ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτική

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Παπανικολάου Γεωργία (ΑΜ:742)

ΕΠΟΠΤΡΙΑ

Κωνσταντή Ζωή, Νοσηλεύτρια MSc,PhD

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 3

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ 5

1.1 Ορισμοί (ΜΕΘ – ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ) 5

1.2Ιστορική Αναδρομή 6

1.3Είδη ΜΕΘ 7

1.4Στελέχωση ΜΕΘ 10

1.5Κριτήρια Εισαγωγής ΜΕΘ 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ 16

2.1Ορισμοί (Οικογένεια -φροντιστές – άτυποι φροντιστές) 16

2.2Ιστορική Αναδρομή 17

2.3Επιπτώσεις στην οικογένεια όταν μέλος τους νοσηλεύεται στην ΜΕΘ 18

2.4 Ανάγκες οικογένειας ασθενών της ΜΕΘ 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ 24

3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ 24

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην στήριξη και ικανοποίηση των αναγκών των οικογενειών στην ΜΕΘ 30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 36

4.1Σκοπός 36

4.2Υλικό και Μέθοδος 36

4.3Αποτελέσματα 36

4.4Συμπεράσματα 54

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 55

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή :Η είσοδος ενός ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο τον ίδιο όσο και την οικογένεια του .

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης που έχει η Μονάδα Εντατικής θεραπείας στην οικογένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή στον τρόπο αντιμετώπισης της

Υλικό -Μέθοδος : Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της Ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed ,Google Scholar και στην βιβλιοθήκη της Σ.Ε.Υ.Π του Τ.Ε.Ι Ηπείρου και του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων . Η επιλογή έγινε από βιβλία ,άρθρα και συστηματικές μελέτες .Τέθηκε περιορισμός όσον αναφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα : Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικότερο τμήμα κάθε νοσοκομείου καθώς φιλοξενεί βαρέους πάσχοντες ασθενείς και αντιμετωπίζει τις κυριότερες καταστάσεις . Ο ρόλος της οικογένειας είναι εμφανής στα αποτελέσματά και τις επιπτώσεις της ΜΕΘ.

Συμπεράσματα : Η ανάγκη της οικογένειας να παρευρίσκεται δίπλα στο μέλος που νοσεί είναι ορατή , πόσο μάλλον ενός βαρέως πάσχοντα . Η δύσκολη αυτή καθημερινότητα είναι υπεύθυνή για την παρουσία των σωματικών και ψυχολογικών τους επιπτώσεων. Προκειμένου να επιτευχθεί η εξάλειψη τους , θα πρέπει να εφαρμόζεται ολιστική φροντίδα τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του .

Λέξεις – κλειδιά : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας , οικογένεια , νοσηλευτική κρίσιμης φροντίδας ,φροντιστές , ποιότητα ζωής , επιπτώσεις .

ABSTRACT

Introduction : The admission of a patient in the Intensive Care Unit (ICU), affects him as much as his family.

Purpose : The purpose of this study is to investigate the impact of the Intensive Care Unit on the family and the role of the nurse in the way it is threated.

Material and Method : Carried out a review of Greek and international literature in electronic databases PubMed , Google Scholar and library of TEI of Epirus which located in Ioannina and the University of Ioannina. The selection was made from books ,articles and systematic studies . Posted restriction on language in publication of books and articles and used only what was published in Greek and English .

Result : The Intensive Care Unit is a integral and most important part of any hospital as it accommodates critical ill patients and deal with the main situations . The role of the family is evident in the outcomes and effects of ICU.

Conclusion : The need for the family to attend next to the member who is ill, is visible, let alone critically ill patient. This difficult daily life is responsible for the presence of their physical and psychological effects. In order to achieve their elimination , holistic care should be applied to both the patient and the family.

Key-words : Intensive Care Unit, Family , Critical Care Nursing , Caregivers ,Quality of life , Impacts .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως όλοι οι τομείς του χώρου της υγείας έτσι και ο τομέας της εντατικής φροντίδας αναπτύχθηκε με γρήγορους ρυθμούς . Στόχος των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είναι η νοσηλεία των βαρέων πασχόντων ασθενών , δηλαδή ασθενείς που βιώνουν μια κρίσιμη κατάσταση για την ζωή τους ή βρίσκονται σε επικίνδυνο στάδιο της νόσου τους. Η επείγουσα θεραπευτική φροντίδα και η χρήση τεχνητών μέσων ,συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των ασθενών (Καλαφάτη, 2006).

Στο πλάνο φροντίδας ενός ασθενούς συμπεριέχεται τόσο η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειας του. Πιο συγκεκριμένα ,η φροντίδα σε σωματικό, πνευματικό και ψυχολογικό επίπεδο .Προκειμένου όμως να επιτευχθεί ο στόχος και οι δυο δέκτες θα πρέπει να λαμβάνουν παράλληλα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Marianne, 2010).

Η δομή της οικογένειας στηρίζεται στην συλλογικότητα και όχι στην ατομικότητα των μελών που την αποτελούν .Η επικοινωνία μεταξύ τους , οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι άγραφοι κανόνες είναι οι παράγοντες που δημιουργούν και σχηματίζουν αυτή τη δομή ,της οποίας την ύπαρξη κάθε μέλος αντιλαμβάνεται με το δικό του τρόπο (Salvador 2000, p.177) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ορισμοί (ΜΕΘ – ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ)

Η Εντατική Θεραπεία έκανε την εμφάνιση της με την επιδημία της πολιομυελίτιδας την δεκαετία του 1950 ,μεταχειρίζοντας ευρέως τον αναπνευστήρα αρνητικής πίεσης . Πλέον κυριαρχεί στην ενδονοσοκομειακή ιατρική . Σκοπός της είναι η συνεχής παρακολούθηση και θεραπεία του πολυσυστηματικού αρρώστου χρησιμοποιώντας σύγχρονα τεχνολογικά μέσα ,προσφέροντας με αυτό τον τρόπο την άμεση διάγνωση ,θεραπεία και διάσωση του (Ρούσσος , 2009).

Η ΜΕΘ αποτελείται από έντονη νοσηλευτική και ιατρική ενεργητικότητα , σε συγκεκριμένη γεωγραφική θέση και έχει ως στόχο να προσφέρει εντατική θεραπεία στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς βάση συγκεκριμένων κανόνων και με την συνδρομή εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού (Καραλή & Κλούβα -Μολυβδά, 2006) .

Την ίδια στιγμή όμως , χαρακτηρίζεται και από την έντονη εμφάνιση του θανάτου .Για κάποιους ασθενείς η επιβίωση θα είναι δύσκολη καθώς θα δημιουργηθούν μη αναστρέψιμες καταστάσεις ,θέτοντας με αυτό τον τρόπο τους ιατρούς και την οικογένεια σε ηθικά διλήμματα και θα αποτελούν αξιοσημείωτο οικονομικό κόστος για την κοινωνία .Από την άλλη πλευρά πολλοί είναι οι ασθενείς που χρωστάνε την ζωή τους σε αυτή (Καραμπίνης,2006).

1.2Ιστορική Αναδρομή

Η φροντίδα των βαρέων πασχόντων κάνει την εμφάνιση της πρώτη φορά περίπου έναν αιώνα πριν, συγκεκριμένα :

- «Το 1854 η Florence Nightingale κατέγραψε τα πλεονεκτήματα της διαλογής (triage) και της μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών σε απομονωμένους χώρους .
- Το 1927 στο παιδιατρικό νοσοκομείο «Sarah Morris» στο Σικάγο εγκαθιδρύθηκε η πρώτη μονάδα φροντίδας προώρων .
- Το 1929 οι Drinker και Shaw στην Βοστώνη κατασκεύασαν την πρώτη παραλλαγή (Drinker&Shaw tank) του « iron lung» , δηλαδή τον πρώτο αναπνευστήρα αρνητικής πίεσης , με δυνατότητα μαζικής παραγωγής .
- Επίσης το 1929 ο Walter Edward Dandy δημιούργησε μια «Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας , ΜΑΦ» για την μετεγχειρητική παρακολούθηση των νευροχειρουργικών περιστατικών στο Νοσοκομείο «Johns Hopkins» στην Βαλτιμόρη των Η.Π.Α.
- Κατά την διάρκεια του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου γενικεύθηκε η διαδικασία της διαλογής (triage) των ασθενών , με αφετηρία τις ανάγκες των στρατιωτικών νοσοκομείων .
- Η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με την σημερινή μορφή , φαίνεται , ότι ιδρύθηκε στη Κοπεγχάγη το 1953 λόγω της επιδημίας

πολιομυελίτιδας , που εξαιτίας της προβολής των αναπνευστικών μυών , πολλοί ασθενείς απαιτούσαν σταθερό αερισμό και παρακολούθηση.

- Την δεκαετία του 1960 αναγνωρίστηκε η σημαντικότητα των καρδιακών αρρυθμιών σαν αιτία νοσηρότητας και θνητότητας .Αυτό οδήγησε στην συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας (monitoring) στις ΜΕΘ» (Σπυρόπουλος ,2015).

Όσον αναφορά στον Ελλαδικό χώρο , η Σαπφώ Μαγκριώτη το 1958 εφοδιάστηκε αναπνευστήρες μετά από αίτηση στον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό και δημιούργησε το πρώτο κέντρο εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία» , που ονομάστηκε Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (ΚΑΑ). Το 1978 δημιουργήθηκε η πρώτη γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο και σταδιακά ιδρύθηκαν ΜΕΘ στα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων (Κυριακοπούλου ,2015).

Η εντατική φροντίδα αναπτύχθηκε σε γρήγορους ρυθμούς , με σκοπό την νοσηλεία ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση ή σε οξεία φάση της νόσου τους. Η αντιμετώπιση τους βασίζεται στον συνδυασμό της θεραπευτικής φροντίδας και στην τεχνητή υποστήριξη .Ο όρος Ιατρική Φροντίδα του βαρέως πάσχοντος παρουσιάστηκε στις ΗΠΑ το 1960 ως ομώνυμο του όρου Αναζωογόνηση και στην συνέχεια θεσπίστηκε ο όρος "Νοσηλευτική φροντίδα του βαρέως πάσχοντος " για να αποδώσει το ρόλο του νοσηλευτή στον χώρο της εντατικής φροντίδας .Η εντατική νοσηλευτική εξελίχθηκε ως ειδικότητα το 1970 συγχρόνως με την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας .Την δεκαετία του '90 , οι ΜΕΘ έγιναν αυτόνομες στοχεύοντας στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών (Καλαφάτη ,2006).

1.3Είδη ΜΕΘ

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν την ικανότητα να νοσηλεύουν ασθενείς από όλες τις ειδικότητες και χωρίζονται σε 2 κατηγορίες : στις πολυδύναμες ή γενικές και στις ειδικές .Οι πολυδύναμες ανταποκρίνονται στις ανάγκες περισσότερων του ενός χειρουργικού ή παθολογικού τμήματος ενώ οι γενικές οφείλουν την δημιουργία τους στις ιδιάζουσες ανάγκες , στις εξειδικευμένες παροχές καθώς και στην απομόνωση που χρειάζονται αυτά τα περιστατικά ,όπως :

- ΜΕΘ Μετεγχειρητική

- ΜΕΘ Εμφραγμάτων
- ΜΕΘ Νεογνική
- ΜΕΘ Παιδιατρική
- Καρδιοχειρουργική Μονάδα
- Νευροχειρουργική Μονάδα
- Μονάδα εγκαυμάτων
- Μονάδα αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ)
- Κινητή Μονάδα Εντατικής θεραπείας (Σπυρόπουλος ,2015).

Επιπλέον, με βάση το είδος του νοσοκομείου που απαρτίζουν διακρίνονται σε μονάδες επιπέδου I, II, III με σκοπό την μείωση των δαπανών εξοπλισμού και λειτουργίας τους. Πιο συγκεκριμένα ,

1. ΜΕΘ Επιπέδου I : Αποτελούν μέρος μικρών τοπικών νοσοκομείων και είναι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) . Προσφέρουν νοσηλευτικό , ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο καθώς και άμεση καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) ,ωστόσο η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι βραχείας διάρκειας .

2. ΜΕΘ Επιπέδου II : Καλύπτουν μεγαλύτερα νοσοκομεία με 24ωρη ιατρική παρουσία διαθέτοντας παθολογική ,φυσιοθεραπευτική, ακτινολογική υποστήριξη ακόμα και μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική αναπνοή .Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με την επεμβατική παρακολούθηση , την ειδική διερεύνηση και γενικότερα με τους σύνθετους τύπους υποστήριξης .

3. ΜΕΘ Επιπέδου III : Εντοπίζονται στα τεταρτοβάθμια νοσοκομεία και καλύπτουν όλο το εύρος της εντατικής θεραπείας .Οι συγκεκριμένες μονάδες χάρη στον κατάλληλο εξοπλισμό και το εξιδεικευμένο ιατρικό , νοσηλευτικό ,παραϊατρικό και τεχνικό προσωπικό που διαθέτουν ,έχουν την δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σε οποιοδήποτε περιστατικό .Επίσης , παρέχονται οι σύνθετοι τύποι διαγνωστικής και θεραπευτικής υποστήριξης (Παπαντωνάτος και Συν,2006).

Επιπρόσθετα , στις ΜΕΘ παρατηρούμε διαχωρισμό και ως προς τον τρόπο λειτουργίας του επισκεπτηρίου για τους συγγενείς . Τα είδη του επισκεπτηρίου είναι :

- «Ανοιχτό επισκεπτήριο , δηλαδή όταν δεν υπάρχουν περιορισμοί στην συχνότητα των επισκέψεων ,στο χρόνο παραμονής των επισκεπτών ή στην ώρα που έρχονται οι επισκέπτες , αν και θα πρέπει να υπάρχει κάποιος περιορισμός σχετικά με τον αριθμό και το είδος των επισκεπτών .
- Ευέλικτο επισκεπτήριο , στο οποίο υπάρχει κάποιου είδους συμφωνία σχετικά με το επισκεπτήριο μεταξύ του ασθενούς , της οικογένειας του και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Δομημένο επισκεπτήριο , το οποίο διαφέρει από το περιορισμένο μόνο στη διάρκεια παραμονής των επισκεπτών.
- Αποκλειστικό επισκεπτήριο , το οποίο επιτρέπει την επίσκεψη οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή της νύχτας , εκτός από ορισμένες προκαθορισμένες ώρες που ορίζονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό» (Chow ,1999).

