deWit, 2009).

Κεντρικής σημασίας κατά την παροχή ολιστικής φροντίδας είναι επίσης η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος και η ανάπτυξη κατάλληλης σχέσης μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή τεχνικών όπως η ενεργή παρουσία, δηλαδή η ενεργητική ακρόαση του συνόλου των απόψεων και των αναγκών του ασθενούς εκ μέρους του νοσηλευτή χωρίς αυτός να θέτει εμπόδια στην επικοινωνία, η επίδειξη συμπόνιας που εκδηλώνεται με την κατανόηση και αποδοχή όλων των αδυναμιών του ατόμου (Erickson, 2007), το χιούμορ, η καλλιέργεια αισθήματος ελπίδας και η παρακίνηση τόσο του ασθενούς όσο και του νοσηλευτή να αποβάλλουν όλα τα αρνητικά συναισθήματα και τις σκέψεις που μπορούν να προκαλέσουν θλίψη, οργή, θυμό, φόβο ή αντιπαλότητα (Academy of Integrative Health & Medicine, 2019).

Για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι επίσης απαραίτητη η ύπαρξη ισότητας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Η έννοια της ισότητας αναφέρεται στην άποψη πως τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής έχουν πλήρη επίγνωση σχετικά

με τις ανάγκες φροντίδας και μπορούν ανεμπόδιστα να εκφράσουν τις ιδέες, τις απόψεις και τις διαφορετικές τους οπτικές, συμβάλλοντας από κοινού στην επίτευξη του μέγιστου βαθμού ευεξίας του ασθενούς. Η μόνη περίπτωση στην οποία ο νοσηλευτής έχει το δικαίωμα να παρέμβει ανεξάρτητα από τον ασθενή είναι ύστερα από απαίτηση του ίδιου του ασθενούς ή εάν η μη έγκαιρη παρέμβαση του νοσηλευτή ενέχει άμεσο κίνδυνο για την υγεία και τη διαβίωση του ασθενούς εξαιτίας της περιορισμένης ικανότητάς του να ικανοποιήσει τις διάφορες ανάγκες του (Parathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013).

Για την εφαρμογή της ολιστικής προσέγγισης στην καθημερινή κλινική πράξη απαιτείται η καθιέρωση ενός οργανωμένου σχεδίου φροντίδας. Υπόψη λαμβάνονται όλες οι πλευρές της ζωής και της καθημερινότητας του ατόμου (Γκοβίνα et al., 2014). Αυτή η διαδικασία διεκπεραιώνεται μέσα από συγκεκριμένα στάδια. Σε πρώτη φάση πραγματοποιείται η συνολική εκτίμηση του ασθενούς και η συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών. Οι πληροφορίες λαμβάνονται κατά κύριο λόγο από τον ίδιο τον ασθενή μέσω της επικοινωνίας μαζί του και της κλινικοεργαστηριακής του αξιολόγησης. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα ανάπτυξης της απαιτούμενης θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή και η αναγνώριση των πραγματικών και δυνητικών αναγκών και προβλημάτων του ασθενούς. Στη συνέχεια απαιτείται η κατάρτιση του κατάλληλου σχεδίου φροντίδας, το οποίο δημιουργείται από κοινού από τον νοσηλευτή και τον ασθενή. Με την έναρξη της εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας ο νοσηλευτής επαναξιολογεί τακτικά τις ανάγκες του ασθενούς ώστε να αποδειχθεί -ή όχι- η επιτυχία του ως προς την επίτευξη των επιθυμητών στόχων. Η αποτυχία του ήδη υπάρχοντος πλάνου φροντίδας ως προς την εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί εξαρχής οδηγεί στην αναγκαιότητα κατάρτισης ενός νέου σχεδίου (Potter & Frisch, 2007).

3.3. Νοσηλευτικές Ειδικότητες

3.3.1. Ορισμός & ρόλος των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2002), ως ειδικότητα ορίζεται «η ειδική γνώση σε επιστήμη ή τέχνη, που απαιτείται για την άσκηση επιστημονικής ή τεχνικής επαγγελματικής δραστηριότητας» (σελ. 552). Εξ ορισμού λοιπόν, ένας νοσηλευτής ο οποίος έχει ειδικευτεί σε ένα συγκεκριμένο τομέα της νοσηλευτικής, διαθέτει εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες μπορεί να εφαρμόσει στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Αναλογιζόμενος κανείς τον όγκο της διαθέσιμης γνώσης σχετικά με τον άνθρωπο, την υγεία και την ασθένεια, εύκολα μπορεί να συνειδητοποιήσει τη σημασία της ειδίκευσης στο χώρο της Υγείας. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης να εκπαιδευτεί εστιάζοντας ιδιαίτερα την προσοχή του σε θέματα που σχετίζονται με συγκεκριμένους τομείς της φροντίδας, βελτιώνοντας έτσι την αποδοτικότητα των επιμέρους παρεμβάσεων που επιχειρεί στον ασθενή και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Britnell, 2011). Στόχος της λήψης οποιασδήποτε νοσηλευτικής ειδικότητας είναι η μετάβαση από ένα βασικό επίπεδο γνώσεων σε ένα ανώτερο επίπεδο. Αυτή η ανέλιξη καθιστά τον ειδικευμένο νοσηλευτή ικανό να λειτουργήσει ως ένα ιδιαίτερα χρήσιμο μέλος της υγειονομικής ομάδας, με τη συμβολή του στη διάγνωση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενούς, τη διαχείριση τους μέσω της διενέργειας των κατάλληλων παρεμβάσεων και τελικά τη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας του ή/και την πλήρη ίαση (Fulton, 2005).

3.3.2. Εξέλιξη των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων στην Ελλάδα

Από τον 19^ο αιώνα και έπειτα, η νοσηλευτική στην Ελλάδα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο. Η δημιουργία των μαιευτικών σχολείων το 1835 αποτέλεσε τον πρόδρομο για τη δημιουργία των πρώτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων. Σε αυτά, νοσηλεύτριες εκπαιδούνταν αποκλειστικά σχετικά με μαιευτικά ζητήματα και αποκτούσαν τον τίτλο της πτυχιούχου μαίας, διαχωρίζοντας έτσι το ρόλο τους από τις κοινές νοσηλεύτριες. Περίπου έναν αιώνα αργότερα, πριν την περίοδο του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, αναπτύχθηκε μία νέα νοσηλευτική κατεύθυνση που μπορούσε να ακολουθηθεί από μια νοσηλεύτρια. Η νοσηλεύτρια που ακολουθούσε τη συγκεκριμένη κατεύθυνση ονομαζόταν «Επισκέπτρια Υγείας». Ρόλος της επισκέπτριας υγείας ήταν κατά κύριο λόγο η πρόληψη της εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων όπως η ελονοσία, η οποία εκείνη την περίοδο έπληττε τον πληθυσμό προκαλώντας τον όλεθρο (Βελονάκη & Καλοκαιρινού, 2006).

Η θεσμοθέτηση των πέντε πρώτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα έγινε με το νομοθετικό διάταγμα (Ν.Δ.) 781 που δημοσιεύθηκε στο Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης (ΦΕΚ) 291/Α στις 31/12/1970. Στο Άρθρο 4 του συγκεκριμένου διατάγματος αναφέρεται πως πτυχιούχες νοσηλεύτριες μπορούσαν εάν το επιθυμούσαν να ειδικευτούν στην παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, την παιδιατρική νοσηλευτική, την ψυχιατρική νοσηλευτική, την τεχνική χειρουργείου και

ανάληψης ή στην αποκατάσταση. Τέσσερα χρόνια αργότερα, στις 30/09/1974, υπογράφηκε Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) σύμφωνα με το οποίο οι νοσηλευτές μπορούσαν να λάβουν ειδικότητα σε έναν από τους εξής τομείς: α. Τεχνική Χειρουργείου, διάρκειας 11 μηνών, β. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, διάρκειας 42 εβδομάδων ή γ. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, διάρκειας 12 μηνών. Η εκπαίδευση για τη λήψη της εκάστοτε ειδικότητας πραγματοποιούνταν εντός του νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός» και απευθύνονταν σε απόφοιτους των Ανωτέρων Νοσηλευτικών Σχολών (Π.Δ. 632/1974).

Από το 1985 και έως αρκετά πρόσφατα σε ισχύ βρισκόταν νόμος σύμφωνα με τον οποίο οι νοσηλευτικές ειδικότητες ήταν τέσσερις. Αυτές ήταν η παθολογική, η χειρουργική και η παιδιατρική νοσηλευτική ειδικότητα, όπως επίσης και η ειδικότητα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Οι υποψήφιοι για τη λήψη ειδικότητας έπρεπε υποχρεωτικά να είναι απόφοιτοι νοσηλευτικών ή μαιευτικών σχολών ή σχολών επισκεπτών υγείας των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.), των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.), των Κέντρων Ανωτέρας Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαιδύσεως (Κ.Α.Τ.Ε.Ε.) ή των Τεχνικών- Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ) (Ν. 1579/1985). Με νέα υπουργική απόφαση (Υ.Α.) και σε συνέχεια του Ν. 1579/1985 καθορίστηκε αργότερα πως οι ειδικευόμενοι έπρεπε επίσης να έχουν τουλάχιστον δύο έτη προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα και να μην έχουν ξεπεράσει το ηλικιακό όριο των 45 ετών. Η εκπαίδευση για τη λήψη καθεμίας από αυτές τις τέσσερις ειδικότητες θεωρούνταν επιτυχής μόνο μετά από την εκπλήρωση δωδεκάμηνης θεωρητικής και κλινικής κατάρτισης του υποψηφίου και εφόσον εκπληρώνονταν οι μαθησιακοί στόχοι, οι οποίοι τροποποιούνταν για κάθε νοσηλευτική ειδικότητα (Υ.Α. Α4/203/1988).

Από το 1988 και έπειτα δεν σημειώθηκαν ιδιαίτερες μεταβολές ως προς το είδος των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, με εξαίρεση την καθιέρωση ορισμένων προγραμμάτων ολιγόμηνης εκπαίδευσης σε διάφορους τομείς της νοσηλευτικής. Πιο συγκεκριμένα, το 1991 καθιερώθηκε η εκπαίδευση πτυχιούχων νοσηλευτών στη Νεφρολογία (Υ.Α. Α4/2450/1991) και το 1996 ορίστηκαν οι προϋποθέσεις για την εκπαίδευση νοσηλευτών στην νοσηλευτική χειρουργείου (Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3095/1996), τη νοσηλευτική αιμοδοσίας (Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3257/1996), την ογκολογική νοσηλευτική (Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3841/1996) και τη νοσηλευτική αναισθησιολογίας (Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3842/1996).

Η πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση μετά την ψήφιση του Ν. 1579/1985 έγινε το 2019 με την υπ' αριθμόν 2 απόφαση της 11^{ης} Ολομέλειας του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.) του Υπουργείου Υγείας. Σε αυτή αναφέρεται η κατάργηση των τεσσάρων ειδικοτήτων που ίσχυαν έως τότε βάσει του άρθρου 5 του Ν. 1579/1985, καθώς επίσης και των ισχυόντων υπουργικών αποφάσεων σχετικά με την εκπαίδευση των νοσηλευτών στη νοσηλευτική χειρουργείου, αιμοδοσίας και αναισθησιολογίας και την ογκολογική νοσηλευτική. Έτσι με αυτή την απόφαση οι ισχύουσες νοσηλευτικές ειδικότητες είναι πλέον οκτώ και αυτές είναι η Ανακουφιστική και Υποστηρικτική Νοσηλευτική Φροντίδα, η Γεροντολογική, η Κοινωνική και η Παιδιατρική Νοσηλευτική, η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, η Παθολογική Νοσηλευτική, η Χειρουργική- Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, καθώς και η Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ειδικότητες μπορούν στη συνέχεια να εξειδικευτούν στην Αιμοδοσία, τη Νεφρολογική Νοσηλευτική, τη Νοσηλευτική Αναισθησιολογία ή τη Νοσηλευτική Διαχείριση του Σακχαρώδους Διαβήτη. Η εξειδίκευση στη Νοσηλευτική Χειρουργείου, τη Διαχείριση Εξωσωματικής και το Συντονισμό Μεταμόσχευσης απευθύνεται στους κατόχους οποιασδήποτε από τις παραπάνω ειδικότητες με εξαίρεση την Κοινωνική Νοσηλευτική ειδικότητα, ενώ η εξειδίκευση στην Νοσηλευτική Αποκατάστασης μπορεί να ληφθεί μόνο από ειδικευμένους νοσηλευτές στην Κοινωνική, την Παθολογική και τη Χειρουργική- Περιεγχειρητική Νοσηλευτική (Ε.Σ.Α.Ν., 2019).

3.3.3. Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Ειδικότητα

Με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας καθορίζονται τα κριτήρια επιλογής των υποψήφιων και η διαδικασία για τη λήψη της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας. Για τη λήψη της συγκεκριμένης ειδίκευσης απαιτείται θεωρητική και κλινική εκπαίδευση συνολικής διάρκειας 18 μηνών. Η κλινική εκπαίδευση πραγματοποιείται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων. Οι υποψήφιοι οφείλουν να διαθέτουν πτυχίο νοσηλευτικής από ιδρύματα Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και να είναι μέλη της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ). Για τη λήψη της συγκεκριμένης ειδικότητας, πέραν της

συμμετοχής στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, απαιτείται επίσης η επιτυχής εξέταση του ειδικευόμενου σε προφορικές και γραπτές εξετάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται ανά έξι μήνες (Απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226/2020).

Η ειδίκευση στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική απευθύνεται σε νοσηλευτές που επιθυμούν να αποκτήσουν θεωρητικές γνώσεις και κλινικές δεξιότητες ώστε να μπορούν να αξιολογούν αποτελεσματικά την κλινική εικόνα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, με οξεία νοσήματα ή τραυματισμούς που απειλούν τη διαβίωσή τους. Ιδιαίτερη σημασία στο αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της ειδικότητας δίνεται επίσης στην επαρκή κατανόηση του τρόπου λειτουργίας και χειρισμού των μηχανημάτων και του εξοπλισμού που χρησιμοποιούνται κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παράλληλα, οι ειδικευόμενοι εξοικειώνονται με θέματα που αφορούν την οργάνωση και τη διοίκηση των συγκεκριμένων κλινικών ενός νοσοκομείου, καθώς και με τον τομέα της έρευνας, προάγοντας με αυτό τον τρόπο τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε αυτή την ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών (Ε.Σ.Α.Ν., 2019).

