



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

**Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε  
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από τις φοιτήτριες:

Ντάμα Ευσταθία

Τυμπακιανάκη Ξανθίπη

Φραντζεσκάκη Σαββίνα

Επιβλέπων καθηγητής:

Ρίκος Νικόλαος

RN, MPH, PhDc

Ηράκλειο, Μάρτιος 2017



**Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών, όσων νοσηλεύονται σε  
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Νοσοκομείου**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από τις φοιτήτριες:

Ντάμα Ευσταθία

Τυμπακιανάκη Ξανθίπη

Φραντζεσκάκη Σαββίνα

Επιβλέπων καθηγητής:

Ρίκος Νικόλαος

RN, MPH, PhDc

Ηράκλειο, Μάρτιος 2017

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

## Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας, τους φίλους και τους συντρόφους μας, για την συμπαράστασή τους. Ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει σε όσους δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην κόρη της Ξανθίππης, που με τα καμώματά της έφτιαχνε την διάθεσή μας και μας έδινε κουράγιο. Τέλος να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Νίκο Ρίκο, που ανέλαβε την επίβλεψη της πτυχιακής εργασίας και ήταν πάντα στο πλευρό μας, πρόθυμος να λύσει οποιαδήποτε απορία μας.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

---

## Περιεχόμενα:

Περίληψη .....	6
Ιστορική αναδρομή .....	9
Ιστορικά ορόσημα κατά την εξέλιξη της Εντατικής Θεραπείας.....	13
Η ίδρυση του Συλλόγου της Επείγουσας φροντίδας .....	15
Ανάγκη δημιουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας .....	16
Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.....	17
Τύποι Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.....	18
Κριτήρια εισόδου ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	19
Ενδείξεις εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	20
Ρόλος του νοσηλευτή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας .....	22
Περιγραφή της προβληματικής του υπο διερεύνηση θέματος, δηλαδή του προσδιορισμού των αναγκών των συγγενών ασθενών σε Μ. Ε. Θ.....	27
Επισκόπηση της βιβλιογραφίας-Ευρημάτων σύγχρονης έρευνας.....	30
B. Ειδικό μέρος.....	40
Σκοπός .....	41
Ερευνητικά Ερωτήματα.....	41
Είδος Μελέτης.....	41
Δειγματοληψία .....	41
Ηθική δεοντολογία.....	42
Στατιστική ανάλυση .....	43
Αποτελέσματα.....	44
Συζήτηση .....	61
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	65
Βιβλιογραφία .....	67

Παράρτημα.....	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ CCFNI – ΑΝΟΙΧΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ .....	72
Παράρτημα Ια: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου .....	78
Παράρτημα Ιιβ: Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας (ΤΕΙ) .....	79
Παράρτημα Ιιγ: Έγκριση Έρευνας από τα τρία νοσοκομεία Αθήνας .....	80

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ξαφνική εισαγωγή ενός αγαπημένου προσώπου στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι ένα εξαιρετικά οδυνηρό και αγχωτικό γεγονός για την οικογένειά του. Τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος στην έκβαση της πορείας της νόσου, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός και δίνεται πλέον έμφαση στις ανάγκες των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση των αναγκών των συγγενών των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας καθώς και η ικανοποίησή τους από το προσωπικό της Μονάδας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ως εργαλείο μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διερεύνησης αναγκών CCFNI με τις 45 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες, δημογραφικά χαρακτηριστικά και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Το πεδίο μελέτης στο οποίο απευθυνθήκαμε ήταν οι οικογένειες των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Αυτό κατέστησε τη δειγματοληψία μας μη τυχαία και σκόπιμη, αφού στόχος μας ήταν ο προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών, όσων νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Συμμετείχαν 95 άτομα, τα οποία ήταν συγγενείς πρώτου βαθμού με τον ασθενή ανεξαρτήτως του φύλου. Οι συμμετέχοντες βίωσαν τη νοσηλεία αγαπημένου τους προσώπου άνω των 48 ωρών προκειμένου να αποκομίσουν την εμπειρία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στις οικογένειες στα εξής νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Γενικό Νοσοκομείο Θωρακικών Νοσημάτων Αθηνών «Η Σωτηρία», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο».

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος βαθμολογίας (σημαντικότητας) για κάθε μια από τις 45 ερωτήσεις ποίκιλε από 1,18-2,68 (στην δοσμένη κλίμακα από 1: πολύ σημαντικό έως 4: καθόλου σημαντικό). Πέντε ερωτήσεις αξιολογήθηκαν από τους ερωτώμενους ως πολύ σημαντικές (μέσος όρος < 1.25). Οι ερωτήσεις στην κατηγορία που αφορούν την ανάγκη για καθυσύχαση ξεχώρισαν συνολικά ως πολύ σημαντικές, ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων. Επίσης, οι συμμετέχοντες μικρότερης ηλικίας αξιολόγησαν τις ερωτήσεις που αφορούν τις ανάγκες για εγγύτητα, πληροφόρηση και άνεση ως πιο σημαντικές.

**Συμπεράσματα:** Η καλή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων και του οικογενειακού περιβάλλοντος, η σωστή συνεργασία αλλά και η συμμετοχή των συγγενών στην φροντίδα

του ασθενή, μπορεί να οδηγήσουν σε καλυψη των αναγκών των συγγενών, αλλά και σε βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή.

**Λέξεις - κλειδιά:** Ανάγκες, Προσδιορισμός, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Συγγενείς, φροντίδα.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

## Α. Γενικό Μέρος

---

Ντάμα-Τυμπακιανάκη-Φραντζεσκάκη



## Ιστορική αναδρομή

Οι ιστορικοί της ιατρικής, όπως ο Σιγκεριστ και άλλοι, που ασχολήθηκαν με την εξέλιξη των ιδρυμάτων και όχι μόνο, συμφωνούν ότι οι πρόδρομοι των σημερινών νοσοκομείων εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στη ρωμαϊκή αυτοκρατορία κατά τη διάρκεια του 4<sup>ου</sup> αιώνα. Τα συγκεκριμένα ιδρύματα είναι αυτά που έκαναν την αρχή για τα σύγχρονα νοσοκομεία. Πολίτες εκείνης της εποχής θα μπορούσαν χωρίς δυσκολία να εξηγήσουν τι είναι νοσοκομείο, αφού στην πλειοψηφία τους θα είχαν κάποια προσωπική εμπειρία είτε ως ασθενείς είτε ως φίλοι ή συγγενείς των ασθενών. Στόχος των τότε ιδρυμάτων ήταν η θεραπεία των ασθενών γεγονός που το ξεχωρίζει από τα μέχρι τότε αναρρωτήρια ή νοσηλευτήρια για γέροντες ή ανάπηρους. Οι ξενώνες αυτοί, όπως ονομάζονταν, στηρίζονταν σε φιλανθρωπικές επιφανών πολιτών, χρησίμευαν και σαν εκπαιδευτήρια ιατρικής και νοσηλευτικής κατάρτισης, οι ιατροί απαγορευόταν να αποδεχθούν την οποιαδήποτε αμοιβή και είχαν μια πολύ πρώιμη χωροταξική διάκριση των ασθενών. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά σκιαγραφούν κάτι πολύ γνώριμο στην εποχή μας: τα νοσοκομεία. <sup>(1)</sup>

Στις μέρες μας οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι βασικός τομέας του νοσοκομείου, μια κλινική με δικό της, εκπαιδευμένο προσωπικό, για την φροντίδα των βαριά αρρώστων και την συνεχή παρακολούθησή τους με monitoring. Πλέον σε όλα τα μέρη του κόσμου, για να δοθεί άδεια σε ένα νοσοκομείο να εκπαιδεύει γιατρούς, πρέπει οπωσδήποτε να διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Δεν ήταν όμως πάντα έτσι. <sup>(2)</sup>

Μια μικρή αρχή, έγινε το έτος 1850, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, όπου υπήρξε αυτό στο οποίο αργότερα εξελίχθηκε η Εντατική Θεραπεία. Η Florence Nightingale διαχώρισε τους στρατιώτες με τα πιο σοβαρά τραύματα και τους τοποθέτησε σε δωμάτια κοντά στον χώρο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να λαμβάνουν πιο εντατική φροντίδα. <sup>(3)</sup>

Το 1860, με την παρέμβαση ξανά της Florence Nightingale, διαπιστώθηκε πως είναι απαραίτητη η ίδρυση μιας χωριστής τοποθεσίας μέσα στο νοσοκομείο, στην οποία θα μπορούν να παρακολουθούνται στενά με μόνιτορ ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση. Η σύγχρονη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, προέρχεται από αυτό το δωμάτιο μετεγχειρητικής ανάρρωσης. <sup>(4)</sup>

Το 1910 οι Lewen και Sierers στη Γερμανία καθιέρωσαν την αναπνευστική υποστήριξη των ασθενών που υποβάλλονταν σε χειρουργικές επεμβάσεις θώρακος, μέσω ενός αναπνευστήρα προκαθορισμένης χορήγησης όγκου αέρα που λειτουργούσε με μοτέρ. Δεκατρία χρόνια μετά, το 1923, ο Dr Walter Dandy μέσα στα πλαίσια της ανάρρωσης από χειρουργείο οργάνωσε μια νευρολογική μονάδα χειρουργείου στο νοσοκομείο John Hopkins της Βαλτιμόρης, στην οποία συγκέντρωσε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.<sup>(6)</sup> Στο παιδιατρικό νοσοκομείο Sarah Morris στο Σικάγο το 1927, δημιουργήθηκε η πρώτη μονάδα φροντίδας προώρων νεογνών, επιδεικνύοντας έτσι και την ανάγκη για εξειδίκευση στην αντιμετώπιση των πασχόντων, ανάλογα την ηλικία και την ιδιαιτερότητα του προβλήματος, δίνοντας το έναυσμα για την ίδρυση επιμέρους Μονάδων Αντιμετώπισης (Μ.Ε.Θ. Νεογνών, Εμφραγμάτων, Εγκαιμάτων κτλ). Λίγο αργότερα το 1929 στη Βοστώνη ο Philip Drinker, μηχανικός στο επάγγελμα και οι ιατροί Shaw και McKann συνεργάστηκαν και δημιούργησαν τον πρώτο αναπνευστήρα αρνητικής πίεσης με δυνατότητα μαζικής παραγωγής. Η ορολογία «drinking», από το όνομα του ανθρώπου που εφήυρε τον εν λόγω αναπνευστήρα, δεκαετίες αργότερα χρησιμοποιείται σε όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του κόσμου. Μέχρι το 1932, εννέα χρόνια δηλαδή μετά την πρώτη του καινοτομία, ο ίδιος γιατρός που οργάνωσε την πρώτη νευρολογική μονάδα, ο Dr. Walter Dandy, βοήθησε να καθιερωθεί η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Αμερική, για νευρολογικούς μετεγχειρητικούς ασθενείς. Την δημιουργία περισσότερων μονάδων ώθησαν σημαντικά, κάποια καταστροφικά γεγονότα με τεράστιες απώλειες, όπως η φωτιά στο Cocoanut Grove της Βοστώνης το 1942, ενώ πολλά νοσοκομεία λειτούργησαν προσωρινά μονάδες προκειμένου να νοσηλεύσουν ασθενείς επιδημιών της πολιομυελίτιδας στις δεκαετίες του 1940 και 1950.<sup>(3,4,5)</sup>