Η λειτουργία ενός ανοιχτού επισκεπτηρίου οφείλεται σημαντικά στις απόψεις και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν την εκάστοτε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Ψαθάς και συν. ,2011).

Ενδεικτικές προδιαγραφές μιας σύγχρονης ΜΕΘ (Ζακυνθινός & Βρεττού ,2015).

Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό /Βοηθητικό προσωπικό	Εξοπλισμός για κάθε κλίνη	Εξοπλισμός ΜΕΘ	Χώροι ΜΕΘ

Ιατρικός Διευθυντής /τρια 6ειδικοί γιατροί	Προϊστάμενος 24νοσηλευτές/τριες 3 βοηθοί θαλάμου 3φυσιοθεραπευτές/τριες	Συστήματα παρακολούθησης ΗΚΓ,ΑΠ,ΚΦΠ, Θερμοκρασίας, Οξυμετρίας. Καταγραφή συναγερμών και αποθήκευση. Αναπνευστήρας Κλίνη με ενσωματωμένο ζυγό 6 αντλίες για χορήγηση υγρών και φαρμάκων	2 εφεδρικοί αναπνευστήρες 2 φορητοί αναπνευστήρες 2 αναπνευστήρες κατάλληλοι για μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό 2 monitors για μεταφορά ασθενούς Αναλυτής αερίων αίματος και ηλεκτρολυτών 2 μηχανήματα συνεχούς αιμοδιήθησης Ηλεκτροκαρδιογράφος Ανίδωτής Εξωτερικός βηματοδότης 2 μηχανήματα υπο/υπερθερμίας Τροχήλατο για επείγουσες καταστάσεις Βρογχοσκόπιο Μηχάνημα υπερήχων	Χώρος ασθενών Χώρος μονώσεων Γραφείο προϊσταμένου/νης Γραφείο γιατρών Χώρος ανάπαυσης προσωπικού Υπνοδωμάτιο εφημερεύοντος Δωμάτιο σεμιναρίων Αποθηκευτικοί χώροι Αποδυτήρια/τουαλέτες

1.4Στελέχωση ΜΕΘ

Η ΜΕΘ λειτουργεί σε 24ωρη βάση ανεξαρτήτως αργιών γι' αυτό το λόγο η στελέχωση της θα πρέπει να είναι ικανοποιητική τόσο σε ποιοτικό όσο και σε αριθμητικό επίπεδο.

Α. Ιατρικό προσωπικό :

- Ο Διευθυντής της ΜΕΘ είναι υπεύθυνος για την λειτουργεία του τμήματος , με τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις καθοδηγεί το θεραπευτικό και διαγνωστικό έργο και δίνει λύσεις στο επιστημονικά και διοικητικά

προβλήματα του τμήματος .Αυτός καθορίζει την εκπαίδευση όλου του ιατρικού , νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού .Επίσης , φροντίζει για την καλύτερη αξιοποίηση του εξοπλισμού και υποστηρίζει την ορθή συνεργασία της μονάδας με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

- Οι Επιμελητές του τμήματος συμμετέχουν στο έργο του διευθυντή .Παρακολουθούν το τμήμα και εκτελούν το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο .Επιπλέον , καθοδηγούν και ελέγχουν τις ενέργειες των ασκούμενων γιατρών καθώς και των νοσηλευτών .
- Οι Επιμελητές Α΄ διαθέτουν την τεχνογνωσία στον τομέα της εντατικής συνεπώς μπορούν να αντικαταστήσουν την θέση του διευθυντή . Ο αριθμός τους ορίζεται με βάση την δύναμη και το επίπεδο της μονάδας , ελάχιστοι είναι αυτοί που καλύπτουν τις ανάγκες εφημερίας .
- Οι Εξειδικευμένοι εργάζονται σε τακτικά ωράρια και σε εφημερίες .Δραστηριοποιούνται στο τμήμα τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο .Βασική προϋπόθεση για λήψη του τίτλου εξειδίκευσης είναι η άσκηση στην εντατική θεραπεία επι δυο χρόνια .
- Οι Ειδικευόμενοι παίρνουν μέρος στην εργασία με πλήρες ωράριο και εφημερίες .Στόχος τους είναι να αποκτήσουν την τεχνογνωσία προς τον βαριά άρρωστο σε συνδυασμό με την άμεση ανταπόκριση απέναντι στο οξύ πρόβλημα .

Β. Νοσηλευτικό προσωπικό :

- Η Προϊσταμένη διοικεί το νοσηλευτικό προσωπικό και ρυθμίζει την σωστή λειτουργία και ποιότητα των υπηρεσιών τους . Συγχρόνως , κατοχυρώνει την συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους αποβλέποντας στην συνεργασία του ιατρικού προσωπικού .Η ίδια συμπράττει στενά με τον διευθυντή της ΜΕΘ καθώς και με την αναπληρώτρια νοσηλεύτρια , στην περίπτωση που απουσιάζει .Κατέχει την εξειδίκευση της μονάδας σε συνδυασμό με την εμπειρία και εξασφαλίζει τις προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού .
- Οι Νοσηλεύτριες θα πρέπει να διαθέτουν εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία και την επείγουσα ιατρική για να εργαστούν στην μονάδα .Με βάση το επίπεδο της ΜΕΘ ορίζεται ο κατάλληλος αριθμός των νοσηλευτών ανά κρεβάτι ,

επιτυγχάνοντας με αυτό τον τρόπο εικοσιτετράωρη κάλυψη .Στις προσλήψεις συμβάλλει θετικά η εξειδίκευση καθώς οι ελλείψεις δεν καλύπτονται από μη εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό .Στην Ελλάδα η ανάγκη για προσωπικό είναι τεράστια.

- Οι Εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές στην μονάδα δραστηριοποιούνται πάντα υπό την επίβλεψη εξειδικευμένων και έμπειρων νοσηλευτών και δεν έχουν την ικανότητα να τους αναπληρώσουν .
- Ο Φυσιοθεραπευτής είναι αναγκαίος σε καθημερινή βάση καθώς η απουσία του δημιουργεί αντιξοότητες στην μονάδα όπως παράταση της νοσηλείας , μεγαλύτερο κόστος και επιπλοκές .Ο μέγιστος αριθμός κρεβατιών που μπορεί να αναλάβει ανά βάρδια είναι δώδεκα .
- Το Τεχνικό Προσωπικό αναλαμβάνει την συντήρηση και την επισκευή του εξοπλισμού ώστε να είναι διαθέσιμος οποιαδήποτε στιγμή . Επίσης και η δική τους κάλυψη στην μονάδα πρέπει να είναι εικοσιτετράωρη .

C. Το βοηθητικό προσωπικό :

- Ο Τραυματιοφορέας είναι αρμόδιος για την μεταφορά ασθενών , υλικού και δειγμάτων οποιαδήποτε στιγμή , όπως και η καθαρίστρια . Όσοι εργάζονται στην μονάδα θα πρέπει να εφαρμόζουν τους κανόνες προστασίας λοιμώξεων , αντισηψίας και προφύλαξης υλικού .
- Στην ΜΕΘ είναι αναγκαία η παρουσία ενός παρασκευαστή για το εργαστήριο και τις αιμοληψίες σε τακτικό ωράριο καθώς και ενός γραμματέα ανά δώδεκα κρεβάτια .
- Οι Τεχνικοί (Ακτινολόγοι , ηλεκτρολόγοι , υδραυλικοί) πρέπει να είναι διαθέσιμοι οποιαδήποτε στιγμή ενώ οι διαιτολόγοι σε τακτικό ωράριο (Παπαντωνάτος και Συν ,2009).

Αναλογικός και συνολικός αριθμός νοσηλευτών ΜΕΘ (Παπαντωνάτος και Συν, 2009).

Επίπεδο ΜΕΘ	Σχέση νοσηλευτών/ ασθενών σε συνεχή βάση	Απαιτούμενος συνολικός αριθμός/κρεβάτι
III (υψηλότερο)	1/1	6
II	1/1,6	4
I (χαμηλότερο)	1/3	2

1.5Κριτήρια Εισαγωγής ΜΕΘ:

Βαρέως πάσχων χαρακτηρίζουμε τον ασθενή , ο οποίος παρουσιάζει έλλειψη αναπνευστικής και αιμοδυναμικής σταθερότητας και για τον λόγο αυτό η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο . Για την εισαγωγή τους στην ΜΕΘ προαπαιτείται η εμφάνιση δυνητικά αναστρέψιμου παράγοντα που επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας τους .Σε περίπτωση που ο άρρωστος δεν πληροί τις προϋποθέσεις , η μονάδα ζημιώνεται τόσο σε οικονομικό όσο και σε υλικό επίπεδο καθώς μειώνεται και ο αριθμός των κλινών .Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον καθορισμό και την εφαρμογή κριτηρίων διαλογής (triage) των αρρώστων (Κωστούρου & Φλώρος ,2006).

Το μοντέλο της προτεραιότητας ξεχωρίζει εκείνους που θα ωφελούν περισσότερο από την ΜΕΘ :

- Ασθενείς Προτεραιότητας 1 :

  Πρόκειται για ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση χωρίς την ύπαρξη κάποιας χρόνιας νόσου και χρειάζονται εντατική θεραπεία και παρακολούθηση η οποία τους παρέχεται στην ΜΕΘ .Η θεραπεία τους αποτελείται από την συνεχή έγχυση αγγειοδραστικών φαρμάκων , την αναπνευστική υποστήριξη και δεν τίθεται κανένα όριο για την έκταση της. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ασθενείς με οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ,

οξεία περιτονίτιδα , μετεγχειρητικούς ασθενείς καθώς και ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο με σκοπό την καλύτερή λειτουργία των οργάνων που θα δοθούν.

- Ασθενείς Προτεραιότητας 2 :

  Ασθενείς με χρόνια ιατρικά προβλήματα που χρειάζονται εντατική παρακολούθηση και άμεση παρέμβαση καθώς παρουσιάστηκε οξεία παθολογική ή χειρουργική νόσο. Δεν υπάρχουν θεραπευτικά όρια στην θεραπεία των ασθενών .Εδώ ανήκουν ασθενείς με Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια που παρουσιάζουν πνευμονία ή οξεία κοιλία .

- Ασθενείς Προτεραιότητας 3 :

  Ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση αλλά με μειωμένη πιθανότητα ανάρρωσης λόγω της βαριάς γενικής τους κατάστασης ή της φύσης της οξείας ασθένειας τους .Αυτοί μπορούν να λαμβάνουν εντατική θεραπεία για την άμεση ανακούφιση από την οξεία νόσο όμως τίθενται όρια στους θεραπευτικούς μηχανισμούς δηλαδή δεν παρέχεται διασωλήνωση και καρδιοπνευμονική ανάνηψη .Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ασθενείς με κακοήθη νόσο που εμφανίζει λοίμωξη ή καρδιακό επιπωματισμό ή οξεία απόφραξη των αεραγωγών .

- Ασθενείς Προτεραιότητας 4 :

  Ασθενείς οι οποίοι δεν είναι κατάλληλοι για να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ και η εισαγωγή τους θα πρέπει να ελέγχεται ατομικά .Διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες :

  I. « Too well to benefit» Ασθενείς με μειωμένη πιθανότητα οξείας θεραπευτικής παρέμβασης , η οποία χρειάζεται την ασφάλεια και το περιβάλλον της ΜΕΘ .Πιο αναλυτικά , ασθενείς μετά από επεμβάσεις περιφερικών αγγείων , φαρμακευτική δηλητηρίαση χωρίς κώμα και αιμοδυναμικά σταθερούς με διαβητική κετοξέωση

  II. «Too sick to benefit» Ασθενείς με τελικού σταδίου μη αναστρέψιμη ασθένεια .Εδώ εντοπίζουμε μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη , κακοήθη μεταστατική νόσο που δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία , τελικό στάδιο αναπνευστικής και καρδιακής ανεπάρκειας στους οποίους δεν παρέχεται μηχανική υποστήριξη ή μεταμόσχευση (Νάκος ,2015).

«Πιο συγκεκριμένα έχουν οριστεί ποιες είναι οι παθήσεις για κάθε σύστημα οργάνων που απαιτούν νοσηλεία στην ΜΕΘ :

1. Καρδιαγγειακό Σύστημα: οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με επιπλοκές ,καρδιογενές σοκ .
2. Αναπνευστικό Σύστημα: οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί μηχανική υποστήριξη (χρήση αναπνευστήρα), πνευμονική εμβολή με αιμοδυναμική αστάθεια .
3. Νευρικό Σύστημα : οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο ,μηνιγγίτιδα ,κώμα: μεταβολικό-ανοξικό -τοξικής αιτιολογίας ,ενδοεγκεφαλική αιμορραγία ,σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση .
4. Γαστρεντερικό Σύστημα: κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια ,σοβαρή παγκρεατίτιδα .
5. Μεταβολισμός/ ηλεκτρολυτικές διαταραχές: διαβητική κετοξέωση ,υπερθυρεοειδική κρίση ή μυξοιδηματικό κώμα με αιμοδυναμική αστάθεια , υποφωσφαταιμία με μυϊκή αδυναμία» (Αμερικανική εταιρεία εντατικής θεραπείας ,2006).