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, το πρόγραμμα εκπαίδευσης ειδικότητας αποτελείται από έξι ενότητες. Η πρώτη ενότητα ασχολείται με θέματα που αφορούν την οργάνωση και τη διοίκηση των ΜΕΘ και των ΤΕΠ, την έρευνα στον τομέα της Υγείας, όπως επίσης με έννοιες που σχετίζονται με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία παρέχεται βάσει συγκεκριμένων νόμων και πρωτοκόλλων. Η δεύτερη ενότητα καθιστά τον νοσηλευτή ικανό να αξιολογεί τον ασθενή ανά σύστημα οργάνων. Πιο συγκεκριμένα, ο ειδικευόμενος αποκτά γνώσεις σχετικά με τη φυσιολογική λειτουργία του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του νευρολογικού, του ουροποιητικού, του γαστρεντερικού, του αιμοποιητικού και του ενδοκρινικού συστήματος, καθώς και με τις παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να εμφανιστούν σε αυτά. Επιπλέον, εκπαιδεύεται σε θέματα που αφορούν τις λοιμώξεις οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορούν να καταστήσουν έναν ασθενή σηπτικό και τους μηχανισμούς πρόκλησης των διαφορετικών ειδών καταπληξίας, τραύματος, κάκωσης και ανεπάρκειας σε περισσότερα του ενός όργανα (πολυοργανική ανεπάρκεια). Η θεματολογία της τρίτης ενότητας περιλαμβάνει ζητήματα σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων, την αντιμετώπιση του πόνου, τις ιδιαίτερες ανάγκες της φροντίδας γηριατρικών ασθενών και εκείνων που οδεύουν προς το τέλος της ζωής τους, όπως και με δεοντολογικά και ηθικά ζητήματα που εμφανίζονται κατά τη λήψη σημαντικών

αποφάσεων. Στόχος της επόμενης ενότητας εκπαίδευσης είναι η μεγαλύτερη κατανόηση γύρω από τη φροντίδα του πάσχοντα πριν τη διακομιδή του στο νοσοκομείο, όπως είναι η εκμάθηση της βασικής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ), ενώ η πέμπτη ενότητα αναφέρεται σε ζητήματα που ενδέχεται να προκύψουν σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όπως για παράδειγμα η επείγουσα αντιμετώπιση ασθενών που ανήκουν σε ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες ή η εκμάθηση των αλγορίθμων που χρησιμοποιούνται κατά τη διαλογή των ασθενών. Η έκτη και τελευταία ενότητα αναφέρεται σε ζητήματα που προκύπτουν συχνά κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε μία ΜΕΘ, όπως η εκπαίδευση στη χρήση των διάφορων κλιμάκων αξιολόγησης της κατάστασης του ασθενούς, η εφαρμογή των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των ελκών λόγω πίεσης και των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και η αναφορά σε θέματα σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και τη μεταμόσχευση οργάνων (Απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226/2020).

3.4. Κριτική Ανάλυση της Υπάρχουσας Βιβλιογραφίας

Μέσα από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας κατέστη δυνατή η ανάδειξη της διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης σχετικά με θέματα που αφορούν την εντατική νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Παράλληλα, επετράπη η κατανόηση της έννοιας της ολιστικής προσέγγισης της νοσηλευτικής φροντίδας και των δυνατοτήτων εφαρμογής της στην καθημερινή κλινική πρακτική. Έγινε τέλος εμφανής η εξαιρετική σημασία της ύπαρξης των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων και η συμβολή τους στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Εμφανές έλλειμμα στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίζεται κατά την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την ειδικότητα της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής. Οι διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη συγκεκριμένη ειδικότητα είναι αρκετά περιορισμένες. Ωστόσο, το γεγονός αυτό αιτιολογείται σαφώς από το μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ της καθιέρωσης της νέας αυτής νοσηλευτικής ειδικότητας στην Ελλάδα και της περιόδου συγγραφής της παρούσας εργασίας.

3.5. Σύνοψη της Σημαντικών Σημείων της Βιβλιογραφίας

Η εντατική νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση εξαιτίας κάποιας σοβαρής νόσου ή τραυματισμού. Στόχος της νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ είναι η συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του βαρέως πάσχοντα. Οι ανάγκες φροντίδας ενός ασθενούς στη ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και γι' αυτό η στελέχωσή τους γίνεται από επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο γνώσεων και από διαφορετικά πεδία σχετικά με τον τομέα της Υγείας, απαρτίζοντας έτσι μία διεπιστημονική ομάδα.

Η εντατική θεραπεία έχει εξελιχθεί σημαντικά με την πάροδο των αιώνων, με τις πρώτες βάσεις για την ανάπτυξη της εντατικής φροντίδας να τίθενται το 19ο αιώνα από τη Florence Nightingale. Μία σειρά από ανακαλύψεις και εφευρέσεις οδήγησαν στη σταδιακή βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Παρόμοια εξελικτική πορεία ακολουθήθηκε και στην Ελλάδα, από τη δημιουργία του πρώτου κέντρου εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο «Σωτηρία» έως τη συγκρότηση των σύγχρονων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας που συναντά πλέον κανείς στα νοσοκομεία της χώρας.

Η απόφαση για την εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η επάρκεια εξοπλισμού και προσωπικού. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται τρεις μέθοδοι διαλογής των υποψηφίων ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ. Η πρώτη μέθοδος σχετίζεται με το βαθμό προτεραιότητας του ασθενούς, στόχος της οποίας είναι η αναγνώριση των ασθενών που πρόκειται να επωφεληθούν σε μεγαλύτερο βαθμό από την εισαγωγή τους σε μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η δεύτερη μέθοδος σχετίζεται με την πάθηση από την οποία νοσεί ο ασθενής, καθώς η διάγνωση συγκεκριμένων νόσων μπορεί να θεωρηθεί πιο απειλητική για τη διαβίωση του ασθενούς σε σύγκριση με άλλες, ενώ η τρίτη μέθοδος αναφέρεται στην εμφάνιση συγκεκριμένων παθολογικών ευρημάτων κατά τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο ή την κλινική εξέταση. Ένας ασθενής κρίνεται κατάλληλος για έξοδο από τη ΜΕΘ εάν παρουσιάζει σταθερή κλινικοεργαστηριακή και αιμοδυναμική εικόνα ή όταν, παρά την εξάντληση όλων των επιλογών θεραπευτικής παρέμβασης, δεν παρουσιάζει βελτίωση της υγείας του.

Η ολιστική φροντίδα αποτελεί μία προσέγγιση σχετικά με την παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης, βασική πεποίθηση της οποίας είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ πνεύματος, νου και σώματος, με στόχο τη σύνθεση ενός ολοκληρωμένου ανθρώπινου όντος. Άλλες καίριες θέσεις της είναι η αντίληψη πως κάθε άνθρωπος έχει φυσική τάση προς την υγεία, καθιστώντας τον κύριο υπεύθυνο για τη διαφύλαξή της. Κάθε άτομο δύναται να βελτιώνει συνεχώς τις γνώσεις και τις ικανότητές του, ιδίως σε θέματα που αφορούν την αυτό-φροντίδα του, καθιστώντας το ικανό να συμμετάσχει κατά τη λήψη σημαντικών αποφάσεων που αφορούν την προαγωγή της ατομικής του υγείας.

Για την εφαρμογή της ολιστικής προσέγγισης της φροντίδας χρησιμοποιούνται τόσο παραδοσιακές πρακτικές, όπως η χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, όσο και εναλλακτικές θεραπείες. Παράλληλα, απαιτείται η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ισότητας μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή και η ανάπτυξη της κατάλληλης σχέσης μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή.

Η ειδίκευση στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον νοσηλευτή να εστιάσει την προσοχή του στην εκπαίδευση γύρω από συγκεκριμένα θέματα, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι νοσηλευτικές ειδικότητες που ισχύουν πλέον στην Ελλάδα είναι οκτώ, μία εκ των οποίων είναι η Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική ειδικότητα. Για τη λήψη της συγκεκριμένης ειδικότητας απαιτείται θεωρητική και κλινική εκπαίδευση συνολικής διάρκειας 18 μηνών σε ΜΕΘ, ΜΑΦ και ΤΕΠ των νοσοκομείων.

Η ειδίκευση στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική απευθύνεται σε νοσηλευτές που επιθυμούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες σε θέματα που αφορούν τη φροντίδα ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση. Επιπλέον, οι ειδικευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σχετικά με την ορθή χρήση του απαραίτητου εξοπλισμού σε μία ΜΕΘ ή σε ΤΕΠ, να εξοικειωθούν με την οργάνωση και τη διοίκηση αυτών των κλινικών του νοσοκομείου, αλλά και με τον τομέα της έρευνας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Με την παρούσα εργασία γίνεται λοιπόν μια προσπάθεια κάλυψης των ελλειμμάτων που υπάρχουν στη βιβλιογραφία σχετικά με τη συμβολή της ειδίκευσης στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική στην προαγωγή της εφαρμογής της ολιστικής φροντίδας ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Δευτερογενής Έρευνα

Η έρευνα μπορεί να οριστεί ως μια συστηματική διαδικασία αναζήτησης νέας επιστημονικής γνώσης (Kothari, 2004). Αδρά διακρίνονται δύο κατηγορίες έρευνας ανάλογα με το είδος των δεδομένων που τίθενται προς ανάλυση, στόχος της οποίας είναι η απόδοση των απαραίτητων απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα. Αυτές είναι η πρωτογενής και η δευτερογενής έρευνα. Ο ερευνητής που επιθυμεί να πραγματοποιήσει πρωτογενή έρευνα ασχολείται με τη συλλογή και επεξεργασία πρωτότυπων δεδομένων, τα οποία προκύπτουν με την χρήση διαφόρων τεχνικών όπως η διανομή ερωτηματολογίων ή η λήψη συνέντευξης από μία ομάδα ατόμων. Η διαφορά της πρωτογενούς από τη δευτερογενή έρευνα έγκειται στο γεγονός πως τα δεδομένα που αναλύονται σε μια δευτερογενή έρευνα δεν είναι πρωτότυπα, αλλά αποτελούν τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (Gratton & Jones, 2010).

Η έρευνα στον τομέα της νοσηλευτικής στοχεύει στην εύρεση έγκυρων πληροφοριών, συμβάλλοντας στην εξέλιξη και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας (Houser, 2019). Έχοντας ως κεντρικό άξονα αυτό το στόχο, η παρούσα πτυχιακή εργασία βασίζεται στις μεθόδους της δευτερογενούς έρευνας και ειδικότερα σε εκείνες της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Στόχος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η συγκέντρωση όλων των ήδη διαθέσιμων πληροφοριών γύρω από ένα συγκεκριμένο ζήτημα (Rowley & Slack, 2004) μέσω της διεκπεραίωσης συστηματικής αναζήτησης. Η έννοια της συστηματικότητας αναφέρεται στην εκπόνηση της βιβλιογραφικής αναζήτησης με καθορισμένο τρόπο, ώστε να επιτρέπεται στον ίδιο ή σε διαφορετικούς ερευνητές να την επαναλαμβάνουν ανά πάσα στιγμή και να καταλήγουν στα ίδια κάθε φορά αποτελέσματα (Snyder, 2019).

Για τη διεξαγωγή μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ακολουθούνται καθορισμένα βήματα. Η έναρξη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης δεν είναι δυνατή εάν δεν έχει προηγηθεί η σαφής διατύπωση του θέματος και των επιμέρους στόχων της έρευνας, ενώ ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η διατύπωση του κατάλληλου ερευνητικού ερωτήματος. Στη συνέχεια καθορίζονται οι λέξεις ή φράσεις- κλειδιά που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε συγκεκριμένες βάσεις ερευνητικών δεδομένων κατά τη

διεξαγωγή της έρευνας, καθώς επίσης και των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού των μελετών που πρόκειται να εμφανιστούν ως αποτελέσματα της αναζήτησης. Επόμενο στάδιο είναι η καθαυτό αναζήτηση της βιβλιογραφίας, η ανάλυση των αποτελεσμάτων και τέλος, η συγγραφή μια γραπτής αναφοράς όπου πραγματοποιείται η παρουσίαση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Snyder, 2019).

4.2. Διατύπωση Ερευνητικής Ερώτησης

Η διατύπωση μιας σαφούς και περιεκτικής ερευνητικής ερώτησης αποτελεί τον πυλώνα κάθε καλά δομημένης ερευνητικής προσπάθειας (Doody & Bailey, 2016). Η διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτήσεων των ερευνών που πραγματοποιούνται στον τομέα της νοσηλευτικής γίνεται συνήθως βάσει της μορφής PICO. Η λέξη PICO αποτελεί ακρωνύμιο των λέξεων Population (Πληθυσμιακή ομάδα ενδιαφέροντος), Intervention (Παρέμβαση), Comparison (Σύγκριση) και Outcome (Αποτέλεσμα) (Hastings & Fisher, 2014). Πιο συγκεκριμένα, ο πληθυσμός (P) αναφέρεται στην κατηγορία των ασθενών που πρόκειται να μελετηθεί κατά τη διάρκεια της έρευνας. Αυτή η ομάδα ασθενών διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα συγκεκριμένη ηλικία, φύλο ή/και ανάγκες/ προβλήματα. Μέσω της έρευνας αναμένεται να μελετηθεί η συμπεριφορά αυτών των ασθενών και η έκβαση των προβλημάτων και των αναγκών τους εξαιτίας της εφαρμογής κάποιας νοσηλευτικής παρέμβασης (I). Με τη σύγκριση (C) ο ερευνητής μπορεί να προσδιορίσει τις εναλλακτικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν κατά τη διεξαγωγή της μελέτης του. Ωστόσο, η αναφορά αυτού του στοιχείου δεν είναι υποχρεωτική και επομένως συχνά παραλείπεται από την ερευνητική ερώτηση. Τελικό συνθετικό στοιχείο της ερευνητικής ερώτησης είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα (O), τα οποία ο ερευνητής πιθανολογεί πως αναμένεται να προκύψουν με την εφαρμογή των παρεμβάσεων (Miller & Forrest, 2001).

Για τη σύνθεση της ερευνητικής ερώτησης στην παρούσα ερευνητική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε η μορφή PICO. Ως πληθυσμιακή ομάδα (P) ορίστηκαν οι ενήλικες νοσηλεύόμενοι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ως παρέμβαση (I) ορίστηκαν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από ειδικευμένους νοσηλευτές στην «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική» και σαν αποτέλεσμα (O) των παρεμβάσεων ορίστηκε η παροχή ολιστικής φροντίδας. Από τη διαμόρφωση της ερευνητικής ερώτησης παραλείπεται η αναφορά στη σύγκριση (C). Επομένως, η ερευνητική

ερώτηση διαμορφώνεται ως εξής: «Ποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν από νοσηλευτές με ειδικευση στην «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική» για την παροχή ολιστικής φροντίδας σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας». Σε αγγλική μετάφραση η ερευνητική ερώτηση αποδίδεται ως εξής: “What nursing interventions can be implemented by specialized nurses in "Emergency and Critical Care Nursing" in order to provide holistic care to adult patients admitted to the Intensive Care Unit”