Έχοντας ξεσπάσει ο 2<sup>ος</sup> Παγκόσμιος πόλεμος και πατώντας στα χνάρια των παρατηρήσεων της Florence Nightingale, γίνονταν διαχωρισμός των ασθενών και υπήρχαν ξεχωριστοί χώροι, στα πολεμικά νοσοκομεία για τους ασθενείς σε shock, μετά από τραυματισμούς στο πεδίο της μάχης ή έπειτα από εγχείριση. Κατά την διάρκεια του 1940, οι μονάδες αυξήθηκαν ακόμα περισσότερο και στην Ευρώπη, για να ανταποκριθούν στην κρίση της πολιομυελίτιδας. Έχει επικρατήσει σαν ιστορικό γεγονός, ότι η αρχή αυτού που ονομάζεται σήμερα Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ιδρύθηκε στην Κοπεγχάγη το 1953, εξ'ατίας αυτής της επιδημίας, η οποία εξαπλώνονταν. Μετά από μία αρχική θνητότητα της τάξεως του 87% (27 από τις πρώτες 31 περιπτώσεις), πρόεκυψε συνεργασία διαφόρων

ειδικοτήτων για τη δημιουργία ειδικής μονάδας μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης. Η νευρομυϊκή παράλυση των ασθενών απέκλειε τον αυθόρμητο αερισμό, με αποτέλεσμα την εισαγωγή του μηχανοκίνητου αερισμού για πρώτη φορά έξω από το δωμάτιο του χειρουργείου. Ο παθολόγος Henry Lassen με μεγάλη απροθυμία ζήτησε τη βοήθεια του Bjorn Ibsen, ο οποίος επεσήμανε, ότι οι ασθενείς πέθαιναν από την αδυναμία αερισμού των πνευμόνων, που είχε ως αποτέλεσμα την υψηλή συγκέντρωση διοξειδίου του άνθρακα (CO<sub>2</sub>). Ο Ibsen πρότεινε τον αερισμό με τα χέρια, μέσω ενός ενδοτραχειακού σωλήνα με αεροθάλαμο, η είσοδος του οποίου στην τραχεία, θα γινόταν με τραχειοστομία. Έπειτα ακολούθησε μία συνεργασία παθολόγων, αναισθησιολόγων και χειρουργών για να εγκαταστήσουν μία αναπνευστική συσκευή, η οποία είχε τη δυνατότητα να αερίζει έως και 70 ασθενείς την ίδια στιγμή με τα χέρια. Ο αερισμός γινόταν από νοσηλεύτριες. Με αυτό τον τρόπο το ποσοστό της θνησιμότητας των ασθενών έπεσε στο 25% ή και λιγότερο. <sup>(3)</sup> Παρόλο που οι παραπάνω ενέργειες εκείνη τη χρονική περίοδο έσωσαν αμέτρητες ζωές, λανθασμένα παρουσιάζονται από τους ιστορικούς ως την αρχή των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Έχουν υπάρξει αντιρρήσεις σε ότι αφορά την προτεραιότητα της Δανίας στην δημιουργία μιας πρώιμης Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο Blegdamshospitalet και στην ακόλουθη ίδρυση μονάδας από τον Ibsen το 1953 στο Kommunehospitalet, έχοντας υπόψη τον Dr. Walter Dandy στον οποίο έγινε προγενέστερη αναφορά. <sup>(3)</sup>

Ο επίσημος όρος της Εντατικής Θεραπείας εισήχθηκε πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του 1950 στο πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνιας, τεκμηριώνοντας την άποψη πως οι ασθενείς των οποίων κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους, οι κρίσιμα άρρωστοι και τραυματισμένοι, μπορεί να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης, αν τους παρέχεται επαγγελματική, ανεπτυγμένη φροντίδα. Την ίδια εποχή, το 1958 στο John Hopkins Bayview Hospital (Baltimore city Hospitals την εποχή εκείνη) συγκεντρώθηκε μια διεπιστημονική μονάδα παρακολούθησης ασθενών, με προσωπικό που ήταν μόνιμο και γιατρό, ο οποίος εφημέρευε στο χώρο, αντιμετωπίζοντας χειρουργικά, αναπνευστικά αλλά και καρδιολογικά περιστατικά. Ο αναισθησιολόγος Peter Safar, γνωστός σαν «πατέρας» της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ήταν ο εμπνευστής και υλοποιητής αυτής της ενέργειας. <sup>(3,5)</sup>

Η πρώτη καρδιολογική κλινική εντατικής θεραπείας για μετεγχειρητικούς ασθενείς, δημιουργήθηκε το 1951 στη Βοστώνη από τον Dwight Harken. Για πρακτικούς σκοπούς, αυτές ήταν κυρίως μονάδες για να συνέλθει ο ασθενής από την αναισθησία και

παρείχαν κυρίως monitoring για τις πρώτες μέρες μετά την εγχείρηση. Οι τωρινές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για το διάστημα μετά την εγχείρηση που υπερβαίνει το 24ωρο, θα εξελισσότουσαν δεκαπέντε (15) χρόνια μετά. <sup>(4)</sup>

Η εισαγωγή του αιμοδυναμικού monitoring ξεκίνησε από τις μονάδες shock και τραυμάτων. Η πρώτη μονάδα σοκ, δημιουργήθηκε το 1959 στο πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνιας από τους καρδιολόγους Weil και Shubin. Ξεκίνησε ως μια μονάδα κλινικής έρευνας, η οποία εστιαζόταν στην βελτίωση της κατανόησης της παθοφυσιολογίας και θεραπείας του shock, μέσα από τη μελέτη σε ασθενείς.

Σε αυτή τη μονάδα, υπήρξε ο πρώτος υπολογιστής δίπλα από το κρεβάτι του ασθενή, δηλαδή ένα συνεχές monitoring ηλεκτροκαρδιογραφήματος, πίεσης, σφυγμού, αναπνοής και άλλων ζωτικών σημείων, συμπληρώνοντας τα με πίεση αρτηριών και κεντρικών φλεβών, ροή ούρων, κεντρική και περιφερική θερμοκρασία και με κατά διαστήματα μέτρηση των αερίων αίματος από αγγειακά σημεία. Το συμπέρασμα ήταν πως αυτές οι μετρήσεις, παρείχαν στην ομάδα φροντίδας του ασθενή την ευκαιρία να δράσουν αμέσως αν η κατάσταση του ασθενή χειροτερεύσει. <sup>(3)</sup>

Την αμέσως επόμενη χρονιά, το 1960, δημιουργήθηκαν οι πρώτες καρδιολογικές - στεφανιαίες μονάδες με αιμοδυναμικό monitoring, στην περιοχή του Kansas από τον Day, στην Φιλαδέλφεια από τον Meltzer και στο Τορόντο από τον Brown. Κύριος σκοπός τους ήταν να παρακολουθούν και να θεραπεύουν κρίσιμες αρρυθμίες σε ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρέχοντας συνεχές ηλεκτροκαρδιογραφικό monitoring και προετοιμασία για άμεση ηλεκτρική και φαρμακολογική παρέμβαση. Το αποτέλεσμα ήταν θανάσιμες κοιλιακές αρρυθμίες να προληφθούν ή να αναστραφούν τελείως. <sup>(4)</sup>

## Ιστορικά ορόσημα κατά την εξέλιξη της Εντατικής Θεραπείας

Στον χώρο της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης η γνώση και οι ανακαλύψεις δεν σταματούν. Πολλές από τις διεργασίες που επιτελεί ένας ιατρός ή νοσηλευτής σήμερα μέσα μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τις οφείλει σε προγενέστερους επιστήμονες, οι οποίοι μελέτησαν σκληρά και καινοτόμησαν για να παρέχεται, αυτό που στην σημερινή εποχή αποκαλείται «ολιστική παροχή φροντίδας» στα νοσοκομεία. Έχουν σωθεί αναρίθμητες ζωές από τον συνδυασμό μεγαλοφυΐας και συνεχούς και επίπονης εργασίας, όμως η επιστήμη έχει πολλά βήματα ακόμη να κάνει.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 ο Zoll, ανέπτυξε μία μελέτη, οποία έδειχνε ότι η εφαρμογή απινίδωσης εξωτερικού συνεχούς ρεύματος (DC), μπορεί να σταματήσει την κοιλιακή μαρμαρυγή. Ο πρώτος καρδιακός βηματοδότης δημιουργήθηκε από τους Horps, Bingelow και Callaghan. Την πρώτη επιτυχημένη εγχείριση ανοιχτής καρδιάς έφερε εις πέρας ο John Gibbon στις 6 Μαρτίου του 1953, ενώ η βαλβίδα Starr-Edward χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία στις αρχές του 1960. Το 1920 έγινε ο πρώτος καθετηριασμός καρδιάς από τον Forssmann, πενήντα και περισσότερα έτη από όταν οι Swan και Ganz ανέπτυξαν τον –αμφισβητούμενο εκείνη την εποχή- καθετήρα τους.<sup>(6)</sup>