«Επιπρόσθετα , υπάρχουν και ιδιαίτερες περιπτώσεις που χρειάζονται να νοσηλευτούν όπως :

- Πολυτραυματίες
- Shock οποιαδήποτε αιτιολογίας
- Μετεγχειρητικές και μετατραυματικές επιπλοκές όπως σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ,σήψη ,λιπώδης εμβολή
- Αντιδράσεις απόρριψης μεταμοσχευθέντων οργάνων
- Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις με αιμοδυναμική αστάθεια και διαταραχές συνείδησης
- Τοξιναιμία της κύησης , εμβολή αμνιακού υγρού , αιμορραγίες περί τον τοκετό
- Θύματα περιβαλλοντικών καταστροφών (υποθερμία ,κεραυνοπληξία , Παρ ‘ολίγον πνιγμός)
- Κακοήθης υπερθερμία
- Ηλεκτροπληξία
- Οξείες αλλεργικές αντιδράσεις

- Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα ή Σύνδρομο Moschowitz, αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο ,Σύνδρομο HELLP
- Εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων όταν υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών» (Κωστούρου & Φλώρος ,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1Ορισμοί (Οικογένεια -φροντιστές – άτυποι φροντιστές)

Η οικογένεια αποτελείται από δυο ή περισσότερα άτομα που ανήκουν στην ίδια ή διαφορετική συγγενική ομάδα και ζουν κάτω από την ίδια στέγη , συμμετέχοντας σε μια διαρκή υπαρξιακή διευθέτηση .Βιώνουν κοινά συναισθήματα και έχουν υποχρεώσεις τόσο μεταξύ τους όσο και με άλλους (Johnson's ,1992).

«Μια συγκέντρωση ατόμων που θεωρούνται ως κοινωνική ομάδα ή συλλογική ομάδα που απαρτίζεται από μέλη τα οποία συνδέονται μέσω δεσμών αίματος ή συγγένειας ,συναισθημάτων ή νομικών δεσμών»(ICNP, 2008).

«Δυναμικά μεταβαλλόμενη σχετική κατάσταση της ευημερίας που περιλαμβάνει τους βιολογικούς , ψυχολογικούς, κοινωνιολογικούς ,πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες του οικογενειακού συστήματος» (Hanson ,2005).

«Η λέξη φροντίδα ετυμολογικά προέχεται από την αρχαία λέξη φροντίς,-i-δος <θ. φρον-, ετεροιωμ. Βαθμ. του φρήν, -ενός, αλλά δεν έχει ερμηνευτεί ικανοποιητικά η κατάληξη -τις .Κατά μια άλλη άποψη ,η λέξη προέρχεται από αμάρτυρο *φρον-τρις(με ανομοίωση) , θηλυκό του * φρον-τήρ «στοχαστής» και σύμφωνα με τον Μπαμπινίωτη σημαίνει το έντονο ενδιαφέρον , η ιδιαίτερη προσοχή σε κάποιον , κάτι : ιδιαίτερη , ξεχωριστή ,συγκινητική ,ολοκληρωμένη ,ειδική. Συνώνυμα : μέριμνα , περιποίηση και αντίθετα αμέλεια , αδιαφορία»(Μπαμπινίωτης ,1998).

Η φροντίδα έχει δυο όψεις . Από την μια πλευρά βρίσκεται η επαγγελματική φροντίδα , την οποία προσφέρουν με επιστημονικό τρόπο εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας και από τη άλλη πλευρά η φροντίδα που βασίζεται στον συναισθηματικό τομέα και παρέχεται από τον ένα άνθρωπο στον άλλον (Γκούβα, 2012).

Με τους όρους «φροντιστής», «πρωτοβάθμιος φροντιστής» και «οικογενειακός φροντιστής» περιγράφουμε το άτομο το οποίο προσφέρει φροντίδα σε κάποιο άλλο το

οποίο είναι αδύναμο χωρίς αυτό .Πρόκειται για την ασυνήθιστη φροντίδα στις οικογενειακές σχέσεις η οποία αποτελείται από την επένδυση ενέργειας ,χρόνου και χρήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα .Με αποτέλεσμα , την αρνητική επίδραση του φροντιστή τόσο σε ψυχολογικό όσο σε σωματικό επίπεδο (Schulz & Martire ,2004) .

2.2Ιστορική Αναδρομή

Στην εποχή πριν την εκβιομηχάνιση κυριαρχούσε η οικογενειακή φροντίδα καθώς η οικογένεια δούλευε στο σπίτι. Αργότερα , με την βιομηχανοποίηση , η φροντίδα υγείας ανυψώνεται από το επίπεδο της οικογένειας στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης .

Η Florence Nightingale στην Αγγλία , καθορίζει τις ανάγκες των μελών της οικογένειας στις στρατιωτικές κατασκηνώσεις και την επιθυμία «να κρατήσουμε πλήρως τις οικογένειες έξω από την ένδεια νοσηλεύοντας τον προστάτη της οικογενείας φέρνοντας του πίσω την υγεία»(Beard,1986).

Στις αρχές του 1900 στις ΗΠΑ ,οι νοσηλεύτριες δημοσίας υγείας παρείχαν υπηρεσίες στο σπίτι για τους άπορους και στην συνέχεια σε αυτούς με μεταδοτικές ασθένειες (Friedman,1998).

Οι υπηρεσίες της νοσηλευτικής φροντίδας κατά την διάρκεια του πρώτου παγκοσμίου πολέμου επεκτάθηκαν ταχύτατα ,δημιουργώντας την ανάγκη για τον προσδιορισμό της εκπαίδευσης των συγκεκριμένων νοσηλευτών και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα ξεκίνησαν να προσφέρουν εκπαιδευτικά προγράμματα .Από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών το 1964 καθορίστηκε το γενικό πρόγραμμα νοσηλευτικής με το οποίο θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος ένας νοσηλευτής (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αθανασοπούλου – Βουδούρη ,2010).

Σύμφωνα με την Fitzpatrick «Το να φροντίζεις τους ασθενείς και τις οικογένειες στο σπίτι είναι ο πρώτος τύπος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας – η προέλευση της νοσηλευτικής – και ίσως η πιο παλιά ανθρώπινη υπηρεσία που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα» (Callgher ,2007).

2.3Επιπτώσεις στην οικογένεια όταν μέλος τους νοσηλεύεται στην ΜΕΘ

Οι οικογένειες και οι ασθενείς τους όταν βιώνουν καταστάσεις που μεταβάλλουν την ζωή τους -εισαγωγή στην ΜΕΘ- πιθανότατα διαταράσσεται η ψυχολογική τους υπόσταση καθώς κυριεύονται από το άγχος , το συναισθηματικό στρες και τον φόβο . Τα συναισθήματα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία κρίσης καθώς και την εμφάνιση της ανικανότητας για την συμμετοχή και την ανταπόκριση στο θεραπευτικό σχέδιο (Mayer ,2018).

«Η κρίση αποτελεί μια μεταβατική περίοδο κατά την διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά . Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό , τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό , ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει να το αντιμετωπίσει» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος ,2012).

Η κατάσταση αυτή δεν ξεπερνά τις έξι εβδομάδες καθώς η οικογένεια αποδιοργανώνεται εξαιτίας της έντασης ,της ανησυχίας και του στρες .Η απόληξη της μπορεί να είναι είτε θετική με την επίλυση του προβλήματος ,είτε αρνητική με την διάλυση του δεσμού . Υπάρχουν δυο τύποι κρίσεων :

- «Κρίσεις ωρίμανσης ,οι οποίες παρουσιάζονται κατά την διάρκεια μεταβατικών περιόδων των μελών της οικογένειας όπως εφηβεία ,γάμος ,η απόκτηση του πρώτου παιδιού , η πρώτη επαγγελματική απασχόληση .Είναι κατά κάποιο τρόπο φυσιολογικές και αναμενόμενες σε κάθε οικογένεια . Γι' αυτό , εφόσον μπορούν να προβλεφθούν είναι δυνατό η οικογένεια εγκαίρως να προετοιμαστεί και να αναπτύξει τους απαιτούμενους μηχανισμούς ή τις μεθόδους αντιμετώπισης τους»
- «Κρίσεις έναντι μιας ορισμένης κατάστασης , οι οποίες είναι απροσδόκητες και πιο σοβαρές ή πιο επικίνδυνες για την λειτουργία του οικογενειακού συστήματος . Το γεγονός που προκαλεί μια τέτοια κρίση είναι ,κατά κανόνα ,ξαφνικό και μπορεί να είναι : μια ασθένεια ,ένα ατύχημα ,ένας θάνατος/απώλεια αγαπημένου προσώπου ,μια φυσική καταστροφή κ.λπ. .Τέτοιου είδους γεγονότα απειλούν τη βιολογική ,ψυχολογική ή κοινωνική ενότητα της οικογένειας ,παρεμποδίζουν την ολοκλήρωση της και την οδηγούν

σε αποδιοργάνωση με αυξημένα επίπεδα άγχους και έντασης» (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αθανασοπούλου- Βουδούρη , 2010).

Τα στοιχεία που εντοπίζουμε στο άτομο που βρίσκεται σε κρίση σε αντίθεση από το άτομο που βιώνει μια έντονα στρεσογόνα κατάσταση αφορούν την ερμηνεία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που θα ενεργοποιήσει για το συγκεκριμένο γεγονός .Το άτομο ερμηνεύει το γεγονός που βιώνει ως «απειλή» ή «πρόκληση» , θέτει στόχους και στην συνέχεια ενεργοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης , οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν και αποδείχτηκαν τελεσφόρες . Οι προσπάθειες του συμβάλλουν θετικά τόσο για την ρύθμιση των συναισθημάτων όσο και για την επίλυση του προβλήματος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος ,2012) .

Σύμφωνα με τον Johnson και τους συνεργάτες του (2019) , η συμμετοχή της οικογένειας στην φροντίδα του βαρέως πάσχοντα ασθενή μπορεί να είναι εξαιρετική αγχωτική και να έχει ως αποτέλεσμα μια διαφορετική σειρά από αρνητικές εκβάσεις που εντοπίζονται στον ψυχολογικό τομέα .

Πιο αναλυτικά :

Με τον ιδιωματισμό του Στρες βεβαιώνουμε την συναισθηματική φόρτιση ή ένα αρνητικό βίωμα . Ειδικότερα , είναι μια απροσδιόριστη αντίδραση σε κάθε αίτημα που υποβάλλεται σε ένα άτομο για να εναρμονιστεί ή να διαφοροποιηθεί λόγω κοινωνικών ,πολιτιστικών ,πνευματικών ,σωματικών , συναισθηματικών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (Yancey,2016).

Ακόμη , η Mayer (2016) τονίζει ότι η ντροπή είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συναισθήματα . Παρά την προθυμία των οικογενειών να ενημερωθούν , λόγω του χαμηλού επιπέδου γνώσεων για την υγεία δεν έχουν την δυνατότητα να αφομοιώσουν και να ενεργήσουν με τα δεδομένα που τους παρέχονται .

Σε περίπτωση που οι κίνδυνοι για την επιβίωση είναι πολλαπλοί και επίμονοι χωρίς την δυνατότητα της ανασυγκρότησης τότε στην προσαρμογή του ανθρώπινου εγκεφάλου και σώματος παρατηρούνται δυσκολίες .Το μετατραυματικό στρες εμφανίζεται με πολυάριθμα δυσμενή συμπτώματα. Η εξάπλωση του στα μέλη της οικογένειας είναι επακόλουθο από :

- «Παρατεταμένες περιόδους αβεβαιότητας
- Ανησυχία της αναμονής
- Διαταραχές ύπνου
- Οικονομικά θέματα
- Παρουσία τους σε επείγουσες παρεμβάσεις

- Αντιμετώπιση φόβου απώλειας και θανάτου» (Yancey,2018).

2.4 Ανάγκες οικογένειας ασθενών της ΜΕΘ

Για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς αναφαίρετο μέρος της ανάρρωσης τους αποτελεί η οικογένεια . Οι νοσηλευτές και υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν την ολιστική φροντίδα στους ασθενείς , θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τις ανάγκες ενημέρωσης και της συναισθηματικής στήριξης της ομάδας αυτής .Οι ίδιες οι οικογένειές περιγράφουν πως η πληροφόρηση αποτελεί πρωταρχική τους ανάγκη (Mayer , 2016).

Η οικογενειοκεντρική φροντίδα χρησιμοποιείται ως πρότυπο πρακτικής για την εντατική θεραπεία και απαρτίζεται από τον ασθενή και την οικογένεια του . Η λήψη των αποφάσεων από κοινού , η ανάγκη του ασθενή για υποστήριξη ,αγάπη και κατανόηση από την οικογένεια του , ο σεβασμός και η συνεργασία αποτελούν τις βασικές αρχές . Η στήριξη που προσφέρουν οι νοσηλευτές στα μέλη των οικογενειών έχει ως αποτέλεσμα την άνεση του ασθενή. Η οικογένεια έχει ανάγκη από :

- Ακριβής πληροφόρηση
- Επιβεβαίωση
- Ενημέρωση
- Επικοινωνία με κατανοητό τρόπο
- Εγγύτητα
- Ελπίδα για τα αγαπημένα πρόσωπα τους (Yancey ,2016)..

Σύμφωνα με την Mayer (2016) , τα έντυπα μέσα καλύπτουν ένα ευρύ εκπαιδευτικό φάσμα καθώς η οικογένεια θα έχει την δυνατότητα να λαμβάνει πληροφορίες για τους κινδύνους και την εξέλιξη της νόσου, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθώς και να εκπαιδευτεί για την φαρμακευτική αγωγή και για τον χειρισμό του ιατρικού εξοπλισμού στο σπίτι .Η εκπαίδευση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσω υπολογιστή με την πρόσβαση σε ιστότοπους από έγκριτες οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης ώστε να παρέχονται αξιόπιστες πληροφορίες στο κοινό.

Η ανάγκη τους για επικοινωνία με κατανοητό τρόπο οφείλεται στο στρεσογόνο περιβάλλον σε συνδυασμό με τον όγκο των πληροφοριών που παρουσιάζονται στην

ΜΕΘ με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η γνωστική λειτουργία της οικογένειας .Οι νοσηλευτές θα πρέπει να στοχεύουν στην συχνή επικοινωνία με απλό , καθημερινό λεξιλόγιο αποφεύγοντας τις ιατρικές ορολογίες και τις λέξεις που προκαλούν ενοχές ή το αίσθημα της επίκρισης (Mayer ,2016).

Σύμφωνα με την ανασκοπική μελέτη των Γιούρντα & Τούλια (2015) , στην αρχή τα μέλη της οικογένειας επιθυμούν την απόκτηση πληροφοριών ενώ αργότερα τις επεξεργάζονται και αναζητούν την ανάκτηση της ελπίδας τους.