4.3. Ηλεκτρονική Αναζήτηση

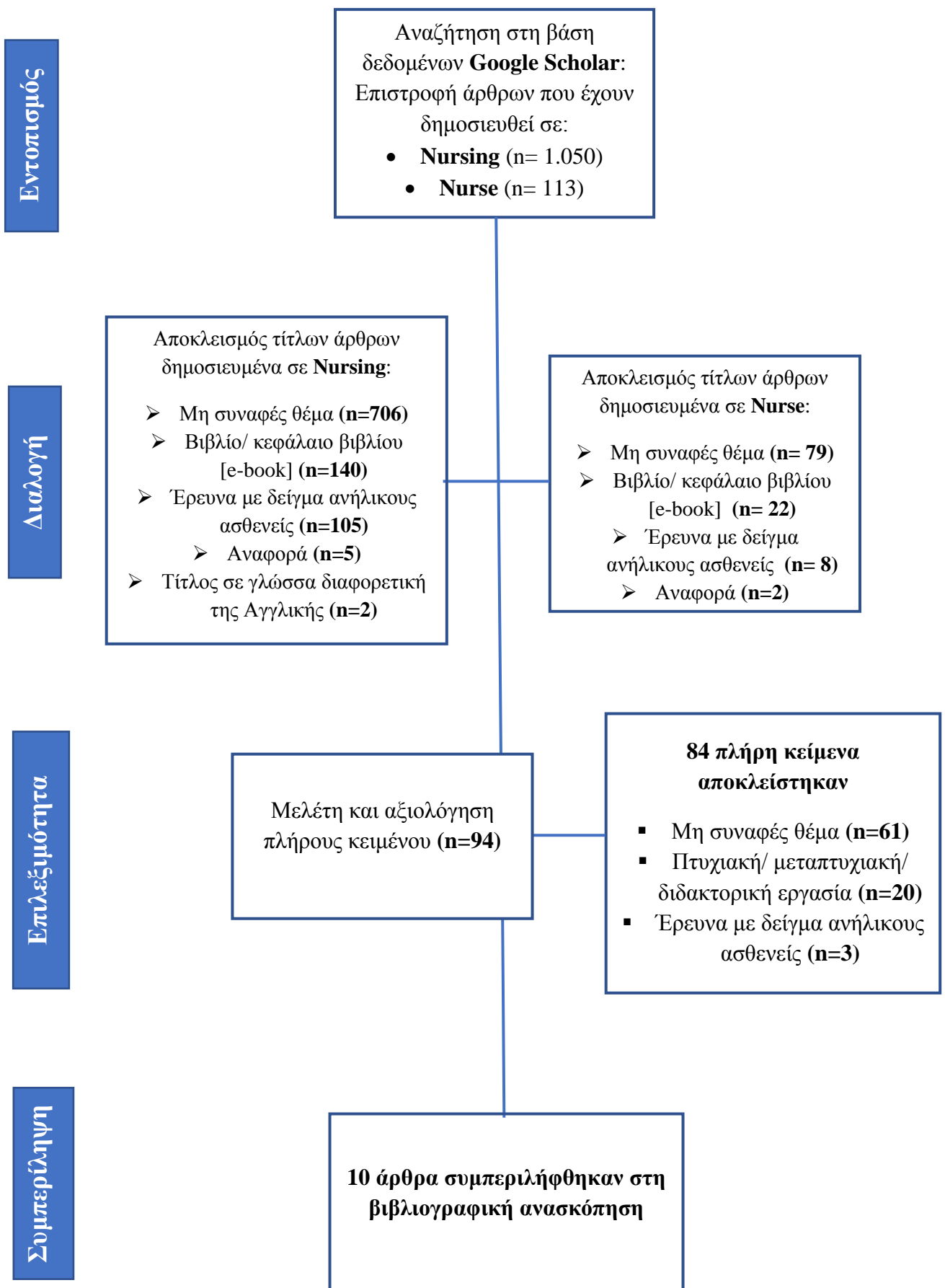
Η μηχανή αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν η Google Scholar. Οι φράσεις- κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ακόλουθες: nursing intervention, emergency and critical care, nursing specialty, holistic care και adult patient. Αρχικά πραγματοποιήθηκε αναζήτηση καθεμιάς από τις παραπάνω φράσεις- κλειδιά ξεχωριστά και ο υπολογισμός των αποτελεσμάτων κάθε αναζήτησης γινόταν αυτόματα και κατά προσέγγιση από τη μηχανή αναζήτησης. Έτσι, η αναζήτηση της φράσης- κλειδί nursing intervention οδήγησε στην εμφάνιση περίπου 2.670.000 αποτελεσμάτων, 3.620.000 αποτελέσματα προέκυψαν από τη φράση- κλειδί emergency and critical care, 518.000 αποτελέσματα από τη φράση- κλειδί nursing specialty, 4.420.000 αποτελέσματα από τη φράση- κλειδί adult patient και 1.950.000 αποτελέσματα από τη φράση- κλειδί holistic care.

Επόμενο βήμα κατά τη διεξαγωγή της αναζήτησης ήταν η χρήση λογικών τελεστών (Boolean operators) μεταξύ των φράσεων- κλειδιών, ώστε να βρεθούν τα πλέον συναφή αποτελέσματα με βάση το θέμα και τους στόχους της ανασκόπησης. Ως εκ τούτου, η αναζήτηση διαμορφώθηκε ως εξής: nursing intervention AND emergency and critical care AND nursing specialty AND holistic care AND adult patient. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν με αυτή την αναζήτηση ήταν 30.200. Τα αποτελέσματα περιορίστηκαν αρκετά με την εφαρμογή χρονικού περιορισμού ως προς το έτος δημοσίευσης των μελετών. Πιο συγκεκριμένα, η αναζήτηση περιορίστηκε στην τριετία 2019-2021 και ο αριθμός των άρθρων μειώθηκε στα 17.600 αποτελέσματα. Τελευταίος περιορισμός που εφαρμόστηκε ήταν η πηγή δημοσίευσης των άρθρων. Στο πεδίο «Επιστροφή άρθρων που έχουν δημοσιευτεί σε» εισήχθη ο όρος nurse, με αποτέλεσμα την εμφάνιση 113 άρθρων, ενώ σε νέα αναζήτηση στο ίδιο πεδίο εισήχθη ο όρος nursing, με αποτέλεσμα την εμφάνιση περίπου 1.050 αποτελεσμάτων.

4.4. Κριτήρια Αποδοχής & Αποκλεισμού της Βιβλιογραφίας

Ο καθορισμός των κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού των αποτελεσμάτων που προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα βήματα που ακολουθούνται κατά το σχεδιασμό μιας έρευνας. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η διάκριση των μελετών που δεν συνάδουν με τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας και επομένως πρέπει να απορριφθούν από τη συστηματική ανασκόπηση, όπως και εκείνων που πρέπει να αξιολογηθούν πιο ενδελεχώς καθώς ενδέχεται να περιέχουν ιδιαίτερα χρήσιμες πληροφορίες (Meline, 2006).

Τα κριτήρια αποδοχής που εφαρμόζονται στην παρούσα εργασία σχετίζονται με τη χρονολογία δημοσίευσης των μελετών, τη γλώσσα γραφής της γραπτής αναφοράς, καθώς και την ηλικία των ασθενών που συγκροτούν το δείγμα της κάθε έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, αποδεκτά έγιναν άρθρα από πρωτογενείς έρευνες και συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που είναι γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα, δημοσιευμένα την τελευταία τριετία (έτη 2019-2021) και αναφέρονται σε ενήλικες ασθενείς (≥ 18 ετών) που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Άρθρα τα οποία δεν είχαν άμεση συνάφεια με το υπό διερεύνηση θέμα, δημοσιευμένα σε προγενέστερη χρονολογία, η γλώσσα γραφής των οποίων ήταν διαφορετική από την Αγγλική και που αναφερόταν σε βρέφη ή σε παιδιατρικούς ασθενείς κρίθηκαν αμέσως απορριπτέα. Επιπλέον, μεταξύ των αποτελεσμάτων συμπεριλαμβάνονταν ορισμένοι τίτλοι βιβλίων ή κεφαλαίων βιβλίων και πτυχιακών, μεταπτυχιακών και διδακτορικών εργασιών οι οποίοι απορρίφθηκαν κατευθείαν. Η διαδικασία που οδήγησε στην τελική επιλογή των κατάλληλων άρθρων τα οποία συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα περιγράφεται σχηματικά στο διάγραμμα I.



Σχήμα Ι: Διάγραμμα ροής

4.5. Συλλογή Δεδομένων

Συγγραφέας	Τίτλος	Περιοδικό	Έτος	Είδος έρευνας
Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Nielen- Rosier, T., Janssen, L. & Foundraïne, N.	Spiritual care in the intensive care unit: An integrated literature research	Journal of Critical Care	2020	Βιβλιογραφική ανασκόπηση
Pattison, N., O’Gara, G., Lucas, C., Gull, K., Thomas, K. & Dolan, S.	Filling the gaps: A mixed- methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit	Intensive and Critical Care Nursing	2019	Μικτή έρευνα, επεξηγηματική διαδοχική μελέτη
Fowler, S. B.	Critical care nurse’s perceptions of hope: Original qualitative research	Dimensions of Critical Care Nursing	2020	Ποιοτική μελέτη περιγραφής
Yoo, H. J. & Shim, J.	Effects of a person-centered care intervention in an intensive care unit: Using mixed methods to examine nurse’s perspectives	Journal of Nursing Management	2020	Μικτή έρευνα
Ahlberg, M., Hollman Frisman, G., Berterö, C. & Ågren, S.	Family health conversations create awareness of family functioning	Nursing in Critical Care	2019	Δευτερογενής ανάλυση ποιοτικών συνεντεύξεων

Συγγραφέας	Τίτλος	Περιοδικό	Έτος	Είδος έρευνας
Elsayed Elsayed, A., Kandeel, N. A. & Abd El-Aziz, W. W.	The Effect of Foot Reflexology on Physiological Indicators and Mechanical Ventilation Weaning Time among Open-Heart Surgery Patients	American Journal of Nursing Research	2019	Quasi-experimental study
Elcokany, N. M. & Ahmed, F. R.	Effect of family reorientation messages on delirium prevention among critically ill patients	Journal of Nursing Education and Practice	2019	Quasi-experimental study
Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M. & Wøien, H.	“Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care	Journal of Clinical Nursing	2020	Δευτερογενής ποιοτική έρευνα
Kawashima, T., Tanaka, M., Kawakami, A. & Muranaka, S.	Nurse’s contribution to end-of-life family conferences in critical care: A Delphi study	Nursing in Critical Care	2020	Ποιοτική έρευνα με μέθοδο Delphi
Abdelazeem, E., Fashafsheh, I. & Fadllalah, H.	Effect of Training Program on Nurses Knowledge and Competence Regarding Endotracheal Tube and Tracheostomy Care in Mechanically Ventilated Patients	International Journal of Nursing	2019	Quasi-experimental study

Πίνακας Ι: Περιληπτική Παρουσίαση των Συμπεριλαμβανόμενων Άρθρων

4.5.1. Αναλυτική Παρουσίαση των Συμπεριλαμβανόμενων Άρθρων

4.5.1.1.Spiritual care in the intensive care unit: An integrated literature research

Οι Willemse et al. (2020), διεξήγαγαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας πέντε διαφορετικές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Embase, CINAHL, PsychINFO και Web of Science). Στην έρευνά τους διαπραγματεύονται την έννοια της πνευματικής φροντίδας που παρέχεται σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σε συνάρτηση με τρεις διαφορετικούς τομείς. Αυτοί είναι η ποιότητα ζωής (Quality of Life- QoL), η ποιότητα της φροντίδας (Quality of Care- QoC) και η εκπαίδευση (Education- E). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών κατά την παροχή ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η έκφραση της πνευματικότητας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους των ασθενών και των συγγενών τους και αναβαθμίζοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η αναγνώριση των ελλειμμάτων πνευματικής ευεξίας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από σύντομες συνεντεύξεις με τους ασθενείς ή/ και τους συγγενείς τους, στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν τόσο μέλη της υγειονομικής ομάδας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, όσο και ιερείς και κληρικοί. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η προαγωγή της πνευματικής ευεξίας και η δημιουργία ενός αισθήματος ικανοποίησης εκ μέρους των ασθενών και της οικογένειάς τους σχετικά με το υψηλό επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Μάλιστα, οι ερευνητές συνιστούν την καταγραφή του συνόλου των παρεμβάσεων που παρέχονται από νοσηλευτές και κληρικούς, με στόχο τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πλάνου φροντίδας. Ωστόσο, τονίζεται η ελλιπής εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με την προσέγγιση και την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών, καθιστώντας απαραίτητη την δημιουργία ενός πιο ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος που θα περιλαμβάνει θέματα που άπτονται του τομέα της πνευματικής έκφρασης του ατόμου.

4.5.1.2. Filling the gaps: A mixed- methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit

Οι Pattison et al. (2019), διερεύνησαν τις μακροχρόνιες συνέπειες της τήρησης ημερολογίων σε 50 ασθενείς που βρισκόταν σε κρίσιμη κατάσταση και νοσηλεύονταν σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός Ογκολογικού νοσοκομείου. Η καταγραφή των γεγονότων που προκύπταν κατά τη διάρκεια της ημέρας στα ημερολόγια γινόταν κατά κύριο λόγο από τους επαγγελματίες υγείας που είχαν αναλάβει τη φροντίδα των ασθενών, από τους συγγενείς των ασθενών και σπάνια από τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας τους δεν το καθιστούσε εφικτό. Με την καταγραφή όλων αυτών των συμβάντων οι ερευνητές προσπάθησαν να εκτιμήσουν τις μεταβολές που μπορούν να προκύψουν στην ποιότητα της ζωής και στα επίπεδα μετατραυματικού στρες των ασθενών, χρησιμοποιώντας δύο ποσοτικά εργαλεία, το Post-Traumatic Stress Score-14 (PTSS-14) και το EuroQol (EQ-5D-3L). Μέσω της έρευνας κατέστη εμφανές πως η χρήση των ημερολογίων μπορεί να αποτελέσει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για την παροχή ολιστικής φροντίδας, προάγοντας την κάλυψη όχι μόνο των σωματικών αλλά και των ψυχικών αναγκών, τόσο των ασθενών όσο και των μελών της οικογένειάς τους. Σε μεταγενέστερο χρόνο μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (90%) ανέφεραν πως η τήρηση των ημερολογίων τους φάνηκε ιδιαίτερα βοηθητική στην προσπάθειά τους να θυμηθούν περιστατικά που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, τοποθετώντας τις διάφορες αναμνήσεις στη σωστή χρονολογική σειρά και να γνωρίσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα των συγγενών τους σχετικά με την εμπειρία της νοσηλείας του αγαπημένου τους ανθρώπου στη ΜΕΘ. Η συγκεκριμένη παρέμβαση συνέβαλλε επίσης στη δημιουργία θετικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ, των ασθενών και των συγγενών τους και ήταν ιδιαίτερα βοηθητική ώστε ο ασθενής να μπορεί να αντιλαμβάνεται την πρόοδο που έχει σημειώσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ωστόσο, υπήρξε μία μερίδα ασθενών που δήλωσαν πως δεν ήταν ψυχολογικά έτοιμοι να διαβάσουν τα γεγονότα που ήταν καταγεγραμμένα στο ημερολόγιό, καθώς αισθάνονταν ένοχοι για τη συναισθηματική επιβάρυνση που προκαλούσε στους συγγενείς τους η νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Με τη χρήση των εργαλείων PTSS-14 και EQ-5D-3L αναδείχθηκε μία μικρή αύξηση του επιπέδου μετατραυματικού στρες και ελαφρά έκπτωση της ποιότητας ζωής αντίστοιχα. Ωστόσο, αυτές οι μεταβολές χαρακτηρίζονται ως στατιστικά ασήμαντες από τους

ερευνητές. Επομένως, οι Pattison et al. συνιστούν την χρήση των ημερολογίων στην καθημερινή κλινική πράξη, η οποία όμως πρέπει να γίνεται ύστερα από κριτική σκέψη ως προς το αναμενόμενο ευεργετικό αποτέλεσμα στη ζωή των ασθενών.

4.5.1.3.Critical care nurse's perceptions of hope: Original qualitative research

Η Fowler (2020), διεξήγαγε μία σειρά συνεντεύξεων με στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε τέσσερις διαφορετικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σχετικά με την ελπίδα και τις παρεμβάσεις που εφαρμόζουν ώστε να μεταδώσουν την ελπίδα στους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και στις οικογένειές τους. Οι 14 νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως θεωρούσαν ιδιαίτερα σημαντική την καλλιέργεια ενός αισθήματος ελπίδας κατά την ολιστική προσέγγιση των ασθενών τους. Σύμφωνα με αυτούς, η ελπίδα είναι η πίστη σε κάτι θετικό, σε κάτι που δύναται να ενδυναμώσει το άτομο να μην σταματήσει να προσπαθεί για κάτι καλύτερο και συχνά συσχετίζεται με την έννοια της πνευματικότητας. Κατά την προσπάθειά τους να αξιολογήσουν τα αποθέματα ελπίδας των ασθενών και των συγγενών τους, οι νοσηλευτές προσπαθούσαν σε κάθε επαφή μαζί τους να αξιολογήσουν τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που εξέπεμπαν. Οι στρατηγικές που εφαρμόζαν για την αναπέρωση της ελπίδας σχετίζονταν κατά κύριο λόγο με την υιοθέτηση τεχνικών που προάγουν την σωστή επικοινωνία, όπως η ακρόαση και προσπάθεια κάλυψης του συνόλου των αναγκών του ασθενούς, η ειλικρίνεια και η επισήμανση όλων των κατορθωμάτων του ασθενούς κατά την πορεία της ανάρρωσής του, η προσπάθεια ένταξης των μελών της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς, η συναισθηματική υποστήριξη και η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τον ασθενή και τους συγγενείς του.