Παρ'όλο που ήδη από το 1909, τα ηλεκτρόδια μέτρησης του pH είχαν κατασκευαστεί από τον Klemensiewicz και το pH αίματος μετρήθηκε το 1925 από τον Kerridge, η διάδοση της μέτρησης του pH στο αίμα έλαβε χώρα στην δεκαετία του 1950. Έχοντας ως συμμαχο το pH του αίματος και την περιεκτικότητα του σε διοξείδιο του άνθρακα με τη μέθοδο Van Slyke, έγινε δυνατός ο υπολογισμός της μερικής πίεσης του άνθρακα στο αίμα. Αυτή η καινοτομία χρησιμοποιήθηκε σε ευρεία κλίμακα το 1952 στη Κοπεγχάγη με την έξαρση της πολιομυελίτιδας. Το πρώτο ηλεκτρόδιο O<sub>2</sub> το επινόησε ο Clark, ενώ ο Stow δημιούργησε το ηλεκτρόδιο για το CO<sub>2</sub> το 1957. Το 1972 ο Takuo Aoyagi κατασκεύασε το πρώτο παλμικό οξύμετρο και κατέγραψε πολύ περιγραφικά τις αρχές λειτουργίας του.<sup>(6)</sup>

Το 1861 ο Thomas Graham έδωσε μία πρώτη ιδέα και περιγραφή της διαδικασίας της διάλυσης, αλλά ο τεχνητός νεφρός αναπτύχθηκε περισσότερο και με πειράματα σε ζώα

αρχικά, από τους Abel, Rowntree και Turner το 1913. Ο πρώτος άνθρωπος ο οποίος υποβλήθηκε σε αιμοδιαλυση και σώθηκε, ήταν μία 67χρονη γυναίκα, έχοντας γιατρό τον Kollf το 1945. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 1962 ο Scribner εφήυρε τόσο την παράκαμψη (shunt), που πήρε το όνομά του, όσο και την επιτροπή βιοηθικής.<sup>(6)</sup>

Ο Cybulsky αρχικά το 1895 ανακάλυψε την αδρεναλίνη (επινεφρίνη), αλλά ο Takamine την εξέλιξε στην κεκαθαρμένη της μορφή και κατάφερε να την κατοχυρώσει. Οι Graeser και Rowe το 1935 ξεκίνησαν τη χρήση της αδρεναλίνης εισπνεύσιμη, για τη δράση της ως βήτα-αγωνιστή. Η νοραδρεναλίνη αναγνωρίστηκε ως συμπαθητικομητικό το 1946. Μία μεγάλη καινοτομία, η οποία μέχρι την δεκαετία του 1960 δεν ήταν δυνατή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ήταν η εντερική σίτιση, στην οποία οι Dudrick και Roads εισήγαγαν την πλήρη παρεντερική διατροφή.<sup>(6)</sup>

Ενώ η μετάγγιση αίματος είχε περιγραφεί αιώνες πριν, μόλις το 1901 ο Landsteiner για πρώτη φορά, μίλησε για το σύστημα ABO, όμως ο Ottenberg πραγματοποίησε την πρώτη στοιχειοθετημένη μετάγγιση μετά από διασταύρωση, έξι χρόνια μετά. Στην Αγγλία το 1916 χρησιμοποιήθηκε, για πρώτη φορά, υπό ψύξη αποθηκευμένο αίμα για μετάγγιση. Ο Kolf ήταν ο πρωτοπόρος που ξεκίνησε μια υπηρεσία μεταγγίσεων στη κεντρική Ευρώπη.<sup>(6)</sup>

Η ανακάλυψη και αργότερα η χρήση των σουλφοναμίδων από τον Domagk το 1932, ήταν η απαρχή της αντιμικροβιακής εποχής. Η πενικιλίνη που έχει χρήση ως αντιβιοτικό, ανακαλύφθηκε από τον Flemming το 1928. Μολονότι σώζει ζωές καθυστέρησε δεκατέσσερα ολόκληρα χρόνια εξ'αιτίας της ιδιαίτερως δύσκολης διαδικασίας παραγωγής κεκαθαρμένης ικανοποιητικής ποσότητας. Τελικά η «καθαρή» μορφή της επιτεύχθηκε από τους Heatley, Florey και Chain. Η αντιβιοτική δράση της πενικιλίνης αναδείχθηκε ακόμη περισσότερο, όταν χρησιμοποιήθηκε μετά τη φωτιά στο δάσος των Κοκοφοινίκων το 1942. Αργότερα χρησιμοποιήθηκε με τόση υπερβολή, που μέχρι το τέλος της δεκαετίας, πολλά στελέχη του χρυσίζοντος σταφυλόκοκκου (staphylococcus aureus) ήταν ήδη ανθεκτικά. Αυτό το μοτίβο είναι επαναλαμβανόμενο με τη χρήση κάθε καινούριου αντιβιοτικού.<sup>(6)</sup>

## Η ίδρυση του Συλλόγου της Επείγουσας φροντίδας

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1960, οι γιατροί Weil και Safar, αντάλλαξαν ιδέες με τον χειρουργό πρώιμων τραυμάτων και φυσιολόγο William Shoemaker, ο οποίος ήταν εκείνος που επέκτεινε την έννοια πως η φροντίδα των σοβαρά αρρώστων έχρηζε χειρουργικής φροντίδας και ειδικά εκείνων με θανάσιμα τραύματα.

Οι Weil, Safar και Shoemaker μέσα από μια σειρά προσωπικών διαλόγων, εξέλιξαν τα κοινά στοιχεία των στόχων τους, ένα γεγονός που τους ώθησε να ενώσουν τις προσπάθειες τους για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με συνθήκες απειλητικές για τη ζωή, ανεξάρτητα από τα όποια εμπόδια έθετε η κάθε ειδικότητα.

Το 1967 οι τρεις γιατροί, συναντήθηκαν τυχαία στο Atlantic City, στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικάνικης Εταιρίας Φυσιολογίας. Συνέχισαν να αλληλογραφούν τακτικά και προσκάλεσαν 28 ηγέτες της ιατρικής, από διάφορες ειδικότητες, για να προτείνουν έναν διεπιστημονικό οργανισμό. Ο οργανισμός αυτός μετεξελίχθηκε στον «Σύλλογο της Επείγουσας Φροντίδας».

Αρχικός τους στόχος ήταν ένας διεπιστημονικός σύλλογος, ο οποίος θα προάγει την εκπαίδευση της νέας γενιάς φυσιοθεραπευτών και χειρουργών από διάφορες ειδικότητες, οι οποίοι θα ήταν πρόθυμοι, να αφιερώσουν τις ζωές τους στην φροντίδα των κρίσιμα σε κατάσταση ασθενών και τραυματισμένων.

Σήμερα ο Σύλλογος αριθμεί πάνω από δεκατέσσερις χιλιάδες (14.000) μέλη, δραστηριοποιείται σε περισσότερες από ογδόντα (80) χώρες. Στα μέλη του ανήκουν εκτός από γιατροί, φυσιοθεραπευτές, εξειδικευμένες νοσηλεύτριες, φαρμακοποιοί, αναπνευστικοί θεραπευτές και επαγγελματίες άλλων συναφών επαγγελμάτων.<sup>(3)</sup>

Το 1969 ιδρύθηκε η Αμερικανική Οργάνωση Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (American association of critical Care Nurses, AACN), η οποία αρχικά είχε εκατόν σαράντα (140) μέλη.

Στην Ελλάδα η πρώτη πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δημιουργήθηκε το 1978 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών.<sup>(5)</sup>

## Ανάγκη δημιουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

Η εντατική θεραπεία μπορεί να υφίσταται μόνο με τη συνέργεια πολλών ειδικοτήτων και θεραπευτικών μέσων. Η συγκέντρωση πολλών ειδικοτήτων, η πολυδιάστατη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών και η συστηματική παρακολούθηση τους, ήταν μερικές από τις αιτίες που οδήγησαν στην δημιουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.<sup>(6)</sup>

Με την έξαρση της πολιομυελίτιδας στις αρχές της δεκαετίας του 1950 και την παρατήρηση ότι οι ασθενείς κατέληγαν λόγω αναπνευστικής παράλυσης επήλθε η ανάγκη μηχανικού αερισμού και στενής παρακολούθησης τους. Οι ασθενείς αυτοί στην πλειοψηφία τους υπέφεραν και από οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια. Η πολυπλοκότητα αυτή της κατάστασης τους επέτασσε το προσωπικό παροχής φροντίδας να παρακολουθεί εντατικά τους αρρώστους.<sup>(5,7)</sup>

Ο χειρισμός λοιπόν των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αφορά τις ιδιαίτερα επιτακτικές ανάγκες των βαρέων πασχόντων ασθενών να αντιμετωπίζονται σε ένα συνεχόμενα ελεγχόμενο περιβάλλον. Για το λόγο αυτό η Μονάδα της Εντατικής Θεραπείας έχει δημιουργηθεί και διαμορφωθεί έτσι χωροταξικά, ώστε να προσφέρει ένα χώρο κατάλληλο να επιλύσει ζητήματα υγείας, τις περισσότερες φορές, άσχετα με την πρωταρχική αιτία εισαγωγής του ασθενή. Η θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση επικεντρώνεται στην επαναφορά των ζωτικά απαραίτητων λειτουργιών, την αναπνοή, το κυκλοφορικό και την ομοιόσταση, καθιστώντας έτσι τη βασική πάθηση ακόμα και δευτερεύουσας σημασίας.<sup>(7)</sup>

Η ανάγκη λοιπόν να αυτονομηθούν και να υποκατασταθούν οι ζωτικές λειτουργίες γέννησε τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, την πιο προχωρημένη και εξειδικευμένη μορφή παροχής φροντίδας.



## Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

Αυτό που ξεχωρίζει τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από τις υπόλοιπες κλινικές, είναι το γεγονός ότι δεν είναι αναγκαίο να ανήκει σε ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, αλλά μπορεί να είναι διαρρυθμισμένες και τοποθετημένες έτσι χωροταξικά, ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν ακόμη και μία ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια, αρκεί να συμφωνεί πάντα, με τις ειδικές ανάγκες της.<sup>(7)</sup>

Για να θεωρείται μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεσματική έχουν επικρατήσει διεθνώς δύο κατευθυντήριοι παράμετροι ανάπτυξης. Η πρώτη αναφέρει πως ανάλογα με τον αριθμό που καλύπτει η νοσηλευτική ενότητα, ένα κρεβάτι Μ.Ε.Θ. αναλογεί σε πληθυσμό τριών χιλιάδων (3.000) ατόμων και η δεύτερη ότι ανάλογα με τον αριθμό των κρεβατιών του νοσοκομείου, τα κρεβάτια της Μ.Ε.Θ. θα πρέπει να ανέρχονται στο 3-5% του συνόλου των κρεβατιών. Όσο αφορά το μέγεθος τους, μελέτες έχουν δείξει πως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κάτω των τεσσάρων έως έξι (4-6) κρεβατιών είναι οικονομικά ασύμφορες και το επιδιωκόμενο είναι να μην υπερβαίνουν τις δεκαπέντε (15) κλίνες για να μην υπερφορτώνονται τα οργανωτικά και διοικητικά τους προβλήματα.<sup>(5,7)</sup>

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχουν μεγάλες ιδιοτυπίες, γεγονός που αναγκαστικά διαφοροποιεί τους ισχύοντες κανόνες της από τους κανόνες άλλων τμημάτων. Γενικότερα η αποδοτικότητα μίας Μονάδας, δεν καθορίζεται τόσο από τον αριθμό των κρεβατιών που διαθέτει, όσο από την ετοιμότητά της να δεχθεί βαριά περιστατικά. Μια Μ.Ε.Θ. από τη φύση της αφορά πολλές ειδικότητες. Το προσωπικό λοιπόν σε αυτές τις μονάδες κάνει όλη την διαφορά.<sup>(5,7)</sup>

Ιατρικό: Στις Μ.Ε.Θ. παρέχεται ιατρική κάλυψη από μία βασική και ειδικευμένη ομάδα και από ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει τουλάχιστον ολιγόμηνη εκπαίδευση στο τμήμα, η ομάδα λογοδοτεί στον διευθυντή, ο οποίος έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος, ενώ επιμελητές και ειδικευόμενοι έχουν την ευθύνη της εφημερίας και των παρεμβάσεων που γίνονται καθ' όλη την διάρκειά της.<sup>(5,7)</sup>

Νοσηλευτικό: Αυτό το προσωπικό είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για αυτό το λόγο είναι η εξεύρεσή του δύσκολη και η μετακίνησή του ακόμα δυσκολότερη. Σε μια Μονάδα απαραίτητος είναι ο νοσηλευτής, κλινικός εκπαιδευτής, του

οποίου τα καθήκοντα αναλαμβάνει ο εμπειρότερος σε περίπτωση απουσίας του (η ειδική εκπαίδευση μπορεί να κρατήσει από τρεις (3) έως και δώδεκα (12) μήνες ανάλογα με τις περιπτώσεις). Ο αριθμός και η σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας εξαρτώνται από τον αριθμό των κρεβατιών και το είδος των περιστατικών που περιθάλπει. Η διεθνώς αποδεκτή αναλογία κάλυψης είναι 1 νοσηλευτής ανά 1 κλίνη (1:1).<sup>(7, 8)</sup>

Παραϊατρικό: Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνεται το τεχνικό προσωπικό, το οποίο διαχειρίζεται πολύπλοκο, ευαίσθητο και πολύ ακριβό εξοπλισμό, το εργαστηριακό προσωπικό, του οποίου προβλέπεται η εργαστηριακή αυτοτέλειά του, με την παρουσία παρασκευαστών, λόγω συχνών εξετάσεων που τελούνται στην Μ.Ε.Θ. Στην πρωινή, τουλάχιστον, βάρδια υπάρχουν οι φυσικοθεραπευτές οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την πρόληψη και την αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.<sup>(5,7)</sup>

## Τύποι Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας χωρίζονται στις εξής δύο βασικές, μεγάλες κατηγορίες:

### A. Πολυδύναμες Μ.Ε.Θ.

Αυτές έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες ασθενών όλων των ειδικοτήτων και έχουν και τις επιμέρους διακρίσεις:

- Μ.Ε.Θ. επιπέδου I: είναι οι μονάδες που λειτουργούν ως Μονάδες Αυξημένης φροντίδας (Μ.Α.Φ.). Φιλοξενούν κυρίως μετεγχειρητικά περιστατικά και όσα απαιτούν μειωμένη ηλεκτροκαρδιογραφική και αναπνευστική παρακολούθηση.
- Μ.Ε.Θ. επιπέδου II: αυτές οι μονάδες παρέχουν 24ωρη κάλυψη και μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική υποστήριξη.
- Μ.Ε.Θ. επιπέδου III: αυτές βρίσκονται στα τριτοβάθμια νοσοκομεία και καλύπτουν όλο το φάσμα της αντιμετώπισης καθώς απαρτίζονται από εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.<sup>(4, 8)</sup>

## B. Ειδικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Είναι τμήματα που καλύπτουν ειδικές μόνο περιπτώσεις, γιατί υπάρχει αυτή η εξειδίκευση και διακρίνονται σε :

- Στεφανιαίες Μονάδες
- Μονάδες Μεταμοσχεύσεων
- Μονάδες Εγκαυμάτων
- Καρδιοχειρουργικές Μονάδες
- Μονάδες Νεογνών
- Μονάδες Παίδων
- Πνευμονολογικές Μονάδες
- Νεφρολογικές Μονάδες<sup>(5.7)</sup>

### **Κριτήρια εισόδου ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Ασθενείς υψηλής προτεραιότητας: Θεωρούνται όσοι είναι βαριά πάσχοντες, ταχέως εξελισσόμενοι ή ασταθείς, των οποίων οι ζωτικές λειτουργίες χρήζουν μηχανικής υποστήριξης.

Ασθενείς μεσαίας προτεραιότητας: Είναι οι ασθενείς με υπολειτουργικότητα ζωτικών λειτουργιών και ανάγκη υποστήριξής τους σε περίπτωση περεταίρω επιδείνωσης μετά από οξεία διαταραχή ή μείζονα χειρουργική επέμβαση.

Ασθενείς χαμηλής προτεραιότητας: Σε αυτούς τους ασθενείς δεν είναι αναγκαία η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών, υπάρχει όμως η ανάγκη ελέγχου της μετεγχειρητικής ανάνηψης ή παρακολούθησης κάποιας διαταραχής στα πλαίσια μιας χρόνιας ασθένειας η οποία επιβαρύνει την έκβαση της υγείας, όμως είναι δυνητικά αντιμετωπίσιμη.

## Ενδείξεις εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Οι κυριότερες ενδείξεις που απαιτούν εισαγωγή σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας:

- Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (ανεξαρτήτου αιτιολογίας)
- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια
- Κώμα κάθε είδους (από νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, μεταβολικές ή άλλες αιτίες)
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Πολυτραυματίες-πολυκαταγματίες
- Shock κάθε προέλευσης
- Δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές (διαταραχές πήξης, περιτονίτιδα, παγκρεατίτιδα, αιμοραγίες από το γαστρεντερολογικό, κλπ.)
- Σήψη
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Βαριές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας
- Εγκαύματα
- Βαριές μορφές εκλαμψίας
- Βαριές μορφές εμβολής
- Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (τα πρώτα 24ωρα)
- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Ανακοπή και αναζωογόνηση
- Οξείες δηλητηριάσεις

- Status epilepticus
- Κάθε παθολογική ή χειρουργική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς (π.χ. βαριές διαταραχές στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, τέτανος, κλπ.)
- Αντιδράσεις απόρριψης μεταμοσχευμένων οργάνων
- Φαρμακευτικές δηλητηριάσεις που συνοδεύονται από αμοδυναμική αστάθεια και διαταραχές επικοινωνίας
- Θύματα περιβαλλοντικών καταστροφών
- Κακοήθης υπερθερμία
- Ηλεκτροπληξία
- Οξεία αλλεργική αντίδραση<sup>(5,7)</sup>

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

## Ρόλος του νοσηλευτή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι ένας αυτόνομος χώρος του νοσοκομείου, όπου οι ασθενείς με σοβαρή οργανική ανεπάρκεια, λαμβάνουν εξελιγμένη τεχνολογική υποστήριξη ζωής, γεγονός που συνεπάγεται πως χρειάζονται και ένα ιδιαίτερο προσωπικό να την πλαισιώνει.

Ο αριθμός, η ποικιλία και οι ικανότητες του προσωπικού, που απαιτεί μια Μονάδα, αντανακλά το επίπεδο και τον φόρτο εργασίας της.

Υπάρχουν πέντε κύρια γκρουπ προσωπικού:

- Νοσηλευτές (οι περισσότεροι σε αριθμό)
- Ιατροί
- Λοιποί επαγγελματίες υγείας
- Διοικητικό προσωπικό και άνθρωποι του κλήρου
- Προσωπικό καθαριότητας και επιστάτες.<sup>(8)</sup>

Η φροντίδα του ασθενή που εισάγεται στην Μονάδα, πρέπει να εστιάζει κυρίως στην υποστήριξη των συστημάτων που υπολειτουργούν. Ο ασθενής όμως, δεν παύει να είναι άνθρωπος και να έχει ανάγκη για αξιοπρέπεια, ιδιωτικότητα, ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη, ανάγκες που τον καθορίζουν ως μια μοναδική προσωπικότητα και όχι απλά σαν έναν βιολογικά λειτουργικό οργανισμό. Μεταξύ των παραπάνω εργαζομένων μέσα στη μονάδα, ο νοσηλευτής είναι αυτός που μένει μαζί με τον ασθενή καθ'όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Συνεπώς, ένας θεμελιώδης ρόλος των νοσηλευτών είναι να είναι με τον ασθενή και για τον ασθενή, ως άνθρωπο.<sup>(9)</sup>

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (WFCCN), ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας παρέχει ολιστική φροντίδα σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες. Είναι αυτός που παρέχει βοήθεια, υποστήριξη και έχει ως στόχο την αποκατάσταση του ασθενή προς την υγεία του, την απάλυνση του πόνου του, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις την προετοιμασία για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Ο

στόχος της νοσηλευτικής στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι να δημιουργήσει μια θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και να ενισχύσει τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ικανότητες του ατόμου, μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκαταστατικής παρέμβασης. <sup>(10)</sup>

Επίσης, η WFCCN, ορίζει ως νοσηλευτή Μ.Ε.Θ. έναν άνθρωπο ο οποίος έχει ένα πτυχίο νοσηλευτικής στην χώρα του και συνεισφέρει στο πεδίο της νοσηλευτικής Μ.Ε.Θ. <sup>(3)</sup>