Η ελπίδα χαρακτηρίζεται ως μια «εσωτερική δύναμη , που διευκολύνει την υπέρβαση του παρόντος»(Herth,1993).Μια αξιοσημείωτη ιδιότητα της είναι η μεταδοτική της φύση και συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση για τους βαρέως πάσχοντες , τους συγγενείς και το προσωπικό . Η παρουσία ενός αισθήματος ελπίδας στην οικογένεια και τους νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα να παρατείνεται η ελπίδα και στον άρρωστο . « Αρκετοί υποστηρίζουν ότι η απελπισία ενός ατόμου μέσα σε μια σχέση μπορεί να μεταδοθεί και σε άλλα άτομα στην ίδια σχέση » (Gamlin,2017) .
Επιπρόσθετα οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς νιώθουν προστατευμένοι ,ασφαλείς και αντλούν δύναμη από την παρουσία των συγγενών στην ΜΕΘ. Ο μοναδικός τρόπος που παρέχεται στην οικογένεια για να βρίσκεται στο πλευρό του αγαπημένου τους προσώπου κατά την διάρκεια νοσηλείας του στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι το επισκεπτήριο . Η μορφή λειτουργίας του επισκεπτηρίου εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου , την γεωγραφική θέση , την απόσταση που απέχουν οι επισκέπτες από το νοσοκομείο καθώς και τι πεποιθήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την παραμονή των επισκεπτών δίπλα στον ασθενή (Ψαθάς και συν , 2011).

Κατηγορίες Εκπαιδευτικής Αναγκών στην Εντατική Θεραπεία (Mayer,2016).

ΦΑΣΗ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
Αρχική επαφή ή πρώτη επίσκεψη με εστίαση στις άμεσες ανάγκες	Προετοιμασία για την επίσκεψη: οι εκπρόσωποι των συλλόγων ασθενών ή οι νοσηλευτές μπορούν να προετοιμάσουν την οικογένεια και τον ασθενή για την πρώτη επίσκεψη . Τι να αναμένεται από το περιβάλλον Πόσο χρόνο θα διαρκέσει η επίσκεψη Τι να περιμένει ο ασθενής (π.χ. διασωλήνωση , ενδοφλέβιες παρεμβάσεις) Προσανατολισμός στην μονάδα ή στο περιβάλλον : φώτα κλήσης , χειριστήρια κρεβατιών ,αίθουσες αναμονής , αριθμοί κλήσης μονάδας Προσανατολισμός με τις πολιτικές της μονάδας και του νοσοκομείου Νόμος περί φορητότητας και υπευθυνότητας της ασφάλισης υγείας , προκαταβολικές οδηγίες , πολιτικές επισκεπτηρίου Εξοικείωση με τον εξοπλισμό : οθόνες , ενδοφλέβιες αντλίες , παλμική οξυμετρία , βηματοδότες , συσκευές αερισμού Φάρμακα : σκοπός , αποτελέσματα, παρενέργειες Τι πρέπει να κάνετε κατά την διάρκεια της επίσκεψης: μιλήστε στον ασθενή, κρατήστε το χέρι του ασθενή ,παρακολουθήστε τη διάρκεια των επισκέψεων (αν υπάρχει) Κατάσταση του ασθενή : σταθερή ή ασταθής και τι σημαίνει αυτή η ορολογία Ποιες θεραπείες και παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα για τον ασθενή Επερχόμενες διαδικασίες Πότε επισκέφθηκε ο ιατρός ή αναμένεται να επισκεφθεί τον ασθενή Επαγγελματίες που εμπλέκονται στην περίθαλψη και υπηρεσίες που παρέχουν Άμεσο σχέδιο φροντίδας (επόμενες 24 ώρες)
Συνεχιζόμενη φροντίδα	Κινητοποίηση πόρων για παρέμβαση σε κρίσιμες καταστάσεις Καθημερινή ρουτίνα : γεύματα , εργαστηριακές επισκέψεις , επισκέψεις γιατρών ,συχνότητα παρακολούθησης (ζωτικά σημεία) , αξιολογήσεις νοσηλευτικής , καθημερινές υποχρεώσεις και πρόγραμμα βαρδιών

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ

Η εντατική φροντίδα είναι μια σύνθετη ειδικότητα όπου νοσηλευτές και ιατροί που εργάζονται στην ΜΕΘ χαρακτηρίζονται διεθνώς με την ταυτότητα των «High Achievers» ή των «Super Nurses/ Physicians». Η μονάδα εντατικής θεραπείας δίνει

την δυνατότητα στους νοσηλευτές για συνεχιζόμενη εκπαίδευση ,αυτοπραγμάτωση και επαγγελματική πρόκληση .Συγχρόνως , ο νοσηλευτής μεστώνει επαγγελματικά ,αποκτά αντίληψη ,αναπτύσσει τα αντανακλαστικά και τις δεξιότητες του , υπερασπίζεται τον ασθενή και την οικογένεια του , διευθύνει , υπομένει και ευαισθητοποιείται απέναντι στη ζωή και στον θάνατο (Καλαφάτη,2006).

Σύμφωνα με την Στογιαννίδη και τους συνεργάτες της (2006) , η νοσηλευτική φροντίδα των βαρέων πασχόντων της ΜΕΘ είναι περίπλοκη και χρειάζεται συχνή αναδιοργάνωση του προγραμματισμού και των ενεργειών με βάση τις μεταβαλλόμενες ανάγκες .

«Κάθε σύστημα υγείας θα πρέπει να κατευθύνεται από τις ανάγκες των ασθενών και οι νοσηλευτές επείγουσας νοσηλευτικής να συνεισφέρουν σε αυτό τα μέγιστα»(American Association of Critical Care Nurses, 1980).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλοκος , σχετίζεται με τον ασθενή ως όλον και την ασθένεια σε όλα τα στάδια της, πέρα από τα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα επεκτείνεται :

- Στην εύρεση και ιεράρχηση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενή
- Στον σχεδιασμό επίλυσης και χορήγησης της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής
- Στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων και την αναθεώρηση αυτών , σε συνεργασία με τους γιατρούς (Στογιαννίδη και συν. ,2006).

Ακόμη , οι νοσηλευτές αλληλοεπιδρούν με τους ασθενείς , την ομάδα φροντίδας και τις οικογένειες , επιπλέον συμπράττουν , με τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης για την άμεση και ενδεδειγμένη φροντίδα με σκοπό να διασφαλίσουν την συνέχεια της περίθαλψης από το ένα περιβάλλον στο άλλο. Στην φροντίδα συμμετέχουν και άλλοι κλινικοί νοσηλευτές :

- Εκπαιδευτές ασθενών
- Ειδικοί καρδιακής αποκατάστασης
- Νοσηλευτές ιατρείων
- Νοσηλευτές με κέντρο ελέγχου λοιμώξεων

Με βάση τις ανάγκες των ασθενών και τους μεμονωμένους οργανωτικούς πόρους ορίζονται οι διευρυμένοι νοσηλευτικοί ρόλοι (Urden ,2016) .

Ο ειδικός κλινικός νοσηλευτής εφαρμόζει τις εκπαιδευτικές , συμβουλευτικές , ηγετικές , κλινικές και ερευνητικές δεξιότητες του . Συμπράττει με όλη την διεπιστημονική ομάδα φροντίδας και κατέχει καθοριστικό ρόλο στην παροχή των κατάλληλων ενδείξεων για την φροντίδα καθώς και στην υλοποίηση των προγραμμάτων ασφαλείας . Επιπρόσθετα , διευθετεί την άμεση κλινική φροντίδα , συνεργάζεται με την οικογένεια , εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένεια και σχεδιάζει το πλάνο φροντίδας κατά την εξαγωγή από την ΜΕΘ (Urden , 2016) .

Πρότυπο Ι: Εξειδικευμένη επικοινωνία

Οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν επαρκείς δεξιότητες επικοινωνίας , όπως και κλινικές δεξιότητες.

Πρότυπο ΙΙ:Ουσιαστική συνεργασία

Οι νοσηλευτές πρέπει να επιδιώκουν σθεναρά και να καλλιεργούν την ουσιαστική συνεργασία.

Πρότυπο ΙΙΙ: Αποτελεσματική λήψη αποφάσεων

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πολύτιμοι και αφοσιωμένοι συνεργάτες κατά τη χάραξη πολιτικών, στην καθοδήγηση και στην αξιολόγηση της κλινικής φροντίδας , καθώς και στις βασικές οργανωτικές λειτουργίες .

Πρότυπο IV : Κατάλληλη στελέχωση

Η στελέχωση πρέπει να εξασφαλίζει την αποτελεσματική αντιστοίχιση μεταξύ των αναγκών του ασθενούς και των ικανοτήτων του νοσηλευτή .

Πρότυπο V: Ουσιαστική αναγνώριση

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζονται και εκείνοι να πρέπει να αναγνωρίζουν τους άλλους για την αξία του καθενός στο έργο του οργανισμού .

Πρότυπο VI: Αυθεντική ηγεσία

Οι επικεφαλής του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να ασπάζονται πλήρως την επιταγή ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος , να το βιώνουν ουσιαστικά και να κινητοποιούν τους υπόλοιπους για την επιτυχία του .

Πρότυπα για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας (American Association of Critical Care Nurses ,2005).

Σύμφωνα με την Καλαφάτη (2006) ,η εντατική νοσηλευτική δεν παύει να αναπτύσσεται και να διευρύνεται με στόχο την αποτελεσματική κάλυψη των αυξημένων αναγκών των ασθενών . Πλέον, τα βαριά νοσήματα είναι πολυσύνθετα καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν τακτικά πολυοργανική δυσλειτουργία και έχουν πολλαπλές ανάγκες .Οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας προκειμένου να προσφέρουν ποιοτική φροντίδα είναι αναγκαίο να πληροφορούνται για τις εξελίξεις και τις τάσεις στο χώρο της εντατικής θεραπείας .Η εισφορά τους σε επιστημονικούς και επαγγελματικούς οργανισμούς αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για την εξέλιξη και διασφάλιση του ρόλου τους. Επιπρόσθετα , είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση του προσωπικού του τμήματος που θα υποδεχθεί τον ασθενή κατά την έξοδο από την ΜΕΘ ,των συγγενών και καμία φορά για την εκπαίδευση του ίδιου του ασθενή. Ο πιο σημαντικός ρόλος είναι αυτός του «Συνηγόρου» καθώς λαμβάνει αποφάσεις για θέματα ηθικής που αφορούν άμεσα τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένεια του , το οποίο θα επιτευχθεί πιο εύκολα θέτοντας ως επίκεντρο της φροντίδας τον ασθενή σε ένα τεχνολογικά κατευθυνόμενο περιβάλλον εκτιμώντας τα δικαιώματα και τις αξίες τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων .

Οι νοσηλευτικές διεργασίες στη ΜΕΘ περιλαμβάνουν :

1) Την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων

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

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

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

2) Την περιποίηση σώματος

Η καθαριότητα και η υγιεινή απαρτίζουν καθημερινές και βασικές ανάγκες του ανθρώπου και ιδιαίτερα των βαρέων πασχόντων , οι οποίοι δεν έχουν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης . Η καθημερινή φροντίδα αποτελείται από :

- Λουτρό καθαριότητας
- Αλλαγή σεντονιών
- Στρώσιμο κρεβατιού
- Έλεγχος για ερυθρότητα/λοίμωξη
- Υγιεινή στόματος (Καλαφάτη,2016).

3) Την προστασία κερατοειδούς

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

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

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

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

5) Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα

Οι περισσότεροι ασθενείς της ΜΕΘ χρήζουν μηχανική υποστήριξη και διασωλήνωση επομένως η επίβλεψη τους θα πρέπει να είναι τακτική και με βάση τον τρόπο διασωλήνωσης τους (Καλαφάτη,2016) .

6) Τον χειρισμό των παροχετεύσεων και των στομίων

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

7) Την φροντίδα των τραυμάτων

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

8) Την πρόληψη των προβλημάτων ακινητοποίησης

Όπως κατακλίσεις ,ατελεκτασίες , σπαστικότητα , κατακράτηση βρογχικών εκκρίσεων συμβάλλει σημαντικά η τήρηση της σωστής θέσης του σώματος(Καλαφάτη,2016) .

9) Την ψυχολογική υποστήριξη

Οι ανάγκες των βαρέων πασχόντων είναι πολυάριθμες και η κάλυψη τους αποτελεί θεμελιώδη αρχή της νοσηλευτικής επιστήμης . Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διατηρήσουν τον ουμανισμό στην ΜΕΘ καθώς οι ασθενείς βρίσκονται σε κοινό χώρο ,γυμνοί ,σκεπασμένοι με ένα σεντόνι και δεν έχουν την ικανότητα να εκφράσουν τον πόνο τους . Η ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη με βάση τις ανάγκες του κάθε ασθενούς , για τις οποίες θα παρέχει πληροφορίες το οικογενειακό περιβάλλον (Καλαφάτη ,2016).

Συμπερασματικά , σε σύγκρισή με άλλους επαγγελματίες υγείας , οι νοσηλευτές βρίσκονται σε διαρκή επαφή με τους ασθενείς επομένως ο ρόλος τους είναι «με τον ασθενή για τον ασθενή» , το οποίο υποστηρίζεται και από την πλευρά του συνηγόρου . Επιπλέον , λαμβάνουν μέρος σε ηθικούς προβληματισμούς που αφορούν τον ασθενή και την οικογένεια ακόμα και σε θέματα λειτουργικότητας της μονάδας. Ο νοσηλευτής στην ΜΕΘ λαμβάνει ηθική ικανοποίηση όταν ο βαρέως πάσχοντας αποσυνδέεται από την μηχανική υποστήριξη και έχει την ικανότητα να επιζήσει μόνος του (Καλαφάτη ,2006).