4.5.1.4.Effects of a person- centered care intervention in an intensive care unit:

Using mixed methods to examine nurse's perspectives

Οι Yoo & Shim (2020), εφάρμοσαν ένα εναλλακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας της Σεούλ, με στόχο να προάγουν τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος στη ΜΕΘ, για τη βελτίωση της ψυχολογίας των ασθενών και των συγγενών τους και τη μείωση του υφιστάμενου μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, προσπάθησαν να παρατηρήσουν τις μεταβολές στις απόψεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή φροντίδας που είναι

επικεντρωμένη στον ασθενή και την οικογένειά του (Patient- and Family- Centered Practice/ PFCP). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2019 και πριν την έναρξη της εφαρμογής του νέου τύπου επισκεπτηρίων πραγματοποιήθηκε μια αρχική αξιολόγηση σχετικά με την παροχή PFCP. Το πρόγραμμα διήρκησε συνολικά 8 εβδομάδες με τη συμμετοχή 30 νοσηλευτών, οι οποίοι διατηρούσαν ημερολόγια για κάθε ασθενή και κατέγραφαν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονταν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το επισκεπτήριο διαρκούσε περίπου 20 λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων οι νοσηλευτές μοιράζονταν με τους συγγενείς τις καταγεγραμμένες στο ημερολόγιο πληροφορίες και απαντούσαν στις ερωτήσεις τους, ενώ στη συνέχεια τους παρότρυναν να συμμετάσχουν στη φροντίδα και την περιποίηση του ασθενούς. Μετά την πάροδο των 8 εβδομάδων, 15 εκ των 30 νοσηλευτών έδωσαν ατομικές συνεντεύξεις ώστε να περιγράψουν την εμπειρία τους. Αποδείχθηκε πως οι νοσηλευτές ήταν πιο ενεργοί στην επαφή τους με τους συγγενείς και τους ασθενείς και ενθάρρυναν τους συγγενείς να συμμετάσχουν στη φροντίδα των ασθενών κατά τη διάρκεια του νέου τύπου επισκέψεων, παρά τις αρχικές αντιρρήσεις μερικών να τροποποιήσουν τις τακτικές που εφαρμόζαν έως πρότινος. Για τη βέλτιστη αποδοχή και εφαρμογή αυτών των τροποποιήσεων ήταν απαραίτητη όχι μόνο η προσωπική προσπάθεια που έπρεπε να καταβάλει κάθε νοσηλευτής ως άτομο, αλλά και η ύπαρξη ενός ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου εκ μέρους της διοίκησης του νοσοκομείου. Επιπλέον, το πρόγραμμα συνέβαλε στη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας ιδιαίτερα των νοσηλευτών με μικρότερη εργασιακή εμπειρία, με αποτέλεσμα τη δημιουργία θετικών σχέσεων με τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς του. Η αναγνώριση της προσπάθειας των νοσηλευτών να δημιουργήσουν ένα πιο φιλικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια των επισκεπτηρίων με την αποδοχή ευχαριστήριων μηνυμάτων και θετικών σχολίων λειτουργούσε ως κίνητρο για την εφαρμογή του νέου τύπου επισκεπτηρίου. Τέλος, έγινε εμφανές πως οι νοσηλευτές κατόρθωσαν να αναγνωρίσουν την ιδιαίτερη σημασία της φροντίδας τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους. Συνεπώς, η εφαρμογή του συγκεκριμένου τύπου επισκεπτηρίου αποδεικνύεται πως μπορεί να οδηγήσει στην προαγωγή της παροχής PFCP.

4.5.1.5. Family health conversations create awareness of family functioning

Οι Ahlberg et al. (2019), πραγματοποίησαν δευτερογενή ανάλυση των αποτελεσμάτων μιας έρευνας των Hollman Frisman et al. (2018), οι οποίοι ανέδειξαν τις συνέπειες της εφαρμογής μιας νοσηλευτικής παρέμβασης σε οικογένειες ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση. Η παρέμβαση ονομάστηκε «Συνομιλίες με οικογένειες που προάγουν την υγεία» (“Health-promoting conversations with families”) ή αλλιώς Family Health Conversation (FamHC). Οι οικογένειες των ασθενών που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα των Hollman Frisman et al. συμμετείχαν σε τρεις συνεδρίες στις οποίες αφηγούνταν την προσωπική τους εμπειρία από την νοσηλεία των αγαπημένων τους ανθρώπων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Με την ολοκλήρωση του κύκλου των τριών αυτών συνεδριών, τα ίδια άτομα κλήθηκαν να περιγράψουν την επίδραση της συγκεκριμένης παρέμβασης στην λειτουργία της οικογένειας και την ευεξία των μελών της. Με τη δευτερογενή ανάλυση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας λοιπόν, οι Ahlberg et al. κατόρθωσαν να αναγνωρίσουν τις οικογενειακές λειτουργίες που επηρεάστηκαν περισσότερο εξαιτίας της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα FamHC. Αυτές ήταν η καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας της νοσηλείας ενός μέλους της οικογένειας στη ΜΕΘ, όπως τη βίωσαν από τη δική τους πλευρά τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς, η βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων και η επίδειξη περισσότερου ενδιαφέροντος και φροντίδας μεταξύ των μελών, ακόμα και σε οικογένειες στις οποίες δεν υπήρχαν ιδιαίτερα στενές σχέσεις μεταξύ των μελών πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα FamHC. Ένα άλλο συμπέρασμα της δευτερογενούς ανάλυσης ήταν η χρήση διαφορετικών για κάθε οικογένεια προσαρμοστικών μεθόδων με στόχο τη διαχείριση της αρνητικής εμπειρίας της νόσησης. Επομένως, οι ερευνητές συμπέραναν πως το πρόγραμμα FamHC αποτελεί μία αποτελεσματική παρέμβαση βασισμένη σε ενδείξεις, με την εφαρμογή της οποίας καθίσταται δυνατή η έκφραση των σκέψεων και των βιωμένων εμπειριών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους, χάρη στην οποία επιτρέπεται η παροχή οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας και η βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας.

4.5.1.6. The Effect of Foot Reflexology on Physiological Indicators and Mechanical Ventilation Weaning Time among Open-Heart Surgery Patients

Οι Elsayed Elsayed, Kandeel & Abd El-Aziz (2019), διερεύνησαν την πιθανή επίδραση της ρεφλεξολογίας ποδιών στη βελτίωση των ζωτικών σημείων των ασθενών και τη μείωση της απαιτούμενης χρονικής διάρκειας για τον απογαλακτισμό τους από το μηχανικό αερισμό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μία Καρδιο-θωρακική ΜΕΘ της Αιγύπτου και στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 80 ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, οι οποίοι χωρίστηκαν από τους ερευνητές σε δύο ομάδες των 40 ατόμων. Στους ασθενείς που ανήκαν στη μία ομάδα παρέχόταν μία συνεδρία μασάζ ποδιών περίπου 1 ώρα μετά την εισαγωγή τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η οποία διαρκούσε σχεδόν 15-20 λεπτά, ενώ στους ασθενείς της άλλης ομάδας παρέχόταν η κλασσική νοσηλευτική φροντίδα. Η μέτρηση των ζωτικών σημείων πραγματοποιούνταν συνολικά 6 φορές, δηλαδή κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ και 1 ώρα αργότερα, αμέσως μετά την παρέμβαση, 10 λεπτά μετά την παρέμβαση, αμέσως μετά την αποσωλήνωση και 1 ώρα μετά την αποσωλήνωση του ασθενούς από το σύστημα μηχανικού αερισμού. Μέσα από την έρευνα έγινε εμφανές πως η εφαρμογή θεραπευτικού μασάζ στα πόδια οδήγησε στη βελτίωση των ζωτικών σημείων των ασθενών. Ειδικότερα, στην ομάδα των ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε το θεραπευτικό μασάζ παρατηρήθηκε πτώση του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, καθώς και της συστολικής, διαστολικής και μέσης αρτηριακής πίεσης, αλλά και σημαντική αύξηση του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας που δεν λάμβαναν τη συγκεκριμένη παρέμβαση. Παράλληλα, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο χρονικό διάστημα που απαιτούνταν για τον απογαλακτισμό των ασθενών από το μηχανικό αερισμό μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων. Για την ακρίβεια, οι ασθενείς στους οποίους εφαρμόζονταν η συνεδρία ρεφλεξολογίας χρειαζόταν κατά μέσο όρο 270 λεπτά για την επίτευξη επιτυχούς αποσωλήνωσης, σε αντίθεση με την άλλη ομάδα ασθενών στους οποίους απαιτούνταν κατά μέσο όρο 435 λεπτά. Συνεπώς, οι ερευνητές συνιστούν αυτή την παρέμβαση καθώς είναι εύκολη στην εφαρμογή της και μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών και την ταχύτερη απεξάρτηση από το μηχανικό αερισμό.

4.5.1.7.Effect of family reorientation messages on delirium prevention among critically ill patients

Οι Elcokany & Ahmed (2019), πραγματοποίησαν μία έρευνα σε δύο διαφορετικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ενηλίκων με στόχο να διερευνήσουν την επίδραση της χρήσης ηχητικών ερεθισμάτων για την πρόληψη της εμφάνισης παραληρήματος μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών. Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκαν συνολικά 75 ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, οι οποίοι χωρίστηκαν από τους ερευνητές σε τρεις ομάδες των 25 ατόμων. Η πρώτη ομάδα ασθενών ονομάστηκε “Family Voice Group (FVG)” καθώς τα ηχητικά μηνύματα που μεταδίδονταν σε αυτούς τους ασθενείς προέρχονταν από κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Η δεύτερη ομάδα ονομάστηκε “Unfamiliar Voice Group (UVG)” καθώς η πηγή προέλευσης του ηχητικού μηνύματος ήταν κάποιο άγνωστο προς τον ασθενή άτομο και η τρίτη ομάδα ονομάστηκε “Control Group (CG)”, τα μέλη της οποίας δεν λάμβαναν κανένα ηχητικό μήνυμα. Για την αξιολόγηση του επιπέδου σύγχυσης χρησιμοποιούνταν ένα διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται συχνά στις ΜΕΘ, η κλίμακα “Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit (CAM-ICU)”. Κάθε ηχητικό μήνυμα μεταφερόταν στον ασθενή 5 φορές τη μέρα, διαρκούσε μόνο για 2 λεπτά και περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με το όνομα του ασθενούς, την ημερομηνία και την ώρα, την αιτία νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ, τα σημαντικά για κάθε οικογένεια γεγονότα, καθώς και φράσεις οι οποίες μπορούσαν να προκαλέσουν τον εφησυχασμό του ασθενούς, όπως η παράκληση να μη φοβάται. Οι CG ασθενείς λάμβαναν την τυπική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η αξιολόγηση των ασθενών με τη χρήση της κλίμακας CAM-ICU πραγματοποιούνταν δύο φορές, πριν και μετά την παρέμβαση. Οι ασθενείς της ομάδας CG άρχισαν να εμφανίζουν παραλήρημα από την πρώτη κιόλας μέρα νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Έως το τέλος της έρευνας παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του ποσοστού ασθενών που εμφάνιζαν παραλήρημα στην ομάδα CG (68%), και ακολουθούσαν οι ασθενείς της ομάδας UVG (28%). Σε αντίθεση με τους ασθενείς των δύο προηγούμενων ομάδων, το ποσοστό ασθενών FVG που εμφάνισαν παραλήρημα συνέχισε να είναι 0% έως το τέλος της παρέμβασης. Έγινε λοιπόν σαφές πως η φωνή ενός αγαπημένου προσώπου του ασθενούς μπορεί να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά στον προσανατολισμό του ασθενούς στην πραγματικότητα και την αποφυγή εμφάνισης παραληρήματος, σε σχέση με τη φωνή ενός άγνωστου ατόμου.

4.5.1.8. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care

Οι Berntzen et al. (2020), διενήργησαν μία δευτερογενή ανάλυση στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν την έννοια της δυσφορίας που αισθάνονται οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η οποία προκαλείται από παράγοντες διαφορετικούς του πόνου, όπως την περιγράφουν οι ασθενείς και όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές. Από τη δευτερογενή ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τρεις θεματικές ενότητες: «Απώλεια ενός λειτουργικού σώματος (Being deprived of a functioning body)», «Απώλεια ενός λειτουργικού νου (Being deprived of a functioning mind)» και «Απώλεια της ακεραιότητας (Being deprived of integrity)». Η απώλεια ενός λειτουργικού σώματος αναφέρεται στην αδυναμία των ασθενών να κινηθούν αυτόνομα, να επικοινωνήσουν με άνεση με το περιβάλλον τους και στην εγκατάσταση έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας, η οποία απαιτεί έγκαιρη και κατάλληλη διαχείριση με τη χρήση επεμβατικών μεθόδων, όπως η διενέργεια τραχειοτομής και τοποθέτηση τραχειοστομίας. Άλλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της απώλειας της λειτουργικότητας του σώματος του ασθενούς είναι ενδεικτικά η συχνή αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι για την προαγωγή της άνεσης και η ενεργή παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον ασθενή με στόχο την προαγωγή της επικοινωνίας. Η απώλεια ενός λειτουργικού νου αναφέρεται στην αδυναμία των ασθενών να διατηρήσουν καλό επίπεδο επικοινωνίας με το περιβάλλον, εξαιτίας της εγκατάστασης διαταραχών της συνείδησης όπως είναι η σύγχυση και οι παραισθήσεις. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η εφαρμογή μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων μπορεί να ωφελήσει σε μικρό τους ασθενείς όσον αφορά την πρόληψη της έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης. Η τελευταία θεματική ενότητα με τον τίτλο «Απώλεια της ακεραιότητας» αναφέρεται στη δημιουργία διάφορων αρνητικών αισθημάτων στον ασθενή, όπως η αίσθηση της απώλειας της αξιοπρέπειάς του και του σεβασμού προς το άτομό του, η μοναξιά εξαιτίας της μειωμένης ικανότητας για επικοινωνία, καθώς η αδυναμία διατήρησης της αυτονομίας λόγω των περιορισμένων ικανοτήτων του. Για την πρόληψη της εμφάνισης τους απαιτείται η εμφανής επίδειξη σεβασμού απέναντι στον άνθρωπο- ασθενή και στο σύνολο των αναγκών του.