Ο νοσηλευτής, ο οποίος εργάζεται σε μια Μ.Ε.Θ, πρέπει να διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, αποτελεσματικότητα, να έχει ικανότητες επικοινωνίας, να είναι δημιουργικός και να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ωριμότητα. Επιπλέον, να είναι ειδικευμένος, εκπαιδευμένος και να έχει εξοικειωθεί με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας <sup>(10)</sup>

Όλα αυτά ξεκίνησαν με την εμφάνιση των μετεγχειρητικών μονάδων. Γεννήθηκε η ανάγκη για νοσηλευτές με μεγαλύτερη εξειδίκευση, που μπορούν να αντιμετωπίσουν επιπλοκές άμεσα και χωρίς επίβλεψη. Στη συνέχεια και με τη δημιουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, έγιναν το πλέον απαραίτητο προσωπικό για την στελέχωση της μονάδας. <sup>(4)</sup>

Η εκπαίδευση και η εξάσκηση των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ., τους παρέχει μοναδικές ικανότητες, πάνω από αυτές της Γενικής Νοσηλευτικής. Ο νοσηλευτής της Μονάδας πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένη γνώση, να βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση, να γνωρίζει τα monitor της μονάδας και να έχει αρκετή εμπειρία έτσι ώστε να μπορεί να δράσει άμεσα και να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε αλλαγή. <sup>(10)</sup>

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στη Μονάδα, είναι ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, που παρέχει απευθείας φροντίδα στον ασθενή. Εκτός από αυτούς, υπάρχει και ένας επικεφαλής βάρδιας ή συντονιστής και συχνά στις μεγαλύτερες μονάδες ακόμα ένας νοσηλευτής ως γενική υποστήριξη, ο οποίος παρέχει διαλείμματα χωρίς να διακινδυνεύει η ασφάλεια του ασθενούς και διευκολύνει άλλα θέματα οργάνωσης.

Η γενική κατεύθυνση και διαχείριση της νοσηλευτικής στην μονάδα, απαιτεί έναν διαχειριστή νοσηλευτή και έναν αρχηγό. Σε μικρές μονάδες τις δύο αυτές θέσεις έχει

ένα άτομο, αλλά σε μεγαλύτερες μονάδες το μέγεθος της εργασίας απαιτεί έναν διαχειριστή και έναν αρχηγό κλινικής ως χωριστούς ρόλους.

Επιπλέον, η συνεχής ανάγκη για εκπαίδευση στις ικανότητες της επείγουσας φροντίδας σημαίνει πως μια αναλογία των νοσηλευτών θα είναι αρχάριοι και θα μαθαίνουν αυτές τις δεξιότητες καθώς θα παρέχουν απευθείας φροντίδα ως μέρος ενός δομημένου εκπαιδευτικού προγράμματος στην Εντατική Θεραπεία. Απαιτείται να έχουν επίβλεψη από τον επικεφαλής νοσηλευτή ή κάποιον άλλο διορισμένο εκπαιδευτή.<sup>(8)</sup>

Οι απαιτήσεις τέτοιων κλινικών από τους νοσηλευτές της όμως είναι τεράστιες. Οι ασθενείς των Μονάδων χρειάζονται φροντίδα και παρακολούθηση όλες τις ώρες της ημέρας, γεγονός που κάνει την αναλογία νοσηλευτή/ασθενή μεγαλύτερη από τις άλλες κλινικές, με την ιδανική αναλογία να είναι ένας νοσηλευτής ανά ένα ασθενή (1:1). Πάνω στο θέμα αυτό όμως, έχουν υπάρξει αρκετές διαφωνίες.

Η μια άποψη είναι, πως η καλή φροντίδα των ασθενών φαίνεται να συνδέεται με την κατάλληλη αναλογία υψηλά ικανών νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. στο περιβάλλον της Μονάδας. Μπορεί η ιδανική συνθήκη 1:1 να μην είναι πραγματοποιήσιμη, αλλά είναι αναγκαίο να παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Ο νοσηλευτής της Μονάδας είναι επιφορτισμένος με τη γενική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντα ασθενή, ρόλο που απαιτεί ο αριθμός των νοσηλευτών να είναι τέτοιος, έτσι ώστε όλοι οι ασθενείς να παρακολουθούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Για να είναι αυτό εφικτό, χρειάζεται ανάλογος αριθμός νοσηλευτών, σίγουρα μεγαλύτερος από αυτόν που στελεχώνει τις υπόλοιπες κλινικές του νοσοκομείου.

Επιπλέον, η Ruth Endacott, ερευνήτρια νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ., η οποία έχει εργαστεί σε Αγγλία και Αυστραλία, ισχυρίζεται πως η καθοδήγηση και η μετάβαση των ασθενών από τον μηχανικό αερισμό είναι ένας από τους καθοριστικούς ρόλους των νοσηλευτών στις Μονάδες και πως ο χρόνος απογαλάκτισης των ασθενών αυξάνεται δραματικά, όταν η αναλογία νοσηλευτή/ασθενή είναι μειωμένη.<sup>(11)</sup>

Η αντίθετη άποψη είναι, πως μια μικρότερη αναλογία μπορεί να είναι αποτελεσματική εάν αντισταθμίζεται από προχωρημένο τεχνολογικά εξοπλισμό monitoring και συναγερμό σε κάθε κρεβάτι, τα οποία θα μειώσουν την ανάγκη για



νοσηλεία αναλογίας 1:1. Αυτή η άποψη όμως μέχρι σήμερα παραμένει χωρίς ισχυρή βάση, με τα στοιχεία που υπάρχουν να υποδεικνύουν το αντίθετο.

Αρχικά, περισσότερη και πιο εξελιγμένη τεχνολογία απαιτεί μεγαλύτερη επίβλεψη και διαχείριση. Στη συνέχεια, στα αποτελέσματα μιας μελέτης, η οποία διεξήχθη στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Hong Kong, αναφέρεται πως το 51% των περιστατικών, ανιχνεύθηκε από την απευθείας παρατήρηση, σε σύγκριση με το 27%, το οποίο ανίχνευσαν τα monitor. Επίσης, σε ανάλογη μελέτη στην Αυστραλία, προσωπικό των Μονάδων, το οποίο βρισκόταν δίπλα από το κρεβάτι του ασθενή, παρακολουθούσε τον ασθενή και τον εξοπλισμό εντοπίζοντας το 83% των περιστατικών ενώ το 8% ανιχνεύθηκε από τα monitor.

Συνεπώς, ενώ η πολύπλοκη τεχνολογία και τα συστήματα monitoring είναι ένα ουσιώδες και βασικό κομμάτι των σύγχρονων Μονάδων, παραμένουν συμπληρωματικό εργαλείο για τους νοσηλευτές και δεν μπορούν να θεωρηθούν υποκατάστατο του εξειδικευμένου και έμπειρου προσωπικού.<sup>(11)</sup>

Τέλος, ο νοσηλευτής της μονάδας λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος του ασθενή με τους συγγενείς του. Μια από τις κυριότερες διαφορές της Μ.Ε.Θ. από τις άλλες κλινικές, είναι πως το επισκεπτήριο κρατάει ελάχιστα μέσα στην ημέρα, επιτρέπεται μόνο ένας συγγενής ανά ασθενή στον χώρο της Μονάδας την ώρα του επισκεπτηρίου και απαγορεύεται να μένει συνοδός μαζί με τον ασθενή τις ώρες που δεν επιτρέπεται το επισκεπτήριο. Όλα αυτά απομακρύνουν τους συγγενείς από τον ασθενή και την φροντίδα του, αφήνοντας τον συγγενή τους με τους νοσηλευτές και το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό. Συνεπώς οι νοσηλευτές πρέπει να είναι προσιτοί, να απαντούν σε απορίες και να ενημερώνουν τους συγγενείς για την πρόοδο του ασθενή και τις αλλαγές στην υγεία του.

Επίσης, στον λίγο χρόνο του επισκεπτηρίου, θα μπορούσαν οι συγγενείς να έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα του ασθενή, αντί να στέκονται πάνω από το κρεβάτι με το φόβο να αγγίξουν τους αγαπημένους τους, μήπως τυχόν παρέμβουν στην λειτουργία κάποιου μηχανήματος. Με αυτό τον τρόπο, οι συγγενείς θα είχαν ενεργό ρόλο στην φροντίδα του ασθενή και δεν θα ένιωθαν αβοήθητοι.<sup>(32)</sup> Οι οικογένειες των ασθενών συχνά εστιάζουν στις θεμελιώδεις βασικές ανάγκες, όπως είναι το ξύρισμα, η επικοινωνία και η ανακούφιση του πόνου, ενέργειες που ίσως μπορούν και θέλουν οι

ίδιοι να κάνουν στον ασθενή τους με την καθοδήγηση και τη βοήθεια του νοσηλευτή, όπου κρίνεται απαραίτητη. <sup>(9)</sup> Οι συγγενείς και οι φίλοι είναι σημαντικό μέρος της ζωής κάθε ανθρώπου. Εκείνοι δίνουν στους ασθενείς κουράγιο και θέληση για τη ζωή. Συνεπώς από την πλευρά τους οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να γίνουν η γέφυρα μεταξύ του ασθενή και των αγαπημένων του, έτσι ώστε να τον οδηγήσουν σε μια ταχεία ανάρρωση.