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

Η προσφορά της οικογενειακής φροντίδας δεν πρέπει να είναι περιορισμένη ώστε να καλύπτει όσο το δυνατόν περισσότερες εθνικές ομάδες . Οι προϋποθέσεις για να χαρακτηριστεί πολιτισμικά ακέραιη :

- « Αντίληψη και αποδοχή των πολιτισμικών διαφοροποιήσεων
- Αντίληψη για την κουλτούρα του ίδιου
- Κατανόηση της δυναμικής και των αλληλεπιδράσεων των πολιτισμικών διαφορών
- Γνώση της οικογενειακής κουλτούρας του ασθενή-πελάτη
- Προσαρμογή των υπηρεσιών για την υποστήριξη της κουλτούρας του πελάτη»(David & Voegtle ,1994).

Η τελευταία προϋπόθεση είναι αυτή που τους εγκαθιστά επιδέξιους να προσφέρουν στην οικογένεια μια πολιτισμικά άρτια φροντίδα υγείας .Επιπλέον, η σωστή επιλογή των μελών της οικογένειας για την εφαρμογή της νοσηλευτικής παρέμβασης ορίζει το αποτέλεσμα .

Πρωταρχικός σκοπός των νοσηλευτών που συνεργάζονται με τις οικογένειες είναι :

- Η προαγωγή της ευμάρειας και της υγείας

- Η εξάλειψη των βλαβερών παραγόντων για την υγεία
- Η ενίσχυση της αυτοσυντήρησης και της αυτοφροντίδας (Καλοκαιρινού & Αθανασοπούλου,2010).

Σύμφωνα με την Yancey (2016) ,η οικογένεια σε περίοδο κρίσης είναι ιδιαίτερα συναισθηματική με αυτά που βιώνει γι'αυτό το λόγο οι νοσηλευτές θα πρέπει να δείχνουν κατανόηση και αποδοχή . Μολονότι ο χρόνος για τους επαγγελματίες υγείας στην ΜΕΘ είναι περιορισμένος , οι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα να αξιολογήσουν την ποιότητα της σχέσης μεταξύ του ασθενή και των μελών της οικογένειας ώστε να σχεδιάσουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις για την υποστήριξη τους κατά την διάρκεια παραμονής του ασθενή στην ΜΕΘ.

Πιο συγκεκριμένα :

Στην περιστασιακή κρίση ο νοσηλευτής πρέπει να καθορίσει το στάδιο ανάπτυξης καθώς και τον χαρακτήρα της οικογένειας ,όπως :

1. Να εκτιμά τον τρόπο συμπεριφοράς τους και να ανιχνεύει τυχόν αντιξοότητες στην επικοινωνία .
2. Να κρίνει την διάδραση που υπάρχει μεταξύ της οικογένειας και του ασθενούς και να παροτρύνει την ανασυγκρότηση των ρόλων τους ώστε να έχουν την ικανότητα να θέτουν προτεραιότητες .
3. Να ενθαρρύνει την οικογένεια να συμβάλλει στην φροντίδα του ασθενούς σε συνδυασμό με τις συχνές επισκέψεις .
4. Να ενημερώνει για την κατάσταση υγείας του ασθενή και να συνομιλεί με την οικογένεια για να αναγνωρίζει το συναισθηματικό επίπεδο στο οποίο βρίσκονται .
5. Να παροτρύνει την οικογένεια για απασχόλησή ή ξεκούραση έξω από τον χώρο της ΜΕΘ καθώς και για την εύρεση κάποιου υποστηρικτικού πλαισίου (Williams ,2005).

Επιπρόσθετα , μια περίοδος κρίσης μπορεί να είναι η αφορμή για την ενδυνάμωση της πνευματικής ζωής . Οι θρησκευτικές και πνευματικές αξίες προσφέρουν στον ασθενή και στην οικογένεια μια εσωτερική δύναμη να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους

παράγοντες , να αποδεχτούν την νόσο και να εφοδιαστούν με το αίσθημα της ελπίδας. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής :

1. Προωθεί την συμμετοχή τους σε θρησκευτικές ιερουργίες καθώς και την πνευματική προσέγγιση του ίδιου του ασθενή με στόχο την ενίσχυση της ελπίδας.
2. Συμπράττει με τους πνευματικούς λειτουργούς του νοσοκομείου όταν κάποιος χρειάζεται πνευματική υποστήριξη ή αναζητά απαντήσεις.

Οι πνευματικοί λειτουργοί προσφέρουν βοήθεια σε ηθικά διλλήματα και οι ενέργειες τους έχουν άμεση επιρροή στις ιεροτελεστίες της γέννησης , των ιατρικών παρεμβάσεων καθώς και του θανάτου (Yancey ,2016).

Για την οικογένεια , η οποία παρευρίσκεται στην ΜΕΘ ως πρωταρχική ανάγκη κατατάσσεται η επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας . Η δυνατότητα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σε έναν ενσυναισθητικό νοσηλευτή μπορεί να απαλύνει τον πνευματικό ή συναισθηματικό του πόνο . Οι εμπεριστατωμένες αξιολογήσεις , η συμμετοχή των πνευματικών λειτουργών και οι ομαδικές συναντήσεις συμβάλλουν στις αποδοτικές συζητήσεις και στην λήψη αποφάσεων (Yancey ,2016).

Στρατηγικές Επικοινωνίας με Ασθενείς και Μέλη της Οικογένειας (Yancey,2016).

- Χρειάζεται υπομονή . Κάτι που θεωρείται ρουτίνα για τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι στρεσογόνο και εντελώς νέο για τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας τους .

- Επαναλάβετε τις πληροφορίες όσες φορές χρειάζεται . Το στρες μειώνει τη συγκέντρωση ,τη μνήμη και την κατανόηση , ειδικά σε άγνωστες καταστάσεις .

- Αξιολογήστε το επίπεδο γνώσεων του ασθενή και της οικογένειας και τις προγενέστερες εμπειρίες εντατικής θεραπείας .

- Χρησιμοποιείτε εύκολη γλώσσα και ερμηνεύετε τους ιατρικούς όρους , χωρίς να μιλάτε με τρόπο υποτιμητικό .

- Θέστε ερωτήσεις αποσαφήνισης για την επιβεβαίωση της κατανόησης.

- Χρησιμοποιήστε φιλόξενο ,ανοιχτό ύφος επικοινωνίας . Οι ΜΕΘ μπορεί να φοβίζουν τους ανθρώπους που δεν είναι εξοικειωμένοι με το περιβάλλον αυτό .

- Προσφέρετε συχνές ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση του ασθενή , ακόμη και αν δεν ζητηθεί .

- Συμμετέχετε σε ουσιαστικές συζητήσεις με τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας , έστω και σύντομα . Συχνά , οι συνομιλίες στη ΜΕΘ περιορίζονται στη μεταφορά μόνο των τεχνικών πτυχών της περίθαλψης .

- Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα και επιτρέψτε το χώρο για οικογενειακές συζητήσεις .

- Μιλήστε στους ασθενείς , ακόμη και αν δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή είναι σε καταστολή . Αυτό μεταφέρει τη φροντίδα στην οικογένεια , ενώ η ομιλία είναι πιθανό να διευκολύνει τον ασθενή , ακόμη και αν δεν υπάρχει απάντηση.

- Χρησιμοποιείτε πίνακες επικοινωνίας ή άλλα εργαλεία με τους ασθενείς που δεν μπορούν να μιλήσουν.

- Δώστε χρόνο στους ασθενείς για να απαντήσουν και υποβάλετε ερωτήσεις που οι ασθενείς μπορούν να απαντήσουν εύκολα .

- Μιλήστε αργά και κοιτάζετε τους ασθενείς όταν επικοινωνείτε . Οι χειρονομίες , οι κινήσεις των χειλιών και οι εκφράσεις του προσώπου μεταφέρουν σημαντικά μηνύματα.

Η οικογένεια μπορεί να μην αντιλαμβάνεται τις πληροφορίες υγείας που τους παρέχονται με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει την κατάσταση υγείας του ασθενούς ή το θεραπευτικό σχήμα που εφαρμόζεται .Στόχος του νοσηλευτή είναι να διευρύνει την δυνατότητα της εκμάθησης με τις παρακάτω μεθόδους:

1. Παρέχει στην οικογένεια πληροφορίες για την θεραπεία και την κλινική εικόνα του ασθενούς εφαρμόζοντας οπτικοακουστικά μέσα .
2. Ελέγχει συχνά εάν το οικογενειακό περιβάλλον έχει αντιληφθεί τα δεδομένα που τους έχουν παραχωρηθεί .
3. Παροτρύνει την οικογένεια να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του , με αποτέλεσμα την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους .
4. Ωθεί την οικογένεια να συμμετέχει στο πλάνο της φροντίδας με βάση τα δεδομένα που λαμβάνουν.
5. Ενθαρρύνει να λάβουν μέρος στην φροντίδα του ασθενή (Williams,2005).

Σύμφωνα με τον Williams (2005), ο φόβος παρουσιάζεται λόγω της επιβαρυμένης κατάστασης του ασθενή ή το έλλειμα γνώσης , ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο :

1. Να υπολογίζει τον φόβο με βάση την κλινική εικόνα του ασθενή και να παρατηρεί τις αντιδράσεις .
2. Να προσδιορίζει την πηγή του φόβου .
3. Να ενημερώνει για την κατάσταση υγείας του ασθενή , τον εξοπλισμό καθώς και την φαρμακευτική αγωγή .
4. Να αναζητά τυχόν υποστηρικτικό πλαίσιο και να λαμβάνει ιστορικό συμπεριφορών αντιμετώπισης.
5. Να προσφέρει την δυνατότητα για την εξωτερίκευση τυχόν συναισθηματικών διαταραχών .
6. Να βρίσκεται σε ετοιμότητα για ιδιόμορφες αντενέργειες που οφείλονται στον φόβο και να υποδείξει κάποιον ειδικό.
7. Να παρέχει το αίσθημα της ελπίδας.

Ακόμη , η Yancey (2016) περιγράφει πως το μετατραυματικό στρες χαρακτηρίζεται ως μια «κανονική» αντίδραση σε ασυνήθιστες και ισχυρές απαιτήσεις . Μολονότι οι επιπτώσεις κάνουν την εμφάνιση τους με το πέρασμα του χρόνου οι νοσηλευτές στην ΜΕΘ στοχεύουν στην εξάλειψη των στρεσογόνων παραγόντων εφαρμόζοντας παρεμβάσεις όπως :

1. Να συμμετέχουν σε ρεαλιστικές συζητήσεις με τον ασθενή για τα γεγονότα .
2. Να αναφέρουν την διάρκεια που απαιτείται για την ανάρρωση και την αποκατάσταση του .
3. Να ενθαρρύνουν την δημιουργία ενός ημερολογίου με φωτογραφικό υλικό κατά την διάρκεια παραμονής στην ΜΕΘ με σκοπό ο ασθενής και η οικογένεια να αντιλαμβάνονται από κοινού αυτή την εμπειρία .

Συγχρόνως , θα συμβάλλει σημαντικά στην διαδικασία της αποκατάστασης καθώς ο ασθενής θα έχει την δυνατότητα να ενημερωθεί για το τι έχει προηγηθεί .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης που έχει η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην οικογένεια και ο ρόλος του νοσηλευτή στον τρόπο αντιμετώπισης της με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία .

4.2Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar . Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα 2015 έως και 2020 και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας . Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν η αγγλική γλώσσα και το έτος δημοσίευσης τους να είναι τα τελευταία 5 έτη.

4.3Αποτελέσματα

1. **Depressive and Anxiety Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients and the Perceived Need for Support.**

   Background : Admission of a patient in the Intensive Care Unit (ICU) and the recovery process may be stressful for family members.

   Objectives: This study aimed to explore the families' psychological symptoms and their evolution over the 1st week of patients' ICU stay. Additional objectives were the estimation of the families' need for support and the estimation of satisfaction regarding the information provided by ICU physicians.

   Methods: A total of 108 individuals were participated in the study. Participants were interviewed with the Hamilton Anxiety Rating Scale and filled the Beck Depression Scale II on days 1 and 7 of patients' ICU admission . They also filled a self-reported questionnaire which was created by the investigators , involving decision – making procedures ; the satisfaction of the families of the patients' care ; and the support of the families by medical and nursing staff.

   Results : Anxiety levels were not significantly different among 2-time points, whereas rates of depressive symptoms raised significantly from 38% (day 1) to

58.3% (day 7). In cases of anxiety changes, age, education, closeness of relationship , and APACHE II score were the factors been associated. Changes in depressive symptoms were not associated with any of those factors. Over a week, there were significant differences in relatives' views on participating in the decision -making procedure, and on expressing their opinion and concerns regarding the treatment process. Their attitudes about receiving support by the ICU personnel and even by mental health specialist , such as psychologists also changed.

Conclusions : Over the 1st week of ICU admission , depressive symptoms in patients' relatives were gradually evolving , while anxiety symptoms fluctuated and they were affected by severity of the patients' condition . Attitudes toward treatment procedures and the received need for support also changed. These findings should be taken into account by ICU personnel.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους στους συγγενείς των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και η αντιληπτή ανάγκη για υποστήριξη .

Ιστορικό : Η είσοδος του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και η διαδικασία ανάρρωσης μπορεί να είναι αγχωτική για τα μέλη της οικογένειας .

Στόχοι : Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τα ψυχολογικά συμπτώματα των οικογενειών και την εξέλιξη τους κατά την πρώτη εβδομάδα της παραμονής των ασθενών στην ΜΕΘ. Πρόσθετοι στόχοι ήταν η εκτίμηση της ανάγκης των οικογενειών για υποστήριξη και η εκτίμηση της ικανοποίησης σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχονται από τους γιατρούς της ΜΕΘ.