4.5.1.9. Nurse's contribution to end-of-life family conferences in critical care: A Delphi study

Οι Kawashima et al. (2020), διερεύνησαν και ιεράρχησαν τη σημασία των ρόλων των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια των “οικογενειακών συσκέψεων” (“Family conferences- FCs”), δηλαδή των συναντήσεων μεταξύ των ασθενών, των μελών της οικογένειάς τους και της υγειονομικής ομάδας, με στόχο τη συζήτηση ζητημάτων σχετικά με τη φροντίδα ασθενών στη ΜΕΘ που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια. Οι ερευνητές αρχικά δημιούργησαν μία λίστα με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν κατά τη διάρκεια των FCs από νοσηλευτές ειδικευμένους στην εντατική φροντίδα, στηριζόμενοι στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και τη διενέργεια συνεντεύξεων με νοσηλευτές. Έτσι, κατέληξαν στη σύνθεση μιας λίστας αποτελούμενη από 65 νοσηλευτικούς ρόλους. Τα 65 αυτά στοιχεία στη συνέχεια αξιολογήθηκαν για τη σημασία τους από 55 νοσηλευτές με τη χρήση μιας κλίμακας διαβαθμιζόμενης σημαντικότητας από το 1 έως το 9, όπου το 1 μεταφραζόταν ως «καθόλου σημαντικό» και το 9 ως «πολύ σημαντικό». Εάν ένα στοιχείο λάμβανε βαθμολογία ≥ 7 από τουλάχιστον το 80% των νοσηλευτών, τότε χαρακτηρίζονταν ως ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη νοσηλευτική πρακτική. Τρία σημεία της λίστας θεωρήθηκαν εξαιρετικής σημασίας από τους νοσηλευτές. Ένα από αυτά ήταν η σωστή χρονική οργάνωση της συνάντησης και η δημιουργία ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας με την οικογένεια του ασθενούς σε σύντομο χρονικό διάστημα, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης της υγείας του η οποία μεταβάλλεται διαρκώς. Ο δεύτερος ιδιαίτερα σημαντικός νοσηλευτικός ρόλος ήταν η ανάπτυξη της ικανότητας εκ μέρους των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται όλες τις πιθανές αρνητικές φυσιολογικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις που εκδηλώνονται από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους κατά τη διάρκεια των FCs, όπως η αστάθεια ή η ζάλη. Τέλος, εξαιρετικά σημαντική χαρακτηρίστηκε η ανάγκη υποστήριξης των ιατρών που αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο ψυχικό βάρος και τις περισσότερες ευθύνες για την ενημέρωση του ασθενούς και των αγαπημένων του.

4.5.1.10. Effect of Training Program on Nurses Knowledge and Competence Regarding Endotracheal Tube and Tracheostomy Care in Mechanically Ventilated Patients

Οι Abdelazeem, Fashafsheh & Fadllalah (2019), διερεύνησαν τις γνώσεις 50 νοσηλευτών σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν σε έναν ασθενή που είναι συνδεδεμένος σε σύστημα μηχανικού αερισμού, τις γνώσεις τους σχετικά με την πρόληψη της εμφάνισης λοιμώξεων και τη διαδικασία της αναρρόφησης και αξιολόγησαν τη χρησιμότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στη βελτίωση των γνώσεων των νοσηλευτών γύρω από αυτά τα ζητήματα. Για την αξιολόγηση των γνώσεων των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από κλειστές ερωτήσεις στις οποίες ο ερωτώμενος μπορούσε να απαντήσει με τη χρήση απαντήσεων κλιμακούμενης διαβάθμισης, που κυμαίνονταν από «πολύ ελλιπής γνώση» έως «πολύ καλή γνώση». Επιπλέον οι ερευνητές δημιούργησαν μία λίστα ελέγχου που περιλάμβανε βασικά βήματα τα οποία πρέπει να ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενούς με μηχανικό αερισμό, βάσει της οποίας αξιολογούσαν τους νοσηλευτές κατά την πρακτική τους. Η λίστα περιλάμβανε οδηγίες σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων, την αναρρόφηση από ενδοτραχειακό σωλήνα, καθώς και την αναρρόφηση από σωλήνα τραχειοστομίας. Μετά την αρχική αξιολόγηση των νοσηλευτών ακολούθησε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα 4 μηνών, κατά τη διάρκεια του οποίου οι νοσηλευτές μάθαιναν το πρωτόκολλο παροχής φροντίδας σε ασθενείς που λαμβάνουν μηχανικό αερισμό, όπως αυτές περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Για τη διερεύνηση της εφαρμογής της νέας γνώσης που αποκτήθηκε χάρη στη συμμετοχή των νοσηλευτών στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, πραγματοποιήθηκαν δύο νέες αξιολογήσεις αμέσως μετά την ολοκλήρωσή του (post intervention phase I) και 2 μήνες αργότερα (post intervention phase II). Από τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας έγινε γνωστό πως το 50% των νοσηλευτών που αναλάμβαναν τη φροντίδα ασθενών με μηχανικό αερισμό δεν είχαν λάβει ποτέ κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με τη φροντίδα της τραχειοστομίας και του ενδοτραχειακού σωλήνα. Πριν την έναρξη του εκπαιδευτικού προγράμματος, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (38%) διέθετε μέτριες γνώσεις (“intermediate”) σχετικά με το υπό διερεύνηση ζήτημα. Το επίπεδο γνώσεων βελτιώθηκε κατά το post intervention phase I, αφού το 46% των νοσηλευτών αποδείχθηκε πως είχαν κατακτήσει ένα καλό επίπεδο γνώσεων (“good”) και αυτό το ποσοστό αυξήθηκε ακόμα

περισσότερο (54%) στο post intervention phase II. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποτελέσματα της έρευνάς αποτελούν μία σημαντική ένδειξη του κινδύνου που ελλοχεύει πίσω από την παροχή φροντίδας σε ασθενείς χωρίς το απαιτούμενο επίπεδο γνώσεων. Επιπλέον, η θεαματική βελτίωση που παρατηρήθηκε στις γνώσεις των νοσηλευτών μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος σηματοδοτεί την επιτυχία του και την ανάγκη ύπαρξης παρόμοιων προγραμμάτων με στόχο την επίτευξη συνεχούς εκπαίδευσης σε θέματα που άπτονται της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα/ Ευρήματα Έρευνας

5.1. Ανάλυση των Δεδομένων

Η φάση της ανάλυσης των δεδομένων αποτελεί το στάδιο της έρευνας κατά το οποίο πραγματοποιείται η εις βάθος κατανόηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων (de Chesnay, 2015). Η ανάλυση των δεδομένων μιας ποιοτικής έρευνας πραγματοποιείται μέσα από μια καθορισμένη σειρά βημάτων. Αρχικά είναι απαραίτητη η εξοικείωση του ερευνητή με τα δεδομένα, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη συστηματική και κατ' επανάληψη ανάγνωση τους. Με αυτό τον τρόπο επιτρέπεται η κατανόηση της βαθύτερης εννοιολογικής τους σημασίας και η καταγραφή των σκέψεων και των ιδεών του ερευνητή (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Επόμενο στάδιο είναι η δημιουργία κωδίκων, μία διαδικασία η οποία είναι γνωστή ως κωδικοποίηση. Οι κώδικες είναι λέξεις ή σύντομες φράσεις που περιγράφουν ένα σύνολο δεδομένων. Μέσα από αυτή τη διαδικασία ο ερευνητής καθίσταται ικανός να εντοπίσει δεδομένα με ίδια ή παρόμοια εννοιολογική σημασία, να εντοπίσει δηλαδή μοτίβα από κοινούς κώδικες (Milles, Huberman & Sandana, 2014). Η αναγνώριση αυτών των μοτίβων είναι απαραίτητη για την περαιτέρω συμπύκνωση των δεδομένων, καθώς παρόμοιοι κώδικες ενσωματώνονται και σχηματίζουν θεματικές ενότητες. Αξίζει να σημειωθεί πως σε διαφορετικά τμήματα του ίδιου κειμένου μπορούν να αποδοθούν διαφορετικοί κώδικες και να ενταχθούν σε διαφορετικές θεματικές ενότητες (Nowell et al., 2017).

Μετά τη φάση της κωδικοποίησης ακολουθεί το στάδιο της αξιολόγησης των θεματικών ενοτήτων που δημιουργήθηκαν. Σε αυτή τη φάση εξετάζεται το ενδεχόμενο κατάργησης ορισμένων θεμάτων, ενσωμάτωσής τους σε άλλα θέματα ή διάσπασης μιας θεματικής ενότητας σε περισσότερες. Μόλις τα θέματα λάβουν την οριστική τους μορφή, συντάσσεται από τους ερευνητές ένα κείμενο που περιλαμβάνει τα βασικά σημεία κάθε θεματικής ενότητας, οι οποίες λαμβάνουν ένα όνομα- τίτλο ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Τα ονόματα των θεματικών ενοτήτων πρέπει να χαρακτηρίζονται από συντομία και περιεκτικότητα, ώστε το περιεχόμενο κάθε θεματικής ενότητας να καθίσταται εύκολα αντιληπτό από τον εκάστοτε αναγνώστη. Τελικό στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων είναι η συγγραφή μιας γραπτής αναφοράς, στην οποία

παρουσιάζεται με ακρίβεια η διαδικασία συλλογής και το περιεχόμενο των ευρημάτων της έρευνας (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε κατά τη διεξαγωγή της παρούσας ανασκοπικής μελέτης. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν 4 θεματικές ενότητες, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

5.2. Θεματικές Ενότητες

5.2.1. Θεματική Ενότητα 1: «Προτροπή των μελών της οικογένειας να συμμετάσχουν στη φροντίδα του ασθενούς»

Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη φροντίδα του πάσχοντα αναφέρεται σε αρκετές έρευνες ως καταλυτικός παράγοντας τόσο για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, όσο και για τη συναισθηματική ικανοποίηση των ίδιων των συγγενών-φροντιστών. Η Fowler (2020), αναφέρει πως η ένταξη της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς αποτελεί παρέμβαση καίριας σημασίας για την αναπτέρωση της ελπίδας, ενώ οι Yoo & Shim (2020), καταλήγουν στο συμπέρασμα πως με αυτό τον τρόπο οι συγγενείς νοιώθουν μεγαλύτερη ψυχική ικανοποίηση, καθώς αισθάνονται πως βοηθούν έμπρακτα στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Σύμφωνα με τους Berntzen et al. (2020), η ενεργή παρουσία των συγγενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους φαίνεται πως είναι ικανή να συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση του φόβου και της δυσφορίας που προκαλείται εξαιτίας του άγνωστου περιβάλλοντος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου συνείδησης των ασθενών. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Elcokany & Ahmed (2019), οι οποίοι διερεύνησαν την επίδραση της χρήσης ηχητικών ερεθισμάτων για την πρόληψη της εμφάνισης παραληρήματος μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών σε δύο ΜΕΘ ενηλίκων. Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα κατέστη σαφές πως το άκουσμα της φωνής ενός αγαπημένου προσώπου του ασθενούς μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στον προσανατολισμό του ασθενούς στην πραγματικότητα και την αποφυγή εμφάνισης παραληρήματος.

Ιδιαίτερα σημαντική ωστόσο είναι η συμβολή της οικογένειας όχι μόνο στο στάδιο της ενεργούς νόσησης, αλλά και στη φάση της ανάρρωσης. Στην έρευνα των Pattison et al. (2019), είναι εμφανές πως οι ασθενείς έχουν ανάγκη να λαμβάνουν περιποίηση και υποστήριξη από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, όπως επίσης και να θέτουν από κοινού ρεαλιστικούς στόχους για την ανάρρωσή τους, καθώς δεν είναι δυνατό για κάθε

ασθενή να επιτευχθεί ο ίδιος βαθμός ανάρρωσης. Η θέσπιση στόχων που ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς είναι ύψιστης σημασίας καθώς η μη ικανοποίηση τους συνδέεται συνήθως με τη δημιουργία ιδιαίτερα αρνητικών συναισθημάτων, όπως η θλίψη και ο θυμός.

5.2.2. Θεματική Ενότητα 2: «Προαγωγή της έκφρασης συναισθημάτων»

Η εμπειρία της νοσηλείας ενός ατόμου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η κρισιμότητα που χαρακτηρίζει συνήθως την κατάσταση της υγείας του ασθενούς οδηγεί τις περισσότερες φορές στην εμφάνιση ιδιαίτερα δυσάρεστων συναισθημάτων. Επομένως, είναι απαραίτητη η προαγωγή της έκφρασης αυτών των συναισθημάτων, στοχεύοντας στον περιορισμό της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών και των συγγενών τους. Οι Willemse et al. (2020), προτείνουν την ενσωμάτωση παρεμβάσεων πνευματικής φροντίδας στο καθημερινό πλάνο νοσηλείας, καθώς με αυτό τον τρόπο θεωρούν πως μπορεί να επιτευχθεί σημαντική μείωση του άγχους και κυρίως, αποδοχή και συμφιλίωση με την ιδέα του επικείμενου θανάτου στις περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο στάδιο της ασθένειας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή πνευματικής φροντίδας ωστόσο είναι η διερεύνηση των διαφορετικών πολιτισμικών και θρησκευτικών επιρροών και πεποιθήσεων του κάθε ατόμου.

Προαπαιτούμενο για την έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών και των αγαπημένων τους ανθρώπων είναι η θέσπιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επικοινωνίας μαζί τους. Για το σκοπό αυτό ενδείκνυνται παρεμβάσεις που επιτρέπουν τη συναισθηματική έκφραση μέσω της συζήτησης. Οι Pattison et al. (2019), διερεύνησαν τις μακροχρόνιες συνέπειες της τήρησης ημερολογίων σε ασθενείς που βρισκόταν σε κρίσιμη κατάσταση και νοσηλεύονταν σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Σε αυτά τα ημερολόγια καταγράφονταν καθημερινά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονταν στον ασθενή από το προσωπικό, αλλά και πληροφορίες σχετικά με τις μεταβολές στην υγεία του ασθενούς και τα συναισθήματα που δημιουργούνταν στους συγγενείς τους. Σε μεταγενέστερο χρόνο, μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ, αυτές οι πληροφορίες κοινοποιούνταν στον ασθενή. Αποτέλεσμα της συγκεκριμένης παρέμβασης ήταν η αντίληψη πως η εμπειρία της νόσησης μπορεί να έχει συναισθηματικές συνέπειες τόσο για τον ασθενή, όσο και για τους σημαντικούς άλλους. Η χρήση των ημερολογίων έδινε στους συγγενείς την ευκαιρία να εκφράσουν τη συμπόνια και την αγωνία που αισθανόταν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς, ενώ οι ασθενείς εξέφραζαν συχνά τα ενοχικά αισθήματα

που δημιουργούνται μέσα τους εξαιτίας του άγχους που προκαλούσε η επιδείνωση της υγείας τους στους αγαπημένους τους ανθρώπους. Με τη χρήση των εργαλείων EuroQol (EQ-5D-3L) και PTSS-14 οι ερευνητές ανακάλυψαν πως με την εφαρμογή της συγκεκριμένης παρέμβασης σημειώθηκε πτώση του επιπέδου της ποιότητας ζωής και αύξηση του μετατραυματικού στρες μεταξύ των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Ωστόσο, αυτές οι μεταβολές χαρακτηρίστηκαν από τους ερευνητές ως στατιστικά ασήμαντες και, με δεδομένο πως το σύνολο των ασθενών και των συγγενών δήλωσαν πως με την εφαρμογή της συγκεκριμένης παρέμβασης επιτράπη η ομαλή συναισθηματική προσαρμογή στην κατάσταση, οι ερευνητές συνιστούν την ενσωμάτωση παρόμοιων παρεμβάσεων στο πλάνο φροντίδας των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Ένα αρκετά σύνθημα συναίσθημα που περιγράφεται σε πολυάριθμες έρευνες από την πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύονται ή νοσηλεύθηκαν στο παρελθόν σε κάποια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι η δυσφορία εξαιτίας της περιορισμένης ικανότητας να ελέγξουν τις διάφορες φυσιολογικές σωματικές τους λειτουργίες. Αυτό το αίσθημα περιγράφεται ξεκάθαρα στην έρευνα των Berntzen et al. (2020), στην οποία οι ασθενείς αναφέρουν πως η αδυναμία τους να αλλάξουν θέση στο κρεβάτι ή να αναπνεύσουν αποτελεσματικά οδήγούσε στη μόνιμη εγκατάσταση άγχους και στην αίσθηση τη απώλειας της ανεξαρτησίας και της αξιοπρέπειας. Έτσι, οι ερευνητές συνιστούν τη συνεχή διερεύνηση του βαθμού και της πηγής προέλευσης της υφιστάμενης δυσφορίας που βιώνει ο ασθενής και την ανεύρεση λύσεων στα προβλήματά του, όπως για παράδειγμα η συχνή εναλλαγή θέσεων. Παράλληλα, υπογραμμίζεται η ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης του ασθενούς ακόμα και με τη χρήση απλών τεχνικών καθησυχασμού, όπως το θεραπευτικό άγγιγμα.