Ντάμα-Τυμπακιανάκη-Φραντζεσκάκη

## **Περιγραφή της προβληματικής του υπο διερεύνηση θέματος, δηλαδή του προσδιορισμού των αναγκών των συγγενών ασθενών σε Μ. Ε. Θ.**

Ο 20<sup>ος</sup> αιώνας σηματοδοτήθηκε από την ανάπτυξη της Επείγουσας Ιατρικής. Στα περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδας λειτουργούν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενώ τα μέλη της ιατρικής κοινότητας, με την βοήθεια της συνεχούς εξελισσόμενης τεχνολογίας, παρέχουν συνεχώς όλο και καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς των Μ. Ε. Θ. Όμως ένας ασθενής δεν είναι πλήρως απομονωμένος. Οι McDaniel et al. (1992) εγραψαν ότι: «Ένα άτομο πάσχει από μια ασθένεια και η ασθένεια διαχέεται σε ένα σύστημα ανθρώπων, οι οποίοι επηρεάζονται επίσης από την ασθένεια. Οι οικογένειες αλληλεπιδρούν με μεγαλύτερες κοινωνικές δομές για να βοηθηθούν και να αντιμετωπίσουν την ασθένεια των μελών τους»<sup>(12)</sup>

Έτσι, με βάση αυτή την παρατήρηση, έγινε αντικείμενο μελέτης, ο αντίκτυπος της εισαγωγής ενός αγαπημένου στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια εξαιρετικά αγχωτική εμπειρία για την οικογένεια. Είναι ένα ξαφνικό γεγονός, οι ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία των «βαρέων πασχόντων», οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι εξοικειωμένοι με την εικόνα μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, η ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό είναι συχνά δυσνόητη, αλλά και το ίδιο το περιβάλλον της κλινικής, με τον τρόπο λειτουργίας και την πολιτική των επισκεπτηρίων, συνιστούν την εμπειρία δύσκολη για την οικογένεια.<sup>(13, 14)</sup>

Άγχος, θλίψη και θυμός είναι επακόλουθα συναισθήματα της εμπειρίας αυτής. Συχνά, και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, είναι εξαιρετικά δύσκολο για τους συγγενείς να ξεπεράσουν αυτό το οδυνηρό γεγονός. Το κοινωνικό υπόβαθρο, το επίπεδο αντίληψης της οικογένειας, αλλά και πιθανές παρελθοντικές εμπειρίες καθιστούν τους συγγενείς ασθενών σε Μ.Ε.Θ, άτομα με ειδικές ανάγκες διαβίωσης, πληροφόρησης, προσέγγισης και υποστήριξης.

Η Molter το 1979 έγραψε ότι: «Οι συγγενείς των βαρέως πάσχοντων ασθενών ήταν σε θέση να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους κατά τη φάση εντατικής θεραπείας στο νοσοκομείο. Η καθολική ανάγκη που αναγνωρίζεται ως πολύ σημαντική ήταν η ανάγκη για ελπίδα. Άλλες σημαντικές ανάγκες ήταν που ασχολούνται με τη λήψη κατάλληλων και ειλικρινών πληροφοριών και το αίσθημα ότι τα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου, ανησυχούσαν για τον ασθενή.». Η μελέτη αυτή αποτέλεσε την βάση για την δημιουργία του Critical Care Family Need Inventory (CCFNI), το οποίο μετεξελίχτηκε σε ένα ιδιαίτερα επικυρωμένο και ευρέως χρησιμοποιούμενο ερευνητικό εργαλείο για τη μελέτη των αναγκών, των οικογενειών που έχουν ασθενείς σε Μ.Ε.Θ. <sup>(15)</sup> Χρησιμοποιώντας αυτό το εργαλείο προέκυψαν ανάγκες που ανήκουν -κυρίως- στις κατηγορίες της αξιοπιστίας, πληροφόρησης, της εγγύτητας, της άνεσης και την κάλυψη των προσωπικών αναγκών, με τα τρία πρώτα να θεωρούνται τα πιο σημαντικά. <sup>(16 - 22)</sup>

Σε διεθνές επίπεδο, έγινε αντιληπτή νωρίς η αναγκαιότητα να προσδιορίσουν οι ανάγκες όσων είναι στο οικογενειακό περιβάλλον του βαρέως πάσχοντα ασθενή, ειδικά τα χρόνια που ακολούθησαν της περιγραφικής μελέτης της Molter το 1979. <sup>(15)</sup> Στην Σουηδία <sup>(23)</sup>, στο Ισραήλ <sup>(33)</sup>, στην Γαλλία <sup>(25)</sup>, στις Κάτω Χώρες <sup>(26)</sup>, έγιναν αρκετές έρευνες έχοντας ως πυρήνα τις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών σε Μ.Ε.Θ. Οι Paparigopoulos et al., το 2006, μελέτησαν ποιοτικά τις ψυχολογικές επιπτώσεις των οικογενειών ασθενών της Μ.Ε.Θ σε δυο χρονικές στιγμές: μια εβδομάδα μετά την εισαγωγή στην Μ.Ε.Θ και τρεις μέρες πριν το εξιτήριο. Διαπίστωσαν ότι η ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών και η έλλειψη γνώσης σχετικά με την προτιμητέα θεραπεία του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων των μελών της οικογένειας και ότι όλη η οικογένεια επηρεάζεται συναισθηματικά από την κατάσταση του δικού τους ανθρώπου. <sup>(27)</sup>

Το 2010 έγινε η μοναδική ποσοτική μελέτη που αφορά το εν λόγω θέμα στον Ελλαδικό χώρο. Διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης και οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο CCFNI. Κατέταξαν τις ανάγκες των συγγενών, με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε και κατά πόσο εκείνοι θεώρησαν ένα πρόβλημα σημαντικό ή όχι. Από την έρευνα εξήγαγαν το συμπέρασμα ότι, η πιο σημαντική ανάγκη είναι η ανάγκη για καθησύχαση, αφού έκριναν ως την πιο σημαντική ερώτηση/ανάγκη: «να απαντώνται οι ερωτήσεις σας με

ειλικρίνεια». Η ερώτηση/ανάγκη αυτή αντικατοπτρίζει έντονα την προαναφερθείσα ανάγκη.<sup>(28)</sup>

Αυτό που παρατηρήθηκε με ενδιαφέρον είναι ότι δεν έχει υπάρξει κάποια άλλη δημοσιευμένη μελέτη, ώστε να προσδιοριστούν οι ανάγκες των ασθενών σε νοσοκομεία της Αθήνας. Έτσι έντονα προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα του προβλήματος σε κεντρικά νοσοκομεία του Ελλαδικού χώρου.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

## Επισκόπηση της βιβλιογραφίας-Ευρημάτων σύγχρονης έρευνας

Οι ανάγκες της οικογένειας, είναι φανερό, ότι επιτείνονται από το περιβάλλον της Μ.Ε.Θ, το οποίο είναι ιδιαίτερο. Η περαιτέρω διερεύνηση έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα και υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη να διερευνηθούν περαιτέρω, ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα των ασθενών, αλλά ενδεχομένως και η ενσωμάτωση της οικογένειας στην λήψη αποφάσεων, αλλά και την θεραπεία<sup>(29)</sup>

Ως ανάγκη ορίζεται «η απαίτηση των ατόμων να μπορέσουν να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής, από μια συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας». <sup>(29, 30)</sup>

Κάνοντας λοιπόν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι βασικές ανάγκες των συγγενών αφορούν κυρίως την πληροφόρηση, την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας, την γενικότερη πορεία του ασθενούς, καθώς και τα όποια ηθικά διλήμματα εμφανιστούν κατά την διάρκεια της παραμονής του ασθενή στον χώρο της ΜΕΘ. Προκύπτουν, το επισκεπτήριο και οι ώρες του, καθώς και η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη τους. <sup>(31)</sup>

Πολλές μελέτες έχουν εστιάσει τα τελευταία χρόνια σε όλες αυτές τις ανάγκες και η μελέτη της Molter το 1979, συνέβαλλε στην δημιουργία του Critical Care Family Need Inventory (CCFNI), το οποίο μετεξελίχτηκε σε ένα ιδιαίτερα επικυρωμένο και ευρέως χρησιμοποιούμενο ερευνητικό εργαλείο για τη μελέτη των αναγκών των οικογενειών, των ασθενών της ΜΕΘ. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα έρευνα, ώστε να διερευνηθούν οι ανάγκες των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Οι ανάγκες που προκύπτουν μέσω του CCFNI είναι οι εξής:

- Ανάγκη για πληροφόρηση
- Ανάγκη για καθυσύχαση
- Ανάγκη για εγγύτητα
- Ανάγκη για άνεση
- Ανάγκη για υποστήριξη<sup>(15)</sup>

Οι συγγενείς έχουν ανάγκη για πληροφόρηση για την θεραπευτική αγωγή, την πρόγνωση και την διάγνωση του ασθενούς σε ημερήσια -σχεδόν- βάση. Βοηθά και τους επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ, διότι μέσω της πληροφόρησης είναι δυνατόν να εφαρμόσουν ένα πλάνο φροντίδας εξατομικευμένο για τον κάθε ασθενή. <sup>(23, 32)</sup>

Οι συγγενείς επιζητούν συγκεκριμένες πληροφορίες, οι οποίες θέλουν να τους δοθούν με κατανοητό τρόπο. Επίσης χρειάζεται να νιώθουν ότι υπάρχει ελπίδα. Στις πρώτες μέρες της εισαγωγής δέχονται τις πληροφορίες χωρίς να τις επεξεργάζονται ιδιαίτερα, αλλά όσο περνά ο καιρός κατανοούν τις λαμβάνουσες πληροφορίες και επιζητούν κυρίως την ελπίδα. <sup>(24, 25)</sup>

Ο Khalaila, ο οποίος μελέτησε τις ανάγκες των συγγενών νοσηλευομένων σε Μ.Ε.Θ, έδειξε ότι η ανάγκη για πληροφόρηση ποικίλει. Διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία. <sup>(33)</sup>

Στην μελέτη των Chatzaki et al, η οποία αφορούσε μέλη οικογενειών που εισήχθησαν για διάστημα μικρότερο των δυο (2) ημερών σε ΜΕΘ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συμμετέχοντες, οι οποίοι είχαν χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο αξιολόγησαν ως σημαντικότερη την ανάγκη υποστήριξης και όχι τόσο την ανάγκη καθυσύχασης. <sup>(28)</sup>

Οι συγγενείς ζητούν την ενημέρωση όχι μόνο για την νόσο, αλλά και για την θεραπεία, για θέματα που άπτονται σε καθημερινά ζητήματα, αλλά και οικονομικής φύσεως θέματα.