Μέθοδοι : Συνολικά 108 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες έδωσαν συνέντευξή με την Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους Hamilton και συμπλήρωσαν την κλίμακα κατάθλιψης Beck II την 1η και 7η ημέρα από την εισαγωγή των ασθενών στην ΜΕΘ. Συμπλήρωσαν επίσης ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους ερευνητές και αφορούσε διαδικασίες λήψης αποφάσεων: την ικανοποίηση των οικογενειών της φροντίδας των ασθενών και την υποστήριξη των οικογενειών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Αποτελέσματα : Τα επίπεδα άγχους δεν ήταν σημαντικά διαφορετικά μεταξύ των δύο χρονικών σημείων ενώ τα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξήθηκαν σημαντικά από 38% (ημέρα 1) σε 58,3% (ημέρα 7) . Σε περιπτώσεις αλλαγών άγχους ,ηλικίας , εκπαίδευσης , εγγύτητα της σχέσης και βαθμολογίας APACHE II, οι παράγοντές συνδέονταν . Οι αλλαγές στα συμπτώματα κατάθλιψης δεν συσχετίστηκαν με κανένα από αυτούς τους παράγοντες. Πάνω από μια εβδομάδα υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των συγγενών σχετικά με την συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την έκφραση της γνώμης και των ανησυχιών τους σχετικά με τη διαδικασία της θεραπείας. Οι στάσεις τους για την λήψη υποστήριξης από το προσωπικό της ΜΕΘ ακόμη και από ειδικούς ψυχικής υγείας , όπως οι ψυχολόγοι , άλλαξαν επίσης.

Συμπεράσματα : Κατά την 1η εβδομάδα της εισαγωγής στην ΜΕΘ , τα συμπτώματα κατάθλιψης στους συγγενείς των ασθενών εξελίχθηκαν σταδιακά , ενώ τα συμπτώματα του άγχους μεταβάλλονταν και επηρεάστηκαν από την σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών. Οι στάσεις απέναντι στις διαδικασίες θεραπείας και η αντιληπτή ανάγκη υποστήριξης άλλαξαν επίσης. Αυτά τα ευρήματα πρέπει να ληφθούν υπόψη από το προσωπικό της ΜΕΘ.

2. **Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review.**

Rationale: Family members of critically ill patients hospitalized in the intensive care unit (ICU) often become caregivers, and they are at risk to develop adverse psychological outcomes . There is a need to understand the psychological impact of critical illness on family caregivers.

Objectives : The aim of this systematic review is to document the prevalence of depression , anxiety , and post – traumatic stress disorder(PTSD) in family caregivers of critically ill patients and identify potential risk factors for psychological outcomes to inform clinical and future research recommendations .

Methods : A literature search for psychological outcomes for family caregivers of critically ill patients was conducted. A total of 1,148 studies from Psych INFO,CINAHL ,Web of Science, SCOPUS and Medline were identified.

Results : Forty studies met inclusion criteria and were included in the review . The prevalence of psychological outcomes in family caregivers ranged from 4%

to 94% for depression , 2% to 80% for anxiety , and 3% to 62% for PTSD . Caregiver depression , anxiety , and PTSD decreased in most studies that assessed longitudinal outcomes . Common risk factors identified for adverse psychological outcomes included younger caregiver age, caregiver relationship to the patient , lower socioeconomic status , and female sex.

Conclusions : The prevalence of depression , anxiety, and PTSD varies greatly across studies of family caregivers of critically ill patients. This finding highlights the need for more systematic investigations of psychological outcomes and the implementation of clinical interventions to prevent or reduce depression , anxiety , and PTSD in family caregivers of critically ill patients.

Ψυχολογικές επιπτώσεις σε οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με κρίσιμη ασθένεια στην μονάδα εντατικής θεραπείας . Μια συστηματική ανασκόπηση.

Υπόθεση : Τα μέλη της οικογένειας ασθενών με κρίσιμη ασθένεια που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU) συχνά γίνονται φροντιστές και κινδυνεύουν να αναπτύξουν αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα. Υπάρχει ανάγκη να κατανοήσουμε τον ψυχολογικό αντίκτυπο της κρίσιμης ασθένειας στους οικογενειακούς φροντιστές .

Στόχοι : Ο στόχος αυτής της συστηματικής επισκόπησης είναι να τεκμηριώσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης , του άγχους και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με κρίσιμη ασθένεια και να εντοπίσει πιθανούς παράγοντες κινδύνου για ψυχολογικά αποτελέσματα για την ενημέρωση κλινικών και μελλοντικών ερευνητικών συστάσεων.

Μέθοδοι : Διεξήχθη μια βιβλιογραφική έρευνα για ψυχολογικά αποτελέσματα για τους οικογενειακούς φροντιστές των ασθενών με κρίσιμη ασθένεια . Εντοπίστηκαν συνολικά 1.148 μελέτες από PsycINFO , CINAHL, Web of Science , SCOPUS και Medline.

Αποτελέσματα : Σαράντα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν στην κριτική. Ο επιπολασμός των ψυχολογικών αποτελεσμάτων στους οικογενειακούς φροντιστές κυμαινόταν από 4% έως 94% για την κατάθλιψη , 2% έως 80% για το άγχος και 3% έως 62% για το μετατραυματικό στρες . Η κατάθλιψη του φροντιστή , το άγχος και το

μετατραυματικό στρες μειώθηκαν στις περισσότερες μελέτες που αξιολόγησαν τα διαμήκη αποτελέσματα . Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου που εντοπίστηκαν για δυσμενείς ψυχολογικές εκβάσεις περιλάμβαναν τη νεότερη ηλικία φροντιστή , τη σχέση του φροντιστή με τον ασθενή , τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το γυναικείο φύλο.

Συμπεράσματα : Ο επιπολασμός της κατάθλιψης , του άγχους και του μετατραυματικού στρες ποικίλλει σημαντικά στις μελέτες οικογενειακών φροντιστών των ασθενών με κρίσιμη ασθένεια . Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει την ανάγκη για συστηματικότερες έρευνες για ψυχολογικά αποτελέσματα και την εφαρμογή κλινικών παρεμβάσεων για την πρόληψη ή τη μείωση της κατάθλιψης , του άγχους και του μετατραυματικού στρες σε οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με κρίσιμη ασθένεια .

3. Reported Burden on Informal Caregivers of ICU Survivors : A Literature Review.

Background : Critical illness and the problems faced after ICU discharge do not only affect the patient , it also negatively impacts patients' informal caregivers. There is no review which summarizes all types of burden reported in informal caregivers of ICU survivors . It is important that the burdens these informal caregivers suffer are systematically assessed so the caregivers can receive the professional care they need. We aimed to provide complete overview of the types of burden reported in informal caregivers of adult ICU survivors , to make recommendations on which burdens should be assessed in this population , and which tools be used to assess them.

Method : We performed a systematic search in PubMed and CINAHL from database inception until June 2014. All articles reporting on burdens in informal caregivers of adult ICU survivors were included. Two independent reviewers used a standardized form to extract characteristics of informal caregivers , types of burdens and instruments used to assess these burdens . The quality of the

included studies was assessed using the Newcastle-Ottawa and the PEDro scales.

Results : The search yielded 2704 articles , of which we included 28 in our review. The most commonly reported outcomes were psychosocial burden. Six months after ICU discharge , the prevalence of anxiety was between 15% and 24% , depression between 4.7% and 36.4% and post-traumatic stress disorder (PTSD) between 35% and 57.1 % . Loss of employment , financial burden, lifestyle interference and low health-related quality of life (HQoL) were also frequently reported . The most commonly used tools were the Hospital Anxiety and Depression Scale (HARDS), Center for Epidemiological Studies-Depression questionnaire , and Impact of Event Scale (IES). The quality of observational studies was low and of randomized moderate to fair .

Conclusions : Informal caregivers of ICU survivors suffer a substantial variety of burdens . Although the quality of the included studies was poor ,there is evidence that burden in the psychosocial field is most prevalent . We suggest screening informal caregivers of ICU survivors for anxiety , depression , PTSD , and HRoL using respectively the HADS , IES and Short Form 36 and recommend a follow-up period of at least 6 months .

Αναφερόμενη επιβάρυνση για τους άτυπους φροντιστές των επιζώντων της ΜΕΘ : μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας .

Ιστορικό : Η κρίσιμη ασθένεια και τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται μετά την εξαγωγή από την ΜΕΘ δεν επηρεάζουν μόνο τον ασθενή αλλά επηρεάζει επίσης αρνητικά τους άτυπους φροντιστές των ασθενών .Δεν υπάρχει ανασκόπηση που να συνοψίζει όλους τους τύπους της επιβάρυνσης που αναφέρθηκαν σε άτυπους φροντιστές επιζώντων της ΜΕΘ. Είναι σημαντικό οι επιβαρύνσεις που υποφέρουν αυτοί οι άτυποι φροντιστές να αξιολογούνται συστηματικά ώστε οι φροντιστές να μπορούν να λάβουν την επαγγελματική φροντίδα που χρειάζονται. Στόχος μας ήταν να παρέχουμε μια πλήρη επισκόπηση των τύπων επιβάρυνσης που αναφέρθηκαν σε άτυπους φροντιστές των ενήλικων επιζώντων της ΜΕΘ, να κάνουμε συστάσεις σχετικά με το ποια βάρη πρέπει να αξιολογούνται σε αυτόν τον πληθυσμό και ποια εργαλεία πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση τους.

Μέθοδος : Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική αναζήτηση στο PubMed και το CINACHL από την έναρξη της βάσης δεδομένων μέχρι τον Ιούνιο του 2014. Συμπεριλήφθηκαν όλα τα άρθρα σχετικά με τα βάρη των άτυπων φροντιστών των ενήλικων επιζώντων της ΜΕΘ . Δύο ανεξάρτητοι κριτικοί χρησιμοποίησαν μια τυποποιημένη φόρμα για να εξαγάγουν τα χαρακτηριστικά των ανεπίσημων φροντιστών , τους τύπους από τα βάρη και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση αυτών των επιβαρύνσεων . Η ποιότητα των περιλαμβανομένων μελετών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τις κλίμακες Newcastle-Ottawa και PEDro .

Αποτελέσματα : Η αναζήτηση απέδωσε 2704 άρθρα , εκ των οποίων συμπεριλάβαμε 28 στην κριτική μας . Τα πιο συχνά αναφερόμενα αποτελέσματα ήταν η ψυχολογική επιβάρυνση. Έξι μήνες μετά από την εξαγωγή από την ΜΕΘ , ο επιπολασμός του άγχους ήταν μεταξύ 15% και 24% , κατάθλιψη μεταξύ 4,7% και 36,4% και διαταραχή μετατραυματικού στρες **(**PSTD) μεταξύ 35% και 57,1%. Συχνά αναφέρθηκαν επίσης η απώλεια απασχόλησης , η οικονομική επιβάρυνση , οι παρεμβολές στον τρόπο ζωής και η χαμηλή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL). Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία ήταν το Νοσοκομείο Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), το ερωτηματολόγιο Κέντρο Επιδημιολογικών Μελετών -Κατάθλιψης και Επίδραση της Κλίμακας Συμβάντων (IES) .Η ποιότητα των μελετών παρατήρησης ήταν χαμηλή και οι τυχαιοποιημένες μελέτες ήταν μέτριες έως εύλογες .

Συμπεράσματα : Οι άτυποι φροντιστές των επιζώντων της ΜΕΘ υποφέρουν από μια σημαντική ποικιλία επιβαρύνσεων . Αν και η ποιότητα των περιλαμβανομένων μελετών ήταν κακή , υπάρχουν ενδείξεις ότι η επιβάρυνση στον ψυχοκοινωνικό τομέα είναι πιο διαδεδομένη . Προτείνουμε τον έλεγχο των ανεπίσημων φροντιστών των επιζώντων της ΜΕΘ για άγχος , κατάθλιψη , μετατραυματικό άγχος και την χαμηλή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρησιμοποιώντας αντίστοιχα εργαλεία HADS, IES και Short Form 36 και προτείνουμε μια περίοδο παρακολούθησης τουλάχιστον 6 μηνών.

4. Shame Feeling in the Intensive Care Unit Patient's Family Members.

Objective : To investigate the levels of internal and external shame among family members of critically ill patients.

Research Methodology/ Design : This prospective study was conducted in 2012/2013 on family members of patients using the Others As Shamer Scale and the Experiential Shame Scale questionnaires .

Setting : Greek university hospital.

Results : Two hundred and twenty-three family members mean-aged (41.5 ± 11.9) were studied , corresponding to 147 ICU patients. Out of these 223,81 (36.3%) were men and 142 (63.7%) were women, while 79 (35.4%) lived with the patient. Family members who lived with the patient experienced higher internal and external shame compared to those who did not live with the patient (p=0.046 and p=0.028 respectively). Elementary and Junior High School graduates scored significantly higher than the other grades graduates in total Others As Shamer Scale , inferiority and emptiness scale (p< 0.001).

Conclusion : Intensive Care Unit patients' family members are prone to shame feelings , especially when being of low educational level . Health professionals have to take into consideration the possible implications for the patients and their care.

Το αίσθημα της ντροπής στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς της Μονάδας Εντατικής Φροντίδας .

Σκοπός : Να διερευνήσει τα επίπεδα της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής μεταξύ των βαρέων πασχόντων ασθενών .

Μεθοδολογία της Έρευνας / Μελέτη : Αυτή η προοπτική μελέτη διεξήχθη το 2012/2013 σε μέλη της οικογένειας των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρησιμοποιώντας Άλλες ως Κλίμακα Ντροπής και τα βιωματικά ερωτηματολόγια της Κλίμακας Ντροπής .

Περιβάλλον : Ελληνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

Αποτελέσματα : Διακόσια είκοσι τρία μέλη της οικογένειας μέσης ηλικίας (41.5 ± 11.9) μελετήθηκαν , που αντιστοιχούν σε 147 ασθενείς ΜΕΘ. Από αυτά 223,81(36,3%) ήταν άνδρες και 142 (63,7%) ήταν γυναίκες ενώ 79 (35.4%) ζούσαν με τον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας που έζησαν με τον ασθενή παρουσίασαν υψηλότερη εσωτερική και εξωτερική ντροπή σε σύγκριση με εκείνους που δεν ζούσαν με τον ασθενή (p =0,046 και p=0,028 αντίστοιχα).Οι

απόφοιτοι του δημοτικού και του γυμνασίου σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με άλλες κατηγορίες αποφοίτων στο σύνολο Άλλοι ως Κλίμακα Ντροπής , κατωτερότητας και κλίμακα κενού (p=0.001).

Συμπεράσματα : Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι επιρρεπείς σε αισθήματα ντροπής ,ειδικά όταν είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου .Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη τις πιθανές συνέπειες για τους ασθενείς και τη φροντίδα τους .