5.2.3. Θεματική Ενότητα 3: «Προαγωγή της επικοινωνίας με τον ασθενή & τους αγαπημένους του»

Η σημασία της επικοινωνίας κατά την παροχή ολιστικής φροντίδας είναι αναμφίβολη. Μέσω της επικοινωνίας καθίσταται ικανή η αξιολόγηση και η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του συνόλου των αναγκών του ασθενούς και των συγγενών του. Μέρος της ολιστικής φροντίδας είναι και η μέριμνα για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών του ατόμου. Γι' αυτό, οι Willemse et al. (2020), στην ανασκοπική μελέτη τους με τίτλο “Spiritual care in the intensive care unit: An integrated literature research” αναφέρουν πως η συζήτηση με τον ασθενή και τους συγγενείς είναι καίριας

σημασίας για την αναγνώριση της εγκατάστασης πνευματικής δυσφορίας, δηλαδή αδυναμίας του ατόμου να εντοπίσει κάποιο ουσιαστικό νόημα στη ζωή του. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης πρέπει να αξιολογούνται τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα που μεταδίδει το άτομο. Παραδείγματα τέτοιων μηνυμάτων είναι η έκφραση αισθημάτων ενοχής, η αρνητική στάση απέναντι σε οποιαδήποτε θεραπεία, οι διαταραχές ύπνου, το κλάμα και η εκδήλωση απογοήτευσης και έντονης ανησυχίας. Οι ερευνητές αναφέρονται μάλιστα και στην ανάγκη επικοινωνίας με ασθενείς με περιορισμένες ικανότητες ομιλίας, όπως για παράδειγμα ασθενείς που υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό. Για τη διευκόλυνση της συνομιλίας με αυτή την ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών, οι ερευνητές συνιστούν τη χρήση εργαλείων όπως Visual Analogue Scales (VAS) με εικόνες. Η χρήση αυτών των εργαλείων μπορεί να συμβάλει στη διευκόλυνση της έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων τους.

Η εμφάνιση πνευματικής δυσφορίας μεταξύ των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και των συγγενών τους σχετίζεται συχνά με την απώλεια της ελπίδας. Για τη διερεύνηση των αποθεμάτων ελπίδας κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση, η Fowler (2020), προτείνει τη διενέργεια μικρών συνεντεύξεων κατά τη διάρκεια των οποίων είναι απαραίτητη η αξιολόγηση στοιχείων όπως οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής και οι απαντήσεις των ασθενών και των συγγενών στις ερωτήσεις των νοσηλευτών για το πώς αισθάνονται. Παράλληλα οι νοσηλευτές πρέπει να ακούν όλες τις ερωτήσεις που τίθενται από τους συνομιλητές τους και να απαντούν σε αυτές με ειλικρίνεια, τονίζοντας βέβαια τη βελτίωση που έχει σημειώσει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η συχνή αναφορά στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς και στην επίτευξη των στόχων της ανάρρωσης και της αποκατάστασης αναφέρεται ως ιδιαίτερα σημαντική και στην έρευνα των Pattison et al. (2020).

Πολλές έρευνες αναφέρονται λοιπόν στη σημασία της θέσπισης ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών και συγγενών, όπως για παράδειγμα στην ερευνητική μελέτη των Yoo & Shim (2020), κατά τη διάρκεια της οποίας εφαρμόστηκε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα επισκέψεων σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας της Σεούλ. Στόχος της έρευνας ήταν η δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος στη ΜΕΘ για τη βελτίωση της ψυχολογίας των ασθενών και των συγγενών τους και τη μείωση του υφιστάμενου μετατραυματικού στρες. Με την εφαρμογή της συγκεκριμένης παρέμβασης ακόμα και νοσηλευτές με λιγότερη εργασιακή εμπειρία κατάφεραν να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Στην ίδια έρευνα φαίνεται επίσης πόσο σημαντική είναι η προαγωγή της επικοινωνίας

μεταξύ των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Ομοίως, οι Ahlberg et al. (2019), προσπάθησαν να διαπιστώσουν τις επιδράσεις ενός προγράμματος, του Family Health Conversation (FamHC), στη λειτουργία της οικογένειας. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος οι ασθενείς και οι συγγενείς καλούνταν να περιγράψουν την εμπειρία της νοσηλείας, όπως την είχε βιώσει ο καθένας από τη δική του οπτική και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους εξαιτίας αυτής της κατάστασης. Με αυτό τον τρόπο, οι συζητήσεις σχετικά με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ γινόταν όλο και λιγότερο ψυχικά επιβαρυντικές. Συνεπώς, αυτή η παρέμβαση συνέβαλλε στη σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Ένα συναίσθημα που ανέφεραν συχνά οι συγγενείς στην έρευνα των Ahlberg et al. (2019), ήταν η ψυχολογική επιβάρυνση που βίωναν εξαιτίας της αδυναμίας τους να βοηθήσουν με ουσιαστικό τρόπο στην ανάρρωση του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, οι Berntzen et al. (2020), παραθέτουν με τη σειρά τους στοιχεία από συνεντεύξεις με ασθενείς οι οποίοι αναφέρονταν συχνά στη δυσκολία διατήρησης επαφής με το περιβάλλον και στην αδυναμία να εκφράσουν πλήρως τις διάφορες ανάγκες τους εξαιτίας των συνεχών μεταβολών στο επίπεδο συνείδησής τους. Μέσα από αυτές τις δύο έρευνες καθίσταται σαφές πως η συζήτηση σχετικά με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ αναδεικνύει το πόσο διαφορετικά αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι ασθενείς και οι συγγενείς την ίδια κατάσταση.

Μία παρέμβαση παρόμοια με το πρόγραμμα FamHC είναι η διενέργεια «οικογενειακών συσκέψεων» (“Family conferences- FCs”). Οι Kawashima et al. (2020), αναφέρονται στο ρόλο των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια αυτών των συσκέψεων. Ένας από τους πιο βασικούς νοσηλευτικούς ρόλους κατά τη διάρκεια των συσκέψεων είναι η μετάδοση όλων των απαραίτητων πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και η διαχείριση του συνόλου των φυσιολογικών και ψυχολογικών αντιδράσεων που ενδέχεται να προκύψουν εξαιτίας των άσχημων νέων που λαμβάνουν. Επομένως, μέσω της συζήτησης ενδέχεται να έρθουν στην επιφάνεια ακόμα και αρνητικές αντιδράσεις, τις οποίες όμως οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν. Αυτός ο ρόλος μπορεί να είναι αρκετά επιβαρυντικός για την ψυχολογία των νοσηλευτών και επομένως σε διάφορες έρευνες (Fowler, 2020; Yoo & Shim, 2020), αναδεικνύεται η ανάγκη των νοσηλευτών να λαμβάνουν θετικό feedback από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους ώστε να συνεχίζουν το δύσκολο έργο τους.

5.2.4. Θεματική Ενότητα 4: «Διεπιστημονική προσέγγιση του ασθενούς & εναλλακτικές θεραπείες»

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών με πλήθος διαφορετικών αναγκών και προβλημάτων. Για την παροχή ολιστικής φροντίδας και την κάλυψη αυτών των αναγκών είναι απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση του ασθενούς. Στην παρούσα ανασκοπική μελέτη αναφέρεται συχνά η αναγκαιότητα πνευματικής υποστήριξης του ασθενούς και των συγγενών του. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Willemse et al. (2020), παρότι οι νοσηλευτές είναι πρόθυμοι να εντάξουν στο πλάνο φροντίδας παρεμβάσεις πνευματικής φύσεως, δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις. Επομένως, για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η συνδρομή επαγγελματιών με ειδικευση στην έκφραση της πνευματικότητας, αλλά και από κληρικούς. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η εις βάθος αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών των ασθενών και παράλληλα, η εκπαίδευση των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο πεδίο.

Η ανάγκη εκπαίδευσης των νοσηλευτών από επαγγελματίες ειδικευμένους σε συγκεκριμένους τομείς είναι εμφανής και στην έρευνα που διεξήχθη από τους Abdelazeem, Fashafsheh & Fadlallah (2019), με στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με τη σωστή χρήση του τραχειοσωλήνα και την περιποίηση της τραχειοστομίας, τις πιθανές επιπλοκές που ενδέχεται να προκύψουν, καθώς και τη συμβολή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στη βελτίωση αυτών των γνώσεων. Όπως αποδείχθηκε, πριν την έναρξη του εκπαιδευτικού προγράμματος, το ποσοστό των νοσηλευτών που είχαν λάβει οποιαδήποτε εκπαίδευση σχετική με αυτά τα θέματα ήταν πολύ μικρό, ενώ με την έναρξή του σημειώθηκε θεαματική βελτίωση των γνώσεων τους.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι επίσης η μελέτη των Elsayed Elsayed, Kandeel & Abd El-Aziz (2019), μέσα από την οποία αναδεικνύεται η σημασία της εφαρμογής εναλλακτικών παρεμβάσεων και θεραπειών στο θεραπευτικό πλάνο. Οι ερευνητές προσπάθησαν να διερευνήσουν τις επιδράσεις της εφαρμογής μερικών συνεδριών ρεφλεξολογίας ποδιών από επαγγελματίες με εξειδίκευση σε αυτό τον τομέα στα ζωτικά σημεία και στον απαιτούμενο χρόνο απεξάρτησης του ασθενούς από το μηχανικό αερισμό. Με την εφαρμογή της συγκεκριμένης παρέμβαση οι ερευνητές παρατήρησαν σημαντική βελτίωση στα ζωτικά σημεία των ασθενών στους οποίους εφαρμόζονταν οι συνεδρίες ρεφλεξολογίας, σε σύγκριση με την ομάδα ασθενών στους

οποίους παρέχονταν η τυπική νοσηλευτική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μείωση του καρδιακού ρυθμού, της αναπνευστικής συχνότητας και της συστολικής, διαστολικής και μέσης αρτηριακής πίεσης, όπως επίσης και αύξηση του κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο. Παράλληλα, σημειώθηκε θεαματική ελάττωση του απαιτούμενου χρόνου απογαλακτισμού του ασθενούς από το μηχανικό αερισμό. Για την ακρίβεια, οι ασθενείς στους οποίους παρέχονταν οι συνεδρίες χρειαζόταν κατά μέσο όρο 270 λεπτά για την επίτευξη επιτυχούς αποσωλήνωσης, σε αντίθεση με την άλλη ομάδα ασθενών στους οποίους απαιτούνταν κατά μέσο όρο 435 λεπτά. Συνεπώς, οι ερευνητές συνιστούν αυτή την εναλλακτική μέθοδο ως αποτελεσματική παρέμβαση, καθώς μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών και στην ταχύτερη απεξάρτηση τους από το μηχανικό αερισμό, ενώ παράλληλα είναι εύκολη στην εφαρμογή της.

Κεφάλαιο 6

Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Στόχος της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η ανάδειξη των απαιτήσεων φροντίδας των ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, οι οποίοι νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς επίσης και της συμβολής των ειδικευμένων νοσηλευτών στην «Επείγουσα & Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα» για την ολιστική προσέγγισή τους. Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας συμπεραίνεται πως η παρότρυνση των συγγενών των ασθενών να λαμβάνουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα του αγαπημένου τους ανθρώπου, η προαγωγή της έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων τους με τη θέσπιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επικοινωνίας, καθώς και η διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών με την εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας αποτελούν παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν από ειδικευμένους νοσηλευτές, συμβάλλοντας θεαματικά στη βελτίωση της υγείας τους.

Αρκετές μελέτες αναφέρονται στις ευεργετικές επιδράσεις της ένταξης των μελών της οικογένειας του ασθενούς στη φροντίδα του. Σε έρευνα των Fateel & O'Neill (2015), περιγράφεται η έντονη επιθυμία των μελών της οικογένειας να βρίσκονται στο πλευρό του ασθενούς όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, καθώς έτσι αισθάνονται πως διατηρούνται ζωντανοί οι μεταξύ τους ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί, γεγονός που συμβάλλει στην ομαλή διαχείριση της δύσκολης και αγχωτικής κατάστασης που βιώνουν. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Hetland et al. (2018), η ενσωμάτωση της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς πρέπει να γίνεται ύστερα από προσεκτική αξιολόγηση. Αυτή η αξιολόγηση αφορά παράγοντες που σχετίζονται με τη δυνατότητα του κάθε μέλους της οικογένειας να αναλάβει τη φροντίδα, όπως για παράδειγμα οι γνώσεις που διαθέτει το άτομο σχετικά με τη διαχείριση και την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς και την ασφάλειά του, τη σχέση μεταξύ του υποψήφιου φροντιστή και του ασθενούς, την προθυμία του ατόμου να αναλάβει τη φροντίδα, αλλά και τα αποθέματα σωματικής και ψυχικής δύναμης που διαθέτει.

Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της οικογένειας κατά τη φροντίδα του ασθενούς για την πρόληψη της εμφάνισης παραληρήματος. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πλήθος μελετών που συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας των Elcokany & Ahmed (2019), οι οποίοι διερεύνησαν την επίδραση της εφαρμογής ηχητικών ερεθισμάτων σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ με στόχο την πρόληψη της

έκπτωσης του επιπέδου συνείδησής τους και την εγκατάσταση παραληρήματος. Παράδειγμα τέτοιας μελέτης αποτελεί η έρευνα των Munro et al. (2017), οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η μείωση της συχνότητας εμφάνισης παραληρήματος είναι εφικτή με την παρότρυνση κάποιου γνωστού προς τον ασθενή ατόμου να του μιλάει. Μάλιστα, οι ασθενείς που άκουγαν τη φωνή κάποιου συγγενούς σημείωναν συντριπτικά καλύτερες επιδόσεις στη διατήρηση της επαφής με το περιβάλλον σε σύγκριση με την ομάδα των ασθενών οι οποίοι λάμβαναν ηχητικά μηνύματα από άγνωστα άτομα ή εκείνοι που δε λάμβαναν κανένα ηχητικό μήνυμα.

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της παρούσας εργασίας είναι η ανάγκη της ένταξης παρεμβάσεων στο νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας οι οποίες στοχεύουν στην προαγωγή της έκφρασης των συναισθημάτων των ασθενών και των συγγενών τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό με την εφαρμογή παρεμβάσεων πνευματικής φύσεως, καθώς έτσι καθίσταται δυνατή η πλήρης κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία τονίζεται η έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών να παράσχουν την απαιτούμενη πνευματική φροντίδα. Επομένως, η ελλιπής εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με την πνευματικότητα ενδέχεται να αποτελέσει την αιτία ώστε τέτοιου είδους παρεμβάσεις να μην είναι πλήρως επιτυχείς (Ho et al., 2017). Γι' αυτό το λόγο, συχνά γίνεται αναφορά στη συνεισφορά των κληρικών κατά την αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών των ασθενών και την υποβοήθηση του έργου των νοσηλευτών, εξαιτίας του μεγάλου εύρους γνώσεων που διαθέτουν σε θέματα σχετικά με την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα του ατόμου. Οι Torke et al. (2019), λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές ψυχικές επιδράσεις της εμπειρίας της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα επισκέψεων τριών κληρικών σε ΜΕΘ όπου νοσηλεύονταν ενήλικοι ασθενείς, με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των ασθενών να αναφέρουν πως αισθάνονταν μεγαλύτερη ψυχική και πνευματική ευεξία χάρη στις συναντήσεις και τις συζητήσεις με τους ιερείς.