Η σύγχρονη κοινωνία χαρακτηρίζεται από πλουραλισμό θρησκειών, πολιτισμών, αλλά και πρακτικών που αφορούν το Θείο. Οι Al-Mutair et al., σε έρευνα που έγινε το 2013 σε νοσοκομείο της Σαουδικής Αραβίας, έδειξαν ότι οι ανάγκες επηρεάζονται από τις πολιτιστικές αξίες και πεποιθήσεις, καθώς και από την θρησκεία των μελών της οικογένειας. Έμφαση, λοιπόν πρέπει να δοθεί στο να προσδιοριστούν οι ανάγκες του οικογενειακού κύκλου του ασθενή, σε σχέση με τις θρησκευτικές και πολιτιστικές του αξίες. <sup>(34)</sup> Στην έρευνα των Chatzaki et al., παρατηρεί κανείς ότι οι ανάγκες επηρεάζονται από το θρήσκευμα αφού η έρευνα έγινε σε νοσοκομείο της Κρήτης, ο μεγαλύτερος πληθυσμός της οποίας ανήκει στην Ορθόδοξη εκκλησία, όπως διαβάσει κανείς στην έρευνα της. <sup>(28, 35)</sup>

Σε μελέτη των Pardavila et al, η ακριβής πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας είναι μία από τις κυριότερες ανάγκες του οικογενειακού κύκλου και ακολουθεί η ανάγκη εγγύτητας με τον ασθενή. <sup>(36)</sup>

Οι Azoulay et al, συμπέραναν ότι υπάρχουν τρία μοντέλα με βάση τα οποία επικοινωνούν οι επαγγελματίες υγείας με τους συγγενείς. Με βάση το πρώτο μοντέλο, ένα μέλος της οικογένειας πληροφορείται σχετικά με την θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς, αλλά ο ίδιος δεν συμμετέχει στην φροντίδα του ασθενή. Το δεύτερο μοντέλο έχει να κάνει με τις αξίες του ασθενή. Με βάση αυτές τις αξίες, οι επαγγελματίες υγείας φροντίζουν τον ασθενή και ως «οδηγό» τους έχουν την περιγραφή των επιθυμιών του ασθενή. Η πληροφορία αυτή παρέχεται από την οικογένεια του ασθενή. Το τρίτο μοντέλο, η οικογένεια φροντίζει τον ασθενή και συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων. <sup>(37)</sup>

Όμως υπό ποιές προϋποθέσεις είναι αποτελεσματική η παροχή πληροφοριών; Χρειάζεται ήρεμο περιβάλλον, αμοιβαία εμπιστοσύνη οικογένειας και επαγγελματιών υγείας, η διάγνωση να είναι ακριβής και να δίδεται με απλό λόγο και να επεξηγείται σωστά η θεραπευτική πορεία. Αν και στο τελευταίο, δεν δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα <sup>(37)</sup>

Η λήψη αποφάσεων, σχετικά με την θεραπεία, ειδικά όταν η κατάσταση του ασθενή είναι κρίσιμη, είναι ένα από τα ηθικά διλήμματα, τα οποία αντιμετωπίζουν συνεχώς οι επαγγελματίες υγείας. Η οικογένεια είναι εκείνη στην οποία στρέφονται, όταν καλούνται να λάβουν κρίσιμες αποφάσεις. Ανήκουν και τα διλήμματα αυτά στις ανάγκες που ζητούν οι ασθενείς να καλυφθούν, αφού υποχρεούνται να αποφασίσουν εκ μέρους του ασθενή τους. Σε αυτή τη φάση έχουν ανάγκη για σωστή πληροφόρηση, για υποστήριξη, αλλά και για εγγύτητα μεταξύ εκείνων και των επαγγελματιών υγείας στην Μ.Ε.Θ. Με βάση τον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επίσημαίνεται επίσης ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενή, ο οποίος κατοχυρώνεται από την αντιπροσώπευσή του από τον οικογενειακό του περίγυρο όταν ο ίδιος αδυνατεί να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του. <sup>(38)</sup>

Ο βαθμός της συμμετοχής της οικογένειας επηρεάζεται από τον πολιτισμικό κώδικα. Η σωστή ενημέρωση, η λεπτομερής πληροφόρηση, η σχέση εμπιστοσύνης επαγγελματιών υγείας- συγγενών, εξασφαλίζουν επίσης τον βαθμό συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων. <sup>(38)</sup>



Αν και η παραμονή ενός ασθενή στην Μ.Ε.Θ. έχει ως σκοπό την ωφέλειά του, ενίοτε μπορεί ο στόχος της αποθεραπείας να μην επιτευχθεί. Σε αυτή την περίπτωση τα ηθικά διλήμματα, με τα οποία μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι οι συγγενείς, αφορούν κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής. Η καθιέρωση των πρακτικών της μη κλιμάκωσης (withholding) και της απόσυρσης (withdrawal) της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής (life support treatment), στις ΜΕΘ συνέβαλε σημαντικά στην αποφυγή της άσκοπης και μάταιης ταλαιπωρίας των ασθενών, οι οποίοι είναι σε κρίσιμη κατάσταση. <sup>(38)</sup>

Η παραμονή σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μπορεί να παρατείνει την διαδικασία θανάτου, σε ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στην αγωγή τους ή δεν έχουν πιθανότητες επιβίωσης. Εάν η παραμονή παρατείνεται, όσα απορρέουν από αυτή, δηλαδή ο ψυχικός και σωματικός πόνος του ασθενή, επιβαρύνουν και την οικογένεια του. Εάν μετά από όλες τις θεραπείες οι οποίες του παρέχονται, ο ασθενής δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης, η εξασφάλιση ειρηνικού θανάτου είναι καθήκον των επαγγελματιών υγείας. <sup>(38)</sup>

Μια από τις βασικότερες ανάγκες του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή είναι να επισκεφθούν τον αγαπημένο τους. Η ανάγκη για εγγύτητα είναι μια από τις βασικές ανάγκες, όπως έδειξε και η έρευνα της Molter. <sup>(15)</sup> Μέσω του επισκεπτηρίου και της συχνότητάς του, η οικογένεια ενημερώνεται για την πορεία της υγείας του ασθενή, έρχεται πιο κοντά σε εκείνον, αλλά και διαφαίνεται και η ανάγκη της άνεσης. Οι ώρες, η διαμόρφωση του χώρου και ο τύπος του επισκεπτηρίου είναι καθοριστικές για την ικανοποίηση αρκετών από τις ανάγκες των συγγενών. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εφαρμόζουν συγκεκριμένες πολιτικές, οι οποίες αφορούν τις ώρες και τον τύπο του επισκεπτηρίου. Αυτές καθορίζονται από διάφορους παράγοντες όπως το μέγεθος της Μονάδας, την γεωγραφική θέση του νοσοκομείου και την εύκολη ή μη πρόσβαση σε αυτό, αλλά και το εάν είναι δυνατή ή όχι η συνεχή παραμονή συγγενών δίπλα στον ασθενή.

Οι τύποι επισκεπτηρίου είναι οι κάτωθι:

- Ανοικτό επισκεπτήριο, δηλαδή όταν δεν υπάρχουν περιορισμοί στη συχνότητα των επισκέψεων, στο χρόνο παραμονής και προσέλευσης των επισκεπτών
- Ευέλικτο επισκεπτήριο, στο οποίο υπάρχει κάποιου είδους συμφωνία σχετικά με την διάρκεια παραμονής των επισκεπτών και την συχνότητα

του επισκεπτήριου μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειάς του και των επαγγελματιών υγείας.

➤ Δομημένο επισκεπτήριο, το οποίο διαφέρει από το περιορισμένο μόνο στην διάρκεια παραμονής των επισκεπτών.

➤ Περιορισμένο επισκεπτήριο, το οποίο αφορά την επίσκεψη σε συγκεκριμένες ώρες και για καθορισμένο χρονικό διάστημα, καθώς και την παραμονή ενός ή δύο συγγενών (συνήθως πρώτου βαθμού) στον χώρο της Μονάδας.

➤ 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.<sup>(31)</sup>

Οι Μονάδες Εντατικής θεραπείας, στα νοσοκομεία στα οποία έγινε η έρευνα, ακολουθούν το καθεστώς του περιορισμένου επισκεπτηρίου.

Στο «Γ.Ν.Ν.Θ.Α. η Σωτηρία» οι ώρες επισκεπτηρίου είναι οι εξής:

- Στην ΜΕΘ Πνευμονολογικής 13.30-14.00
- Στην ΜΕΘ Χειρουργείου 17.00-17.30
- Στην ΜΕΘ Καρδιολογικής 13.30-14.00 & 18.00-18.30

Στο «Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς»: 14.00-14.30 & 19.00-19.30, ενώ στο «Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο» οι ώρες επισκεπτηρίου είναι: 14.00-14.30 & 19.30-20.00.

Οι Gonzalez et al το 2004 μελέτησαν τις προτιμήσεις των ασθενών για το επισκεπτήριο σε Μονάδα σύνθετης φροντίδας και χειρουργική Μ.Ε.Θ και διαπίστωσαν ότι, οι προτιμήσεις των ασθενών για την διάρκεια των επισκέψεων διέφεραν ανάλογα με τον τύπο της κλινικής. Οι ασθενείς σε χειρουργικές Μ.Ε.Θ., ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την πολιτική του επισκεπτηρίου. Το ένα τρίτο του συνόλου θεώρησε ότι το να υπάρχει απεριόριστος χρόνος επισκεπτηρίου ήταν το καλύτερο. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη να προσαρμοστούν οι επισκέψεις στις προτιμήσεις των ασθενών.<sup>(39)</sup>

Επίσης, ο μέσος χρόνος παραμονής του επισκεπτηρίου δείχνει να διαφέρει και πάλι στις προτιμήσεις των ασθενών σε καρδιολογικές και χειρουργικές Μ.Ε.Θ. Συγκεκριμένα οι Fumagalli et al σε έρευνα που δημοσίευσαν το 2006 και έγινε σε Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας δύναμης έξι κρεβατιών, κατά την διάρκεια της οποίας σε δύο χρόνια άλλαξε η πολιτική του επισκεπτηρίου δύο φορές, αναφέρουν ως ιδανικό μέσο χρόνο του επισκεπτηρίου τις 2,6 ώρες την ημέρα σε ανοικτό τύπο επισκεπτηρίου. Επίσης, τόνισαν, ότι η απελευθέρωση του ωραρίου στην Μ.Ε.Θ δεν αυξάνει τον κίνδυνο σηπτικών επιπλοκών, ενώ θα μπορούσε να μειώσει τις καρδιαγγειακές επιπλοκές, ενδεχομένως μέσω της μείωσης του άγχους. Το ανοικτό επισκεπτήριο σχετίζεται με μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης για τον ασθενή. Βελτιώνει επίσης τον βαθμό ικανοποίησης των συγγενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Ωστόσο, τα αρνητικά στοιχεία του ανοικτού επισκεπτηρίου είναι ότι, μπορεί να προκαλέσει αύξηση του φόρτου εργασίας για τους εργαζόμενους στην ΜΕΘ και να δημιουργήσει κάποια καθυστέρηση στην επιτέλεση των καθηκόντων. Οι νοσηλευτές έχουν την τάση να είναι πιο επιφυλακτικοί σε αυτή τη μορφή επισκεπτηρίου.<sup>(40)</sup> Οι Ψαθάς και συν. μελέτησαν τις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την πολιτική των επισκεπτηρίων και έδειξαν ότι οι ιατροί είναι υπέρμαχοι του επισκεπτηρίου και το πόσο ωφελεί τον ασθενή. Αμφότεροι ιατροί και νοσηλευτές συμφωνούν ότι είναι ευεργετικό το επισκεπτήριο, αρκεί να είναι περιορισμένο, αφού σε έναν ανοικτό τύπου επισκεπτηρίου η οικογένεια, η οποία θεωρεί καθήκον της να είναι στο πλευρό του ασθενή όλη την ημέρα, κουράζεται ιδιαίτερα σωματικά αλλά και ψυχικά. Οι νοσηλευτές ιδιαίτερα, θεωρούν τις ώρες του επισκεπτηρίου ως μια πιθανή παρέμβαση της οικογένειας στην παρεχόμενη φροντίδα. Οι συγγενείς βέβαια, ζητούν επιμήκυνση του χρόνου του επισκεπτηρίου, αλλά και την τροποποίηση των όρων του επισκεπτηρίου.<sup>(31)</sup>