5. **Symptoms of Cardiac Anxiety in Family Members of Intensive Care Unit Patients.**

Background : Studies have shown an association between intensive care unit environments and symptoms of psychological distress in family members of critically ill patients .

Objective : To investigate levels of cardiac anxiety in family members of intensive care unit patients.

Methods : From March 2012 to July 2013 , on the third day after the patient's admission, 223 family members of 147 patients completed the Cardiac Anxiety Questionnaire . A total score was calculated from 3 subscales : fear and worry about heart sensations , avoidance of activities reproducing cardiac symptoms , and heart-focused attention and monitoring of cardiac activity .

Results : Among the family members, 142 were women (63.7%) and 81(36.3%) were men, 150(67.3%) were married , and 37(16.6%) were unemployed .Their mean score for overall cardiac anxiety was 1.11(SD, 0.640), significantly higher (p< .001) than for the general Greek population. Although all 3 subscales scores were significantly higher than for the general population , the highest score was recorded for the avoidance subscale (mean, 1.77; SD, 0.68) . The relationship to the patient had a significant effect on heart-focused attention (F5 =3.51; P=.03). The mean score for patients' siblings (2.0; SD, 0.01) differed significantly (P=.02) from the mean for other family member groups. Older adults (P=.020 and married participants (P=.05) reported higher of fear and worry related to cardiac stimuli, and women further reported higher levels of cardioprotective avoidance behavior (P=.02).

Conclusions: A noticeable number of family members of critical care patients had moderate to severe cardiac anxiety during the hospitalization of their relatives .

Συμπτώματα Καρδιακού Άγχους σε μέλη της οικογένειας ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Ιστορικό : Μελέτες έχουν δείξει σύνδεση μεταξύ περιβαλλόντων μονάδων εντατικής θεραπείας και συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας σε μέλη της οικογένειας των βαρέων πασχόντων ασθενών .

Σκοπός : Να διερευνήσει τα επίπεδα του καρδιακού άγχους στα μέλη της οικογένειας των ασθενών μονάδων εντατικής θεραπείας.

Μέθοδοι : Από τον Μάρτιο του 2012 μέχρι τον Ιούλιο του 2013 , την Τρίτη ημέρα μετά την εισαγωγή του ασθενούς , 223 μέλη της οικογένειας από 147 ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο καρδιακού άγχους . Η συνολική βαθμολογία υπολογίστηκε από 3 υποκατηγορίες : φόβος και ανησυχία για τις καρδιακές αισθήσεις , αποφυγή δραστηριοτήτων που αναπαράγουν καρδιακά συμπτώματα και προσοχή στην καρδιά και παρακολούθηση της καρδιακής δραστηριότητας .

Αποτελέσματα : Μεταξύ των μελών της οικογένειας , 142 ήταν γυναίκες (63,7%) και 81 (36,3%) ήταν άνδρες , 150 (67,3%) ήταν παντρεμένοι και 37 (16,6%) ήταν άνεργοι . Η μέση βαθμολογία τους για το γενικό καρδιακό άγχος ήταν 1,11 (SD, 0.64) , σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,001$) από ό,τι για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό . Αν και όλες οι βαθμολογίες των 3 υποκατηγοριών ήταν σημαντικά υψηλότερες απ' ότι για τον γενικό πληθυσμό . η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφηκε για την υποκατηγορία αποφυγής (μέσος όρος , 1,77 SD, 0.68). Η σχέση με τον ασθενή είχε σημαντική επίδραση στην προσοχή της εστιασμένης καρδίας (F5 -3.51 ,P=.03). Η μέση βαθμολογία για τα αδέρφια των ασθενών (2.0 ,SD , 0.01) διέφερε σημαντικά (P= .02) από την μέση τιμή για άλλες ομάδες μελών της οικογένειας . Μεγαλύτεροι ενήλικες (P= .02) και παντρεμένοι συμμετέχοντες (P= .05) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόβου και ανησυχίας που σχετίζονται με καρδιακά ερεθίσματα , και οι γυναίκες ανέφεραν περαιτέρω υψηλότερα επίπεδα συμπεριφοράς καρδιοπροστατευτικής αποφυγής (P= .02).

Συμπεράσματα : Ένας αξιοσημείωτος αριθμός μελών της οικογένειας των βαρέων πασχόντων ασθενών είχαν μέτριο έως σοβαρό καρδιακό άγχος κατά την διάρκεια της νοσηλείας των συγγενών τους .

6. **Sleep in the Intensive Care Unit in a Model of Family – Centered Care.**

The desire for families to be physically present to support their loved ones in the intensive care unit , and guidelines in favor of this open visitation approach, require that clinicals consider both patient and family sleep. This article reviews the causes of poor sleep for patients and their family members in the intensive care unit as well as the expected changes in cognition and emotion that can result from sleep deprivation. Measures are proposed to improve the intensive care unit environment to promote family sleep. A framework to educate family members and engage them in preservation of their and their loved one's circadian rhythm is also presented. Although further research is needed , the proposed framework has the potential to improve outcomes for patients and their families in the intensive care unit .

Ύπνος στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε ένα μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια .

Η επιθυμία των οικογενειών να είναι σωματικά παρόντες για να υποστηρίξουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και οι οδηγίες για αυτήν την ανοιχτή προσέγγιση επίσκεψης, απαιτούν από τους κλινικούς γιατρούς να λαμβάνουν υπόψιν τόσο τον ύπνο του ασθενή όσο και της οικογένειας. Αυτό το άρθρο εξετάζει τις αιτίες του κακού ύπνου για τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας τους στην μονάδα εντατικής θεραπείας καθώς και τις αναμενόμενες αλλαγές στην γνώση και στο συναίσθημα που μπορούν να προκύψουν από την έλλειψη ύπνου. Προτείνονται μέτρα για την βελτίωση του περιβάλλοντος της μονάδας εντατικής θεραπείας για την προώθηση του οικογενειακού ύπνου . Παρουσιάζεται επίσης ένα πλαίσιο για την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και την συμμετοχή τους στην διατήρηση του δικού τους κιρκάδιου ρυθμού και του αγαπημένου τους . Αν και απαιτείται περαιτέρω έρευνα , το προτεινόμενο πλαίσιο έχει την δυνατότητα να

βελτιώσει τα αποτελέσματα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στην μονάδα εντατικής θεραπείας .

7. **Critical Health-Disease Transition in the Family : Nursing Intervention in the lived experience .**

   Objective : To analyse the strategies found by families to deal with the situation of critical illness, in their lived experience in a family and in an inpatient context.

   Method : This research fits into a qualitative paradigm and a phenomenological approach , according to Van-Manen. Participants were referred to a " snowball" effect method and the data was collected through interviews with open-ended questions.

   Results : From the collected data three essential themes emerged revealing the strategies : Being aware; Building dialogue; Ensuring comfort .

   Final Considerations : In the therapeutic intervention nurses verify that families facing a critical-illness interact between themselves and with the ICU team .Families interacting with nurses can find cognitive and emotional support allowing them to aware of the situation and to speak about it in order to strengthen and to comfort themselves.

   Κρίσιμη μετάβαση της υγείας -ασθένειας στην οικογένεια : Νοσηλευτική παρέμβαση στην βιωμένη εμπειρία .

   Σκοπός : Να αναλυθούν οι στρατηγικές που βρήκαν οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της κρίσιμης ασθένειας , στην βιωμένη εμπειρία τους σε μια οικογένεια και σε ένα πλαίσιο νοσηλείας .

   Μέθοδος : Η έρευνα αυτή εντάσσεται σε ένα ποιοτικό παράδειγμα και μια φαινομενολογική προσέγγιση , σύμφωνα με τον Van-Manen. Οι συμμετέχοντες παραπέμφθηκαν σε μια μέθοδο επίδρασης «χιονοστιβάδας» και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω συνεντεύξεων με ανοιχτές ερωτήσεις.

Αποτελέσματα : Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν , τρία βασικά θέματα προέκυψαν αποκαλύπτοντας τις στρατηγικές : έχοντας επίγνωση , δημιουργία διαλόγου , εξασφάλιση της άνεσης .

Τελικές Εκτιμήσεις : Στην θεραπευτική παρέμβαση οι νοσηλευτές επαληθεύουν ότι οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν μια κρίσιμη ασθένεια αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και με την ομάδα της ΜΕΘ . Οι οικογένειες που αλληλοεπιδρούν με τους νοσηλευτές μπορούν να βρουν τη γνωστική και συναισθηματική υποστήριξη που τους επιτρέπει να γνωρίζουν την κατάσταση και να μιλούν γι' αυτή προκειμένου να ενισχύσουν και να παρηγορήσουν τους εαυτούς τους .

8. **The emotion : A crucial component in the care of critically ill patients.**

Background : The acquisition of experience is a major concern for nurses in intensive care units. Although the emotional component of the clinical practice of these nurses has been widely studied , greater examination is required to determine how this component influences their learning and practical experience .

Objective : To discover the relationships between emotion , memory and learning and the impacts on nursing clinical practice .

Research Design : This is a qualitative phenomenological study. The data were collected from open , in-depth interviews . A total of 22 intensive care unit nurses participated in this research between January 2012 and December 2014 . Ethical considerations : The School of Nursing Ethics Committee approved the study , which complied with ethical principles and required informed consent .

Findings: We found a clear relationship between emotion, memory and the acquisition of experience . This relationship grouped three dimensions : (1) satisfaction, to relieve the patient's pain or discomfort , give confidence and a sense of security to the patient , enable the presence of family members into the intensive care unit and provide family members with a realistic view of the patient's situation ; (2) error experience , which nurses feel when a patient dies,

when they fail to accompany a patient in his or her decision to abandon the struggle to live or when they fail to lend support to the patient's family ; and (3) the feel bad-feel good paradox , which occurs when a mistake in the patient's care or handling of his or her family repaired .

Conclusion : Emotion is a capacity that impacts in nurses' experience and influences improvements in clinical practice. Recalling stories of satisfaction helps to reinforce good practice , while recalling stories of errors helps to identify difficulties in the profession and recognize new forms of action. The articulation of emotional competencies may support the development of nursing ethics in the intensive care unit to protect and defend their patients and improve their relationships with families in order to maximize the potential for patient care.

Το συναίσθημα : Ένα κρίσιμο συστατικό στη φροντίδα των ασθενών με κρίσιμη ασθένεια

Ιστορικό : Η απόκτηση εμπειρίας αποτελεί μείζον μέλημα των νοσηλευτών σε μονάδες εντατικής θεραπείας .Αν και η συναισθηματική συνιστώσα της κλινικής πρακτικής αυτών των νοσηλευτών έχει μελετηθεί ευρέως , απαιτείται μεγαλύτερη εξέταση για να καθοριστεί πως αυτό το συστατικό επηρεάζει τη μάθηση και την πρακτική τους εμπειρία.

Στόχος : Να ανακαλύψουν τις σχέσεις ανάμεσα στο συναίσθημα, τη μνήμη και τη μάθηση και τις επιπτώσεις στη νοσηλευτική κλινική πρακτική.

Ερευνητικός Σχεδιασμός : Πρόκειται για μια ποιοτική φαινομενολογική μελέτη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ανοιχτές , σε βάθος συνεντεύξεις . Συνολικά 22 νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Δεκέμβριου 2014. Ηθικές εκτιμήσεις : Η Επιτροπή Ηθικής Νοσηλευτικής Σχολής ενέκρινε τη μελέτη , η οποία συμμορφώθηκε με τις ηθικές αρχές και απαιτούσε συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης .

Ευρήματα : Βρήκαμε μια σαφή σχέση ανάμεσα στο συναίσθημα, τη μνήμη και την απόκτηση εμπειρίας. Αυτή η σχέση ομαδοποίησε τρεις διαστάσεις : (1)ικανοποίηση , για να ανακουφίσει τον πόνο ή την ταλαιπωρία του ασθενούς , να δώσει εμπιστοσύνη και μια αίσθηση ασφάλειας στον ασθενή, να επιτρέψει την παρουσία μελών της οικογένειας στη μονάδα εντατικής θεραπείας και να

παρέχει στα μέλη της οικογένειας μια ρεαλιστική άποψη για την κατάσταση του ασθενούς (2) εμπειρία σφάλματος , την οποία νιώθουν οι νοσηλευτές όταν πεθάνει ένας ασθενής , όταν δεν συνοδεύουν τον ασθενή στην απόφαση του να εγκαταλείψει τον αγώνα για να ζήσει ή όταν δεν παρέχουν υποστήριξη στην οικογένεια του ασθενούς και (3) το παράδοξο της καλής-κακής αίσθησης , το οποίο συμβαίνει όταν επιδιορθώνεται ένα λάθος στη φροντίδα του ασθενούς ή στον χειρισμό της οικογένειας του.

Συμπεράσματα : Το συναίσθημα είναι μια ικανότητα που επηρεάζει την εμπειρία των νοσηλευτών και επηρεάζει τις βελτιώσεις στην κλινική πρακτική . Η ανάκληση ιστοριών ικανοποίησης βοηθά στην ενίσχυση της ορθής πρακτικής ενώ η ανάκληση ιστοριών σφαλμάτων βοηθά στον εντοπισμό δυσκολιών στο επάγγελμα και στην αναγνώριση νέων μορφών δράσης . Η άρθρωση των συναισθηματικών ικανοτήτων μπορεί να υποστηρίξει την ανάπτυξη της νοσηλευτικής ηθικής στη μονάδα εντατικής θεραπείας για την προστασία και την υπεράσπιση των ασθενών τους και την βελτίωση των σχέσεων τους με τις οικογένειες προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το δυναμικό για την φροντίδα των ασθενών.