Προαπαιτούμενο για την συναισθηματική έκφραση του ατόμου αποτελεί η θεμελίωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επικοινωνίας μαζί του. Η επικοινωνία με ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση μπορεί ωστόσο να είναι αρκετά δύσκολη εξαιτίας του μειωμένου επιπέδου συνείδησης και της συχνής εμφάνισης παραισθήσεων (Jones, 2009). Ακόμα, η πλειοψηφία των ασθενών που κατά τη νοσηλεία τους σε κάποια ΜΕΘ βίωσαν διαταραχές που σχετίζονταν με την επαφή τους με το περιβάλλον αναφέρουν δυσκολίες κατά την ενθύμηση των πραγματικών γεγονότων που συνέβησαν. Για αυτό το σκοπό έχει προταθεί η τήρηση ημερολογίων

στα οποία καταγράφονται αναλυτικά όλες οι παρεμβάσεις και οι αντιδράσεις των ασθενών σε αυτές, αλλά και η ανάγνωσή τους από τους ασθενείς στην περίπτωση που είναι σε θέση να διαβάσουν και να αντιληφθούν το περιεχόμενο των καταγραφών. Παράλληλα, τα ημερολόγια μπορούν να λειτουργήσουν ως εναρκτήριο λάκτισμα για τη συζήτηση μεταξύ των ασθενών, των συγγενών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα όσα βίωσε το άτομο (Glimelius Petersson et al., 2018). Με αυτό τον τρόπο οι συγγενείς μπορούν να εκδηλώσουν την αγάπη και τη στοργή απέναντι στα αγαπημένα τους πρόσωπα, διατηρώντας έτσι ένα υψηλό αίσθημα ελπίδας (Garrouste-Orgeas et al., 2014). Ωστόσο, στη βιβλιογραφία περιγράφονται ορισμένοι ενδοιασμοί σχετικά με την καθημερινή τήρηση ημερολογίων, καθώς αυτό αποτελεί μια ιδιαίτερος απαιτητική διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη τη συναισθηματική δυσφορία που ενδέχεται να βιώνουν οι συγγενείς οι οποίοι καλούνται να διατυπώσουν τις σκέψεις τους, αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς όταν διαβάζουν τις καταγραφές. Συνεπώς, απαιτείται πολύ μεγάλη προσοχή στην εφαρμογή αυτής της μεθόδου και συνεχής αξιολόγηση τόσο των θετικών όσο και των πιθανών αρνητικών συνεπειών της (Nielsen et al., 2019).

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών είναι δύσκολη και στις περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι διασωληνωμένος. Για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας σε τέτοιες περιπτώσεις έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι, όπως για παράδειγμα η χρήση συγκεκριμένων ηλεκτρονικών συσκευών και εφαρμογών που επιτρέπουν την επικοινωνία ακόμα και με ασθενείς που υπόκεινται σε μηχανικό αερισμό. Αποτέλεσμα είναι η δημιουργία ενός αισθήματος ικανοποίησης σχετικά με τις δυνατότητες που προσφέρει η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας στην υγεία. Από την άλλη πλευρά ωστόσο, η συνεχής έκφραση όλων των ανησυχιών και της δυσφορίας που βιώνει ο ασθενής ενδέχεται να προκαλέσει θλίψη και άγχος στους συγγενείς του, οι οποίοι αισθάνονται πως δεν μπορούν να τον βοηθήσουν πραγματικά να ξεπεράσει αυτές τις δυσκολίες (Shin, Happ & Tate, 2021). Παρόλα αυτά, η ώθηση των οικογενειών να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους δεν πρέπει να παραλείπεται εξαιτίας της εμφάνισης τέτοιου είδους αρνητικών συναισθημάτων διότι είναι ικανή να λειτουργήσει θεραπευτικά, φέρνοντας το άτομο αντιμετώπιση με τις δυσκολίες της κατάστασης που αντιμετωπίζει και μαθαίνοντάς το να τις διαχειρίζεται κατάλληλα (Hollman Frisman et al., 2018).

Τέλος, η πολυπλοκότητα της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας απαιτεί την πολύπλευρη αντιμετώπισή τους. Η

διεπιστημονική ομάδα που στελεχώνει τις μονάδες αποτελείται συνήθως από γιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους, φαρμακοποιούς, ψυχολόγους και επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων είναι απαραίτητη η σωστή ανταλλαγή πληροφοριών με στόχο τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Ervin et al., 2018). Μάλιστα, έχει αποδειχθεί πως η εφαρμογή ενός προγράμματος διεπιστημονικής αξιολόγησης των ασθενών της ΜΕΘ συνδέεται με μειωμένη διάρκεια νοσηλείας, μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών με την παρεχόμενη φροντίδα και καλύτερη ενημέρωση μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών (Ramadan, Postelnicu & Mukherjee, 2020). Όταν δε οι τυπικές παρεμβάσεις αποδεικνύονται ανεπιτυχείς, τότε στην υγειονομική ομάδα ενδείκνυται να συμμετέχουν και επαγγελματίες εκπαιδευμένοι στην παροχή εναλλακτικών παρεμβάσεων και θεραπειών, όπως το μασάζ, η ρεφλεξολογία ή η αρωματοθεραπεία (Erdoğan & Atik, 2017).

Κεφάλαιο 7

Συμπεράσματα

Στην παρούσα ανασκοπική μελέτη αναλύθηκε ο ρόλος του ειδικευμένου νοσηλευτή στην «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική» στην παροχή ολιστικής φροντίδας σε ενήλικους νοσηλευόμενους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ολιστική φροντίδα μπορεί να προσφερθεί μέσα από την παρότρυνση των συγγενών των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα, τη θέσπιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών, ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος, την έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους σχετικά με την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όπως και με τη διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση με το συνδυασμό παραδοσιακών και εναλλακτικών μεθόδων και θεραπειών. Ωστόσο, το ζήτημα είναι κατά πόσο αυτές οι ολιστικές πρακτικές εφαρμόζονται στην καθημερινή κλινική πράξη. Γι' αυτό το σκοπό είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σχετικά με την κάλυψη του συνόλου των αναγκών αυτής της ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών, ενώ παράλληλα κρίνεται αναμφίβολη η αναγκαιότητα διαρκούς διεξαγωγής καινοτόμων ερευνών, στοχεύοντας στην ανεύρεση νέων επιστημονικών δεδομένων, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. Abdelazeem, E., Fashafsheh, I. & Fadllallah, H., 2019. Effect of training program on nurses knowledge and competence regarding endotracheal tube and tracheostomy care in mechanically ventilated patients. *International journal of nursing*, [e-journal] 6(1), pp. 48-57. <https://doi.org/10.15640/ijn.v6n1a6>
2. Academy of Integrative Health & Medicine, 2019. *Principles of Holistic Medicine* [online] Available at: <<https://ahha.org/selfhelp-articles/principles-of-holistic-medicine/>> [Accessed: 04 May 2021]
3. Ahlberg, M., Hollman Frisman, G., Berterö, C. & Ågren, S., 2020. Family Health Conversations create awareness of family functioning. *Nursing in critical care*, [e-journal] 25(2), pp. 102-108. <https://doi.org/10.1111/nicc.12454>
4. Avidan, M., Barnett, K. M., Laureen, L. H., Hopley, L., Jones, N. & van Schalkwyk, J. M., 2011. *Εντατική Θεραπεία, Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
5. Berntzen, H., Bjørk, I. T., Storsveen, A. M. & Wøien, H., 2020. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *Journal of clinical nursing*, [e-journal] 29(13-14), pp. 2441-2454. <https://doi.org/10.1111/jocn.15260>
6. Britnell, M., 2011. The role of the “specialist” in healthcare. *Clinical Medicine*, [e-journal] 11(4), pp. 329–331. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.11-4-329>
7. de Chesnay, M., 2015. Qualitative Data Analysis. Ch.1. In: J. B. Averill, ed. 2015. *Nursing research using data analysis: qualitative designs and methods in nursing*. [e-book] New York: Springer Publishing Company. Available at: <<https://www.pdfdrive.com/nursing-research-using-data-analysis-qualitative-designs-and-methods-in-nursing-e176031752.html>> [Downloaded: 12 January 2021]
8. deWit, S. C., 2009. Οι Αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια, το στρες και την προαγωγή της υγείας. Κεφ. 2. Στο: *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*, 3^η έκδ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
9. Doody, O. & Bailey, M. E., 2016. Setting a research question, aim and objective. *Nurse Researcher*, [e-journal] 23(4), pp.19–23. <https://doi.org/10.7748/nr.23.4.19.s5>

10. Elcokany, N. M. & Ahmed, F. R., 2019. Effect of family reorientation messages on delirium prevention among critically ill patients. *Journal of Nursing Education and Practice*, [e-journal] 9(10) pp. 50-59. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n10p50>
11. Elsayed, A. E., Kandeel, N. A. & Abd El-Aziz, W. W., 2019. The Effect of Foot Reflexology on Physiological Indicators and Mechanical Ventilation Weaning Time among Open-Heart Surgery Patients. *American Journal of Nursing*, [e-journal] 7(4), pp. 412-419. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-4-2>
12. Erdoğan, Z. & Atik, D., 2017. Complementary Health Approaches Used in the Intensive Care Unit. *Holistic Nursing Practice*, [e-journal] 31(5), pp. 325–342. <https://doi.org/10.1097/hnp.000000000000227>
13. Erickson, H. L., 2007. Philosophy and Theory of Holism. *Nursing Clinics of North America*, [e-journal] 42(2), pp.139–163. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.03.001>
14. Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. & Weingart, L. R., 2018. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, [e-journal] 73(4), pp. 468-477. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>
15. Fateel, E. E. & O'Neill, C. S., 2015. Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study. *Clinical Nursing Studies*, [e-journal] 4(1), pp. 57-69. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p57>
16. Fowler, S. B., 2020. Critical-Care Nurses' Perceptions of Hope: Original Qualitative Research. *Dimensions of Critical Care Nursing*, [e-journal] 39(2), pp. 110-115. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000405>
17. Freeman, J., 2005. Towards a definition of holism. *British Journal of General Practice*, [e-journal] 55(511), pp. 154-155. Available at: <https://bjgp.org/content/bjgp/55/511/154.full.pdf> (Accessed: 26 May 2021)
18. Fulton, J. S., 2005. The importance of specialization [Editorial]. *Clinical Nurse Specialist* [e-journal] 19(3), pp. 105-106. Available at: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=584945&Journal_ID=54033&Issue_ID=584944 (Accessed: 06 June 2021)
19. Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A. & Misset, B., 2014. Writing In and Reading ICU Diaries:

- Qualitative Study of Families' Experience in the ICU. *PLoS ONE*, [e-journal] 9(10), e110146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>
20. Glimelius Petersson, C., Ringdal, M., Apelqvist, G. & Bergbom, I., 2018. Diaries and memories following an ICU stay: a 2-month follow-up study. *Nursing in critical care*, [e-journal] 23(6), pp. 299-307. <https://doi.org/10.1111/nicc.12162>
21. Gratton, C. & Jones, I., 2010. *Research methods for sport studies*. [e-book] 2nd ed. London: Routledge- Taylor & Francis Group. Available at: [https://repository.bbg.ac.id/bitstream/575/1/Research Methods for Sports Studies.pdf](https://repository.bbg.ac.id/bitstream/575/1/Research%20Methods%20for%20Sports%20Studies.pdf) (Downloaded: 28 May 2021)
22. Hastings, C. & Fisher, C. A., 2014. Searching for proof. Creating and using an actionable PICO question. *Nursing Management (Springhouse)*, [e-journal] 45(8), pp. 9–12. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000452006.79838.67>
23. Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J. & Hickman, R., 2018. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, [e-journal] 44, pp. 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>
24. Ho, J. Q., Nguyen, C. D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S. C. & Kushner, W. G., 2017. Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, [e-journal] 33(5), pp. 279–287. <https://doi.org/10.1177/0885066617712677>
25. Hollman Frisman, G., Wåhlin, I., Orvelius, L. & Ågren, S., 2018. Health-promoting conversations—A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment. *Journal of clinical nursing*, [e-journal] 27(3-4), pp. 631-639. <https://doi.org/10.1111/jocn.13969>
26. Houser, J., 2019. *Η έρευνα στις επιστήμες υγείας- μελετώντας, χρησιμοποιώντας και δημιουργώντας ενδείξεις*. 4th ed. Αθήνα: Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις.
27. Jones, C., 2009. Introducing Photo Diaries for ICU Patients. *Journal of the Intensive Care Society*, [e-journal] 10(3), pp. 183- 185. <https://doi.org/10.1177/175114370901000306>
28. Kawashima, T., Tanaka, M., Kawakami, A. & Muranaka, S., 2020. Nurses' contribution to end-of-life family conferences in critical care: A Delphi study. *Nursing in critical care*, [e-journal] 25(5), pp. 305-312. <https://doi.org/10.1111/nicc.12512>

29. Kinchen, E., 2014. Development of a Quantitative Measure of Holistic Nursing Care. *Journal of Holistic Nursing*, [e-journal] 33(3), pp. 238–246. <https://doi.org/10.1177/0898010114563312>
30. Kothari, C.R., 2004. *Research methodology methods and techniques*. [e-book] 2nd revised ed., New Delhi: New Age International Publishers. Available at: <<https://www.pdfdrive.com/kothari-research-methodology-methods-and-techniques-2004-d158027136.html>> (Downloaded: 21 July 2021)
31. Mackey, A. & Bassendowski, S., 2017. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, [e-journal] 33(1), pp. 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
32. Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K. & Zimmerman, J., 2017. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, [e-journal] 37, pp. 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
33. McEvoy, L. & Duffy, A., 2008. Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, [e-journal] 8(6), pp. 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
34. McWilliams, C. J., Lawson, D. J., Santos-Rodriguez, R., Gilchrist, I. D., Champneys, A., Gould, T. H., Thomas, M. J. C., Bourdeaux, C. P., 2019. Towards a decision support tool for intensive care discharge: machine learning algorithm development using electronic healthcare data from MIMIC-III and Bristol, UK. *BMJ Open*, [e-journal] 9(3), pp.1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025925>
35. Meline, T., 2006. Selecting studies for systemic review: Inclusion and exclusion criteria. *Contemporary issues in communication science and disorders*, [e-journal] 33(Spring), pp. 21-27. <https://doi.org/10.1044/cicsd 33 S 21>
36. Miller, S. A. & Forrest, J. L., 2001. Enhancing your practice through evidence-based decision making: PICO, learning how to ask good questions. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, [e-journal] 1(2), pp. 136–141. [https://doi.org/10.1016/s1532-3382\(01\)70024-3](https://doi.org/10.1016/s1532-3382(01)70024-3)
37. Milles M. B., Huberman A. M. & Sandana J., 2014. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. [e-book] 3rd ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Available at: <<https://www.pdfdrive.com/qualitative-data-analysis-a-methods-sourcebook-e183985418.html>> (Downloaded: 16 July 2021)

38. Munro, C. L., Cairns, P., Ji, M., Calero, K., Anderson, W. M. & Liang, Z., 2017. Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention – A pilot randomized controlled trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, [e-journal] 46(4), pp. 234–238. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.05.002>
39. Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., Fowler, C. S., Byrum, D., Miles, W. S., Bailey, H. & Sprung, C. L., 2016. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines. *Critical Care Medicine*, [e-journal] 44(8), pp.1553-1602. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000001856>
40. Nielsen, A. H., Angel, S., Hansen, T. B. & Egerod, I., 2019. Structure and content of diaries written by close relatives for ICU patients: a narrative approach (DRIP study). *Journal of Advanced Nursing*. [e-journal] 75(6), pp. 1296- 1305. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13956>
41. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J., 2017. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, [e-journal] 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
42. Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta, L., 2013. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, [e-journal] 2(1), pp. 1-5. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>
43. Pattison, N., O'Gara, G., Lucas, C., Gull, K., Thomas, K. & Dolan, S., 2019. Filling the gaps: a mixed-methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, [e-journal] 51, pp. 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.005>
44. Potter, P. J. & Frisch, N., 2007. *Holistic Assessment and Care: Presence in the Process*. *Nursing Clinics of North America*, [e-journal] 42(2), pp. 213–228. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.03.005>
45. Ramadan, L., Postelnicu, R. & Mukherjee, V., 2020. The Effect Of Multidisciplinary Rounds In The Medical Icu. *Chest Journal* [e-journal] 158(4), A690. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.08.649>
46. Ristagno, G. & Weil, M. H., 2009. History of Critical Care Medicine: The Past, the Present and the Future. In Gullo. A., Besso, J., Lumb, P.D & Williams, G.D, eds.