9. **Effects of the use of interactive E-books by intensive care unit patients' family members : Anxiety , learning performances and perceptions .**

Abstract : In an intensive care unit (ICU) , patients' families play a very important role ; however , they often lack medical knowledge and are extremely anxious , which could affect their ability to take care of the patients . The effects of giving conventional paper- based instruction are limited in terms of improving patients' families' understanding of the facilities and the rules in the ICU and in reducing their anxiety . Therefore, in this study , an interactive e-book was developed to present the nursing education content to ICU patients' family members. An experiment was conducted to compare the learning performances and perceptions of the patients' family members learning with the interactive e-book and those who learned with the conventional approach . The research results showed that the nursing e-book significantly improved the learning performances of the ICU patients' family members ,although their anxiety was not immediately reduced . Moreover , the family members

perceived that the e-book was useful and easy to use , and generally showed high satisfaction with its use. This reveals the potential of using interactive e-books to improve the quality of nursing service in hospitals .

Επιδράσεις από την χρήση διαδραστικών ηλεκτρονικών βιβλίων από μέλη της οικογένειας ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας : Άγχος , μαθησιακές επιδόσεις και αντιλήψεις .

Περίληψη : Σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) , οι οικογένειες των ασθενών διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο ωστόσο , συχνά έχουν έλλειψη ιατρικών γνώσεων και είναι εξαιρετικά ανήσυχοι , κάτι που θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητα τους να αναλάβουν τη φροντίδα των ασθενών. Τα αποτελέσματα της παροχής συμβατικής διδασκαλίας σε χαρτί είναι περιορισμένα όσον αναφορά τη βελτίωση της κατανόησης των οικογενειών των ασθενών σχετικά με τις εγκαταστάσεις και τους κανόνες της ΜΕΘ και στην μείωση του άγχους τους. Ως εκ τούτου , στην παρούσα μελέτη , αναπτύχθηκε ένα διαδραστικό ηλεκτρονικό βιβλίο για να παρουσιάσει το περιεχόμενο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα μέλη της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ. Πραγματοποιήθηκε ένα πείραμα για σύγκριση των μαθησιακών επιδόσεων και των αντιλήψεων των μελών της οικογένειας των ασθενών που μαθαίνουν με το διαδραστικό ηλεκτρονικό βιβλίο και εκείνων που έμαθαν με την συμβατική προσέγγιση . Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το ηλεκτρονικό βιβλίο νοσηλευτικής βελτίωσε σημαντικά τις μαθησιακές επιδόσεις των μελών της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ , αν και το άγχος τους δεν μειώθηκε αμέσως. Επιπλέον ,τα μέλη της οικογένειας αντιλήφθηκαν ότι το ηλεκτρονικό βιβλίο ήταν χρήσιμο και εύκολο στη χρήση και γενικά έδειξαν υψηλή ικανοποίηση από την χρήση του. Αυτό αποκαλύπτει τη δυνατότητα χρήσης διαδραστικών ηλεκτρονικών βιβλίων για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία .

10. **Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU) : a qualitative study .**

Objective : Nursing is characterized as a profession that provides holistic, person-centered care. Due to the condition of the critically ill, a family-centered care model is more applicable in this context. Furthermore, families are at risk of emotional and psychological distress, as a result of the admission of their relative to intensive care. The families' experiences of their interactions in the intensive care have the potential to enhance or minimise this risk . This paper presents a subset of findings from a broader study exploring families of critical ill patients' experiences of their interactions with staff , their environment, the patient and other families , when their relative is admitted to an Australian intensive care unit. By developing an understanding of their experience , nurses are able to implement interventions to minimise the families' distress , while providing more holistic , person-and family- centered care.

Research Design : The study was a qualitive enquiry that adopted the grounded theory approach for data collection and analysis. In -depth interviews with family members occurred between 2009 and 2011, allowing the thoughts on interactions experienced by those families , to be explored. Data were analysed thematically. Twelve family members of 11 patients participated in this study .

Setting : This study was undertaken in a mixed intensive care unit of a large metropolitan hospital in Australia .

Findings : Interactions experienced by families of the critically ill primary revolved around seeking information and becoming informed. Further examination of the interviews suggested that staff interacted in supportive ways due to their communication and interpersonal skills. However , families also experienced unsupportive interactions as a result of poor communication .

Conclusion : Facilitating communication and interacting in supportive ways should help alleviate the anxiety and distress experienced by families of the critically ill in the intensive care unit.

Οι εμπειρίες των οικογενειών σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις τους με το προσωπικό σε μια Αυστραλιανή μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU) : μια ποιοτική μελέτη .

Σκοπός : Η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως ένα επάγγελμα που παρέχει ολιστική , προσωποκεντρική φροντίδα . Λόγω της κατάστασης των κρίσιμων

ασθενειών , ένα μοντέλο οικογενειακής φροντίδας είναι πιο εφαρμόσιμο σε αυτό το πλαίσιο . Επιπλέον , οι οικογένειες διατρέχουν κίνδυνο συναισθηματικής και ψυχολογικής δυσφορίας , ως αποτέλεσμα της αποδοχής του συγγενή τους στην εντατική περίθαλψη . Οι εμπειρίες των οικογενειών σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις τους στην εντατική φροντίδα έχουν την δυνατότητα να ενισχύσουν ή να ελαχιστοποιήσουν αυτόν τον κίνδυνο . Αυτή η εργασία παρουσιάζει ένα υποσύνολο ευρημάτων από μια ευρύτερη μελέτη που διερευνά εμπειρίες οικογενειών των βαρέων πασχόντων ασθενών σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις τους με το προσωπικό , το περιβάλλον τους, τον ασθενή ,και άλλες οικογένειες , όταν ο συγγενής του εισάγεται σε Αυστραλιανή μονάδα εντατικής θεραπείας .Αναπτύσσοντας μια κατανόηση της εμπειρίας τους , οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εφαρμόσουν παρεμβάσεις για να ελαχιστοποιήσουν την αγωνία των οικογενειών, παρέχοντας παράλληλα πιο ολιστική , προσωποκεντρική – και οικογενειακή – φροντίδα .

Ερευνητικός Σχεδιασμός : Η μελέτη ήταν μια ποιοτική έρευνα που υιοθέτησε τη βασισμένη θεωρητική προσέγγιση για την συλλογή και ανάλυση δεδομένων . Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε βάθος με μέλη της οικογένειας μεταξύ 2009 και 2011 , επιτρέποντας την εξερεύνηση των σκέψεων σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις που βιώνουν αυτές οι οικογένειες. Τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά. Δώδεκα μέλη της οικογένειας από 11 ασθενείς συμμετείχαν σε αυτή την μελέτη .

Περιβάλλον : Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μια μικτή μονάδα εντατικής θεραπείας ενός μεγάλου μητροπολιτικού νοσοκομείου στην Αυστραλία .

Ευρήματα : Οι αλληλεπιδράσεις που βιώνουν οι οικογένειες των ασθενών κατά κύριο λόγο περιστρέφονται γύρω από την αναζήτηση πληροφοριών και την ενημέρωση . Περαιτέρω εξέταση των συνεντεύξεων έδειξε ότι το προσωπικό αλληλοεπίδρασε με υποστηρικτικούς τρόπους λόγω των επικοινωνιακών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων του . Ωστόσο , οι οικογένειες βίωσαν επίσης μη υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις ως αποτέλεσμα κακής επικοινωνίας .

Συμπεράσματα : Η διευκόλυνση της επικοινωνίας και η αλληλεπίδραση με υποστηρικτικούς τρόπους θα πρέπει να βοηθήσει στην ανακούφιση του άγχους

και της δυσφορίας που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των κρίσιμων ασθενών στην μονάδα εντατικής θεραπείας .

4.4Συμπεράσματα

Οι οικογένειες των βαρέων πασχόντων ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας βιώνουν πολυάριθμες επιβαρύνσεις εκ των οποίων η πιο διαδεδομένη εντοπίζεται στον ψυχοκοινωνικό τομέα . Πιο συγκεκριμένα , η εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης , του άγχους , του μετατραυματικού στρες , τις διαταραχές του ύπνου καθώς και το αίσθημα της ντροπής εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως το φύλο , η ηλικία , η σχέση του φροντιστή με τον ασθενή και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση . Παράλληλα , οι επαγγελματίες υγείας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας πρέπει να παρέχουν ολιστική προσέγγιση στην φροντίδα των ασθενών , τοποθετώντας στο επίκεντρο και την οικογένεια τους ώστε να καλύψουν τις ανάγκες της ενημέρωσης και της συναισθηματικής στήριξης της ομάδας αυτής . Η ανάγκη για ενημέρωση και η αναζήτηση πληροφοριών αποτελούν πρωταρχικές ανάγκες των μελών της οικογένειας .Λόγω της πληθώρας πληροφοριών που δέχεται η οικογένεια , οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό εκπαιδευτικών στρατηγικών με αποτέλεσμά την διευκόλυνση παροχής τους. Στις στρατηγικές αυτές περιλαμβάνονται τα οπτικοακουστικά μέσα , τα διαδραστικά ηλεκτρονικά βιβλία και η επικοινωνία . Επιπλέον, οι νοσηλευτές με την ενσυναίσθηση και την αλληλεπίδραση με την οικογένεια κατά την διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης στοχεύουν στην βελτίωσή της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και στην ανάπτυξη της γνωστικής και συναισθηματικής τους υποστήριξης .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Acebedo-Urdiales, M. S., Jiménez-Herrera, M., Ferré-Grau, C., Font-Jiménez, I., Roca-Biosca, A., Bazo-Hernández, L., ... & Medina-Moya, J. L. (2018). The emotion: A crucial component in the care of critically ill patients. *Nursing ethics*, *25*(3), 346-358.
2) Baird , M. , Keen, J. & Swearingen , P.L. , 2010. *Care Nursing: Nursing Interventions and Collaborative Management* . Μεταφρασμένο από Αγγλικά από επιμέλεια έκδοσης . Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
3) Bolosi, M., Peritogiannis, V., Tzimas, P., Margaritis, A., Milios, K., & Rizos, D. V. (2018). Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *Journal of neurosciences in rural practice*, *9*(4), 522.
4) Chow, S. M. (1999). Challenging restricted visiting policies in critical care. *Official journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses*, *10*(2), 24-27.
5) Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., ... & Hopkins, R. O. (2019). Psychological sequelae in family caregivers of critically iII intensive care unit patients. A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, *16*(7), 894-909.
6) Kinghorn ,S . & Gamlin , R., 2007. *Palliative Nursing-Bringing Comfort and Hope* . Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Θεοδοσοπούλου -Ευθυμίου. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
7) Konstanti, Z., Gouva, M., Dragioti, E., Nakos, G., & Koulouras, V. (2016). Symptoms of cardiac anxiety in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, *25*(5), 448-456.
8) Koulouras, V., Konstanti, Z., Lepida, D., Papathanakos, G., & Gouva, M. (2017). Shame feeling in the Intensive Care Unit patient’s family members. *Intensive and Critical Care Nursing*, *41*, 84-89.

9) Lee, S. Y., Wang, T. J., Hwang, G. J., & Chang, S. C. (2019). Effects of the use of interactive E-books by intensive care unit patients' family members: Anxiety, learning performances and perceptions. *British Journal of Educational Technology*, *50*(2), 888-901.

10) Mendes, A. P. (2019). Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. *Revista brasileira de enfermagem*, *72*(1), 154-161.

11) Owens, R. L., Huynh, T. G., & Netzer, G. (2017). Sleep in the intensive care unit in a model of family-centered care. *AACN Advanced Critical Care*, *28*(2), 171-178.

12) Salvador Minuch (2000). Families *And Family Therapy*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Φ. Αναγνωστόπουλος . Έκτη έκδοση . Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα .

13) Stanhope , M., Lancaster , J ., 2014. *Foundations of nursing in the community , Community- Oriented Practice* . Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Θεοδούλα , Α. Κεφαλιάκος & Μ. Ηγουμενίδης . Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη

14) Urden , L.D. , Stacy , K. M. & Lough , M. E., 2016. *Priorities in critical care nursing* . Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Π. Αρβανίτη . Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη

15) van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & van der Schaaf, M. (2015). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care*, *20*(1), 16.

16) Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *31*(1), 51-63.

17) Γιούρντα ,Α.Μ. & Τούλια ,Γ., 2015. *Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας* . Βήμα του Ασκληπιού , 14(1).

18) Γκούβα , Μ., & Κοτρώτσιου , Ε., 2011. *Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας* . 2η Έκδοση . Αθήνα : Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός

19) Ζακυνθινός , Σ. & Βρεττού , Χ., 2015. *Θέματα Εντατικής Θεραπείας* . [ηλεκτρονικό βιβλίο] , Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: http://hdl.handle.net/11419/2946 [Έγινε πρόσβαση Αύγουστο 2020]

20) Καλοκαιρινού , Α. & Αθανασοπούλου , Μ., 2010. *Νοσηλευτική της Οικογένειας* . Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

21) Κουτσούκου , Α. και συν , 2015. *Βασικές Αρχές Εντατικής Θεραπείας* .[ηλεκτρονικό βιβλίο].Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: http://hdl.handle.net/11419/5941 [Έγινε πρόσβαση Αύγουστο 2020]

22) Νάκος , Γ. και συν, 2015 . *Εντατική Θεραπεία : Αρχές και εξελίξεις* .[ηλεκτρονικό βιβλίο], Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο από : http://hdl.handle.net/11419/889 [Έγινε πρόσβαση Αύγουστο 2020]

23) Παπαδάτου ,Δ. & Αναγνωστόπουλος ,Φ ., 2012 . *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας* . Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση

24) Παπακωνσταντίνου , Κ., Καραμπίνης , Α., Μπαλτόπουλος , Ι., 2006. *Η νοσηλευτική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας* . Αθήνα : ΤΕΙ Ηπείρου.

25) Ρούσσος Χ., 2009. *Εντατική Θεραπεία* . Τόμος 1. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

26) Σπυρόπουλος , Β. , 2015 . *Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας* .[ηλεκτρονικό βιβλίο] , Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 7. Διαθέσιμο στο: http://hdl.handle.net/11419/3042 [Έγινε πρόσβαση Αύγουστο 2020]

27) Ψαθάς, Χ., Αργυρίου, Γ., Καδδά, Ό., Νέστωρ, Α., Ρούτση, Χ., Βασιλόπουλος, Γ., & Μαρβάκη, Χ. (2015). *Διερεύνηση απόψεων ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το επισκεπτήριο στις μονάδες εντατικής θεραπείας.*