- Intensive and Critical Care Medicine*. [e-book] WFSICCM World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine: Springer pp.3-17. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/978-88-470-1436-7_1> (Downloaded: 13 May 2021)
47. Rowley, J. & Slack, F., 2004. Conducting a literature review. *Management Research News*, [e-journal] 27(6), pp. 31–39. <http://dx.doi.org/10.1108/01409170410784185>
48. Royal College of Physicians, 2017. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party*. [online] Available at: <<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>> [Access: 22 November 2020]
49. Shepherd, S. J., 2018. Criteria for intensive care unit admission and the assessment of illness severity. *Surgery (Oxford)*, [e-journal] 36(4), pp.171–179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.01.003>
50. Shin, J. W., Happ, M. B. & Tate, J. A., 2021. VidaTalk™ patient communication application “opened up” communication between nonvocal ICU patients and their family. *Intensive and Critical Care Nursing*, [e-journal] 66, 103075. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103075>
51. Snyder, H., 2019. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, [e-journal] 104, pp. 333–339. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
52. Sole, M. L., Klein, D. G. & Moseley, M. J., 2013. *Introduction to critical care nursing*. [e-book] St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders. Available at: <<https://www.pdfdrive.com/introduction-to-critical-care-nursing-e158244241.html>> (Downloaded: 21 May 2021)
53. Torke, A. M., Maiko, S., Watson, B. N., Ivy, S. S., Burke, E. S., Montz, K., Russ, S. A., Slaven, J. E., Kozinski, K., Axel- Adams, R. & Cottingham, A., 2019. The Chaplain Family Project: Development, Feasibility, and Acceptability of an Intervention to Improve Spiritual Care of Family Surrogates. *Journal of Health Care Chaplaincy*, [e-journal] 25(4), pp. 147–170. <http://dx.doi.org/10.1080/08854726.2019.1580979>
54. Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E., 2018. Φροντίζοντας τον Βαρέως Πάσχοντα Ασθενή. Στο: L. D. Urden. *Προτεραιότητες στην Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα Υγείας*. Λευκωσία, Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD. Ch. 1.

55. Valentin, A., Ferdinande, P. & ESICM Working Group on Quality Improvement., 2011. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, [e-journal] 37(10), pp.1575–1587. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
56. Vincent, J. L., Artigas, A., Bihari, D., Carrington da Costa, R. B., Edwards, D., Ferdinande, P., Iaichino, G., Lamy, M., Loirat, P., Miranda, D., Munoz-Sanchez, M. J. Papadatos, J., Reinhart, K., Suter, P., Takala, J., Thijs, L. G., Vesconi, S. & Willatts, S., 1994. Guidelines for the utilisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, [e-journal] 20(2), pp.163–164. <http://dx.doi.org/10.1007/bf01707674>
57. Vincent, J., L., 2013. Critical care-where have we been and where are we going? *Critical care*, [e-journal] 17(1), pp.1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/cc11500>
58. Ward, C. D. N. P, Kyner, M. M. S. N. & Crowder, T. D. N. P., 2020. Florence Nightingale: Visionary for the role of clinical nurse specialist. *Online Journal of Issues in Nursing*, [e-journal] 25(2), pp.1-9. <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol25No02Man01>
59. Webb, A., Angus, D. C., Finfer, S., Gattinoni, L. & Singer, M., 2016. *Oxford Textbook of Critical Care*, 2nd ed. [e-book] St. Great Clarendon, Oxford: Oxford University Press. Available at: <<https://www.pdfdrive.com/oxford-textbook-of-critical-care-e188102860.html>> (Downloaded: 21 November 2020)
60. Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L. & Foudraine, N., 2020. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of critical care*, [e-journal] 57, pp. 55-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.026>
61. Yoo, H. J. & Shim, J., 2020. Effects of a person-centred care intervention in an intensive care unit: Using mixed methods to examine nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management*, [e-journal] 28(6), pp. 1295-1304. <https://doi.org/10.1111/jonm.13081>
62. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. & Taleghani, F., 2015. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, [e-journal] 21(2), pp. 214- 224 <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506>

63. Απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226/2020. *Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής».* Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 2656/Β/30-06-2020).
64. Βελονάκη, Β. Σ. & Καλοκαιρινού, Α., 2006. Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Ανασκόπηση. *Νοσηλευτική*, [e-journal] 45(4), pp. 491-499. Available at: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2007/tomos-46-teyχος-1/301-2006408/viewdocument/301> >
65. Γκοβίνα, Ο., Θεοδοσοπούλου, Ε., Καλοκαιρινού, Α., Καμπά, Ε., Καυγά, Α., Καυκιά, Θ., Κουρκούτα, Α., Κριτσωτάκης, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ., Λαχανά, Ε., Μαντζούκας, Σ., Μηνασίδου, Ε. Μπακάλης, Ν., Μπελλάλη, Θ., Νταφλογιάννη, Χ., Παπασταύρου, Ε. & Σαράφης, Π., 2014. Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική. Στο: Παπασταύρου, Ε., *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας*. Κεφ. 4. Λευκωσία, Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
66. Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.), 2019. *Απόκτηση Νοσηλευτικής Ειδικότητας και Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Νοσηλευτών*. 11^η Ολομέλεια, Αρ. Απόφασης: 2.
67. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, 2016. *Υπόμνημα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος για το καθηκοντολόγιο νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ*. [online] Διαθέσιμο στο: http://enne.gr/wp-content/uploads/2017/01/kathikontologio_ene.pdf > [Downloaded: 21 November 2020].
68. Ζακυνθινός, Σ. & Βρεττού, Χ., 2015. *Θέματα εντατικής θεραπείας*. [e-book] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/2946> > [Downloaded: 10 November 2020].
69. Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ., 2015. *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας*. [e-book] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5826> > [Downloaded: 05 November 2020].
70. Κουτσούκου, Α., Βασιλειάδης, Ι., Ροβίνα, Ν., Ποντίκης, Κ., Νταγάνου, Μ., Αυγεροπούλου, Σ., Κυριακοπούλου, Μ. & Ρωμανού, Ν., 2015. *Βασικές αρχές εντατικής θεραπείας*. [e-book] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: Αποθετήριο Κάλλιπος, <https://hdl.handle.net/11419/5941> > [Πρόσβαση: 7 Νοεμβρίου 2020].

71. Μίχου, Κ., 2017. *Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*. Μεταπτυχιακή Εργασία [online]. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διαθέσιμο στο: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/10492/Michou_Kallio_pi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed: 21 November 2020].
72. Μπαμπινιώτης, Γ. Δ., 2002. «Ειδικότητα». Σε: *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας με Σχόλια για τη Σωστή Χρήση των Λέξεων*. σ. 552, 2^η εκδ. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
73. Ν. 1579/1985. *Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985).
74. Ν.Δ. 781/1970. *Περί συμπλήρωσης της κείμενης νομοθεσίας περί της εκπαιδύσεως και ασκήσεως επαγγέλματος της Αδελφής Νοσοκόμου, Αδελφής Νοσοκόμου και Επισκέπτριας, Μαίας και Φυσικοθεραπευτού*. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος (ΦΕΚ 291/Α/31-12-1970).
75. Νάκος, Γ., Καραχάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωστάντη, Ε., Λαχανά, Α., Παπαθανάκος, Γ., Παπαθανασίου, Α., Σταμάτη, Β., Τίγκας, Σ., Τσαγκάρης, Η., 2015. *Εντατική Θεραπεία: Αρχές και Εξελίξεις*. [e-book] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: Ανοικτή Βιβλιοθήκη <<https://www.openbook.gr/entatiki-therapeia/>> [Accessed: 9 November 2020].
76. Π.Δ. 632/1974. *Περί καθορισμού προγραμμάτων ειδικεύσεως διπλωματούχων Αδελφών νοσοκόμων εν τη Ανωτέρα Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων «ΒΑΣ. ΟΛΓΑ» Θεραπευτηρίου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 272/Α/30-09-1974).
77. Σπυρόπουλος, Β., 2015. *Το σύγχρονο νοσοκομείο*. [e-book] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: Αποθετήριο Κάλλιπος <<http://hdl.handle.net/11419/3035>> [Accessed: 7 November 2020]
78. Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3842/1996. *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων ειδικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική αναισθησιολογίας για νοσηλευτές- τρεις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 516/Β/03-07-1996).
79. Υ.Α. Α4/203/1988. *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για τη χορήγηση τίτλου ειδικού νοσηλευτή*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 106/Β/25-02-1988).

80. Υ.Α. Α4/2450/1991. *Εκπαίδευση Νοσηλευτώ- τριών Νεφρολογίας*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 476/Β/01-07-1991).
81. Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3095/1996. *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων ειδικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική χειρουργείου για νοσηλευτές-τριες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 424/Β/05-06-1996).
82. Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3257/1996. *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων ειδικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική αιμοδοσίας για νοσηλευτές- τριες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 448/Β/14-06-1996).
83. Υ.Α. Υ7/ΟΙΚ. 3841/1996. *Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων ειδικής εκπαίδευσης στην Ογκολογική Νοσηλευτική για νοσηλευτές- τριες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 500/Β/25-06-1996).

Παράρτημα

NEWS key		FULL NAME															
0 1 2 3		DATE OF BIRTH					DATE OF ADMISSION										
		DATE					DATE										
		TIME					TIME										
A+B Respirations <i>Breaths/min</i>	≥25																≥25
	21-24																21-24
	18-20																18-20
	15-17																15-17
	12-14																12-14
	9-11																9-11
≤8																≤8	
A+B SpO ₂ Scale 1 <i>Oxygen saturation (%)</i>	≥96																≥96
	94-95																94-95
	92-93																92-93
	≤91																≤91
SpO₂ Scale 2† <i>Oxygen saturation (%)</i> Use Scale 2 if target range is 95-96%, eg in hypercapnic respiratory failure <i>ONLY use Scale 2 under the direction of a qualified clinician</i>	≥97 on O ₂																≥97 on O ₂
	95-96 on O ₂																95-96 on O ₂
	93-94 on O ₂																93-94 on O ₂
	≥93 on air																≥93 on air
	88-92																88-92
	85-87																85-87
84-85																84-85	
≤83%																≤83%	
Air or oxygen?	A=Air																A=Air
	O ₂ L/min																O ₂ L/min
	Device																Device
C Blood pressure <i>mmHg</i> Score uses systolic BP only	≥220																≥220
	201-219																201-219
	181-200																181-200
	161-180																161-180
	141-160																141-160
	121-140																121-140
	111-120																111-120
	101-110																101-110
	91-100																91-100
	81-90																81-90
	71-80																71-80
61-70																61-70	
51-60																51-60	
≤50																≤50	
C Pulse <i>Beats/min</i>	≥131																≥131
	121-130																121-130
	111-120																111-120
	101-110																101-110
	91-100																91-100
	81-90																81-90
	71-80																71-80
	61-70																61-70
	51-60																51-60
	41-50																41-50
	31-40																31-40
≤30																≤30	
D Consciousness Score for NEWS credit of confusion (No score if chronic)	Alert																Alert
	Confusion																Confusion
	V																V
	F																F
U																U	
E Temperature <i>°C</i>	≥39.1*																≥39.1*
	38.1-39.0*																38.1-39.0*
	37.1-38.0*																37.1-38.0*
	36.1-37.0*																36.1-37.0*
	35.1-36.0*																35.1-36.0*
≤35.0*																≤35.0*	
NEWS TOTAL																	TOTAL
Monitoring frequency																	Monitoring
Escalation of care Y/N																	Escalation
Initials																	Initials

National Early Warning Score 2 (NEWS2) © Royal College of Physicians 2017

Εικόνα 1: NEWS Observation Chart (Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. London: RCP, 2017)

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Εικόνα 2: NEWS Scoring System (Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. London: RCP, 2017)

Chart 2: NEWS thresholds and triggers

NEWS score	Clinical risk	Response
Aggregate score 0–4	Low	Ward-based response
Red score Score of 3 in any individual parameter	Low–medium	Urgent ward-based response*
Aggregate score 5–6	Medium	Key threshold for urgent response*
Aggregate score 7 or more	High	Urgent or emergency response**

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.

**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

Εικόνα 3: NEWS Thresholds and Triggers (Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. London: RCP, 2017)

Clinical Response to NEWS-2 trigger thresholds*†

NEWS 2 Score	Frequency of Monitoring	Clinical response
0	Minimum 12 hourly	<ul style="list-style-type: none"> • Continue routine NEWS monitoring
Total 1-4	Minimum 4-6 hourly	<ul style="list-style-type: none"> • Inform registered nurse, who must assess the patient (within 1 hour) • Registered nurse decides whether increased frequency of monitoring and/or escalation of patient care are required.
3 in single parameter	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> • Registered nurse to inform medical team caring for the patient, who will review and decide whether escalation of care is necessary • Consider 'Sepsis' and complete Sepsis Bundle on EPR if appropriate
Total 5 or more Urgent response threshold	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> • Registered nurse to inform the appropriate clinician (FY2 /CT/ST doctor/Physician associate or equivalent) • Clinical review complete within one hour or escalate to middle grade doctor • Consider 'Sepsis' and complete Sepsis Bundle on EPR if appropriate • Consider ceiling of care and resuscitation in liaison with senior physician • Inform critical care outreach team (during in-hours) or HOOP team (during out of hours) • Consider transfer to level 1 or 2 care if appropriate
Total 7 or more Emergency Response threshold	Continuous monitoring of vital signs	<ul style="list-style-type: none"> • Registered nurse to inform the Medical Middle Grade doctor or above • Immediate review (if no middle grade or above review within one hour, escalation to consultant in charge) • Document escalation plan and ceiling of care • Emergency assessment by critical care outreach (during in hours)/HOOP team (during out of hours) • Escalate to Intensive Care Unit Middle grade doctor or above, for emergency review • Consider transfer to level 2 or 3 care if appropriate

*The response for first or new trigger with elevated NEWS

†NEWS should not replace clinical judgement in the deteriorating patient. If the patient is deemed to be unwell without a raised NEWS then escalate accordingly (Example: cold /clammy or reduced urine output)

Εικόνα 4: Clinical Response to NEWS-2 Trigger Thresholds (Reproduced from: Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party. London: RCP, 2017)

Βιβλιογραφία Παραρτήματος

1. Royal College of Physicians, 2017. *Clinical Response to NEWS-2 Trigger Thresholds*. Διαθέσιμο στο: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> [Πρόσβαση στις 18 Νοεμβρίου 2020]
2. Royal College of Physicians, 2017. *NEWS Observation Chart*. Διαθέσιμο στο: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> [Πρόσβαση στις 18 Νοεμβρίου 2020]
3. Royal College of Physicians, 2017. *NEWS Scoring System*. Διαθέσιμο στο: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> [Πρόσβαση στις 18 Νοεμβρίου 2020]
4. Royal College of Physicians, 2017. *NEWS Thresholds and Triggers*. Διαθέσιμο στο: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> [Πρόσβαση στις 18 Νοεμβρίου 2020]