Η καλή σχέση με την οικογένεια, η οποία πρέπει να έχει ως χαρακτηριστικό την ψυχραιμία, συμβάλλει καθοριστικά στην μείωση του άγχους των ασθενών και στην ομαλή έκβαση της νόσου. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να μελετούν το περιβάλλον του ασθενή προκειμένου να αξιολογήσουν την καταλληλότητα του, ώστε να υποστηρίξει τον ασθενή. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια, είτε παρεμβαίνει αρνητικά, είτε αντιστέκεται στις υποδείξεις ή τις αποφάσεις των ιατρών, δυσκολεύοντας έτσι το έργο των επαγγελματιών υγείας.

Οι Farrell et al. τόνισαν ότι, η ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών για πληροφόρηση καθώς και η εύκολη πρόσβαση στο αγαπημένο νοσηλευόμενο πρόσωπο, σε συνδυασμό με την ανάγκη του νοσηλευτή να διαχειριστεί με ασφάλεια τη φροντίδα των

ασθενών αποτελούν τον καλύτερο συνδυασμό για την επιλογή του κατάλληλου επισκεπτηρίου.<sup>(41)</sup>

Οι Koutash & Northop ανέφεραν τις εξής βασικές ανάγκες, αναφορικά με τις επισκέψεις, την αίθουσα αναμονής και το επισκεπτήριο στο σύνολό του:

- την ανάγκη μιας στενής φυσικής απόστασης από το μέλος της οικογένειάς τους
- την ανάγκη παροχής σωστής φροντίδας από τους νοσηλευτές
- την ανάγκη ενός άνετου περιβάλλοντος ως προς το χώρο
- την ανάγκη ενός περιβάλλοντος όπου θα μπορούν να βιώνουν συναισθηματική υποστήριξη
- την ανάγκη λήψης πληροφοριών.<sup>(42)</sup>

Αξίζει να τονιστεί ότι οι συγγενείς των βαρέων πασχόντων, με την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας, χρειάζεται να αντιληφθούν ότι μετά την έξοδο του συγγενή τους από την Μ.Ε.Θ., η ψυχική και σωματική κατάστασή του δεν θα είναι η ίδια.

Η εισαγωγή ενός ατόμου στην ΜΕΘ, αποτελεί μια εξαιρετικά αγχωτική εμπειρία, όχι μόνο για τον ασθενή, αλλά και για την οικογένεια. Είναι ένα ξαφνικό γεγονός, οι ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία των «βαρέων πασχόντων», οι περισσότεροι δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτή την εικόνα, η ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό είναι συχνά δυσνόητη, αλλά και το περιβάλλον της κλινικής συνιστούν την εμπειρία δύσκολη για την οικογένεια του.<sup>(31)</sup>

Οι Paparrigopoulos et al το 2006, στην ποιοτική μελέτη η οποία προαναφέρθηκε, διαπίστωσαν ότι η ψυχολογική καταπόνηση των ασθενών και η έλλειψη γνώσης σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς, μπορεί να επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων των μελών της οικογένειας και ότι όλη η οικογένεια επηρεάζεται συναισθηματικά από την κατάσταση του δικού τους ανθρώπου. Επίσης στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι τα συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης αγγίζουν το 97%, εκείνα του μετατραυματικού στρες το 81% κατά την πρώτη χρονική στιγμή. Το 87% και 59% του δείγματος πληρούσαν τα κριτήρια για καταθλιπτική και μετατραυματική αντίδραση στρες, αντίστοιχα, στην δεύτερη χρονική

στιγμή. Με βάση την ίδια μελέτη το φύλο παίζει ρόλο στην ένταση των συμπτωμάτων. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας και πιο επίμονα συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες. <sup>(27)</sup>

Οι Rochard et al, μελέτησαν 357 ασθενείς και 544 μέλη της οικογένειας από εβδομήντα οχτώ (78) Μ.Ε.Θ (σύνολο 1184 κλίνες) στην Γαλλία και έδειξαν ότι, το 73,4% και 35,3% των μελών της οικογένειας, βίωνε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα. <sup>(43)</sup>

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανιζόταν σε ποσοστό 48,2% σε μέλη της οικογένειας ασθενών που απεβίωσαν, συγκριτικά με οικογένειες ασθενών οι οποίοι επιβίωσαν. Το ποσοστό αυτών ήταν στο 32,7%. Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζονταν συμπτώματα άγχους αφορούσαν τον ασθενή (εάν δεν υπήρχαν χρόνια νοσήματα), την οικογένεια (εάν το πρόσωπο ήταν σύζυγος, εάν ήταν γυναίκα, εάν θεωρούσε ότι είχε ανάγκη από επαγγελματική και ψυχολογική βοήθεια) και τους επαγγελματίες υγείας (έλλειψη τακτικών συναντήσεων, απουσία χώρου που χρησιμοποιείται μόνο για συναντήσεις με τα μέλη της οικογένειας). <sup>(43)</sup>

Η κατάθλιψη σχετιζόταν με την ηλικία των ασθενών, την οικογένεια (εάν ήταν σύζυγος, εάν ήταν γυναίκα) και τους επαγγελματίες υγείας (απουσία αίθουσας αναμονής, αντιληπτές αντιφάσεις στην πληροφόρηση). Η ιδέα του θανάτου του αγαπημένου ατόμου και η αβεβαιότητα της έκβασης της κατάστασής του αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος, αλλά και την κατάθλιψη που βιώνουν οι συγγενείς ασθενών σε ΜΕΘ. <sup>(43)</sup>

Σε άλλη μελέτη οι Choi et al. συμπέραναν ότι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο, οι συγγενείς δίνουν λιγότερη προσοχή στην δική τους υγεία, με αποτέλεσμα αυτή να επηρεάζεται σημαντικά. Σημαντικός είναι και ο αντίκτυπος στην ικανότητά τους να υποστηρίξουν τον «βαρέως πάσχοντα» ασθενή τους. <sup>(44)</sup>

Οι Azoulay et al. σε έρευνα που έγινε στην Γαλλία, συμπέραναν ότι άγχος βίωνε το 73% και κατάθλιψη το 35% των μελών της οικογένειας.

Ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στις ΜΕΘ, το 91% των μελών του ιατρικού προσωπικού θεωρούσε ότι θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Παρ' όλα αυτά μόνο το

39% είχε εμπλέξει τα μέλη της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων. Βέβαια μόνο το 47% των μελών της οικογένειας επιθυμούσε συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων που αφορούν τον συγγενή τους. <sup>(45)</sup>

Στις δημοκρατίες της Τσεχίας και της Σλοβακίας σε μελέτη που έγινε από τους Rusinova et al., τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης δεν μειώθηκαν παρ'όλη την διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού στις οικογένειες. <sup>(46)</sup>

Οι McAdam & Puntillo τόνισαν ότι, πρέπει να μεριμνώνται και οι ανάγκες των μελών οικογένειων όσων ασθενών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο θανάτου σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και αυτό θα πρέπει να αποτελεί αναγκαίο και αναπόσπαστο μέρος της παροχής ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Όταν οι ασθενείς βρίσκονται κοντά στον θάνατο, οι οικογένειές τους φέρουν μεγάλο συναισθηματικό φορτίο, κυρίως γιατί πρέπει να λάβουν ορισμένες αποφάσεις αλλά και γιατί πρέπει να επιλέξουν την κατάλληλη θεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα να βιώνουν ψυχολογικά συμπτώματα, όπως άγχος και κατάθλιψη και λόγω αυτών να επηρεαστεί η καθημερινότητα της οικογένειας. <sup>(47)</sup>

Στην έρευνα τους οι Chatzaki et al., έκφρασαν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχολόγο. <sup>(28)</sup>

Αυτό που παρατηρεί κανείς με ενδιαφέρον, είναι η σαφής ανάγκη τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, πέραν των αναγκών των ασθενών να σκύβουν πάνω από τις ανάγκες των συγγενών. Τα άτομα αυτά βιώνουν συμπτώματα άγχους, αλλά και κατάθλιψης αφού όπως γράφουν οι McDaniel et al. Αλλά όπως διαβάζουμε και στο βιβλίο των Goodheart C & Lansing M.: «Ένα άτομο πάσχει από μια ασθένεια και η ασθένεια διαχέεται σε ένα σύστημα ανθρώπων, οι οποίοι επηρεάζονται επίσης από την ασθένεια. Οι οικογένειες αλληλεπιδρούν με μεγαλύτερες κοινωνικές δομές για να βοηθηθούν και να αντιμετωπίσουν την ασθένεια των μελών τους». <sup>(48,49)</sup>

Οι Needham et al., μελέτησαν τον όρο: «post intensive care family syndrome» (PICS), ο οποίος χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική και μπορεί να μεταφραστεί ως: «οικογενειακό Μετά-MEΘ σύνδρομο» και περιγράφει ένα σύνολο διαταραχών, τα οποία είναι κοινά μεταξύ ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε MEΘ. Αυτά αφορούν κυρίως περιορισμένη σωματική λειτουργία, γνωστική δυσλειτουργία και ψυχική βλάβη. Οι ίδιοι

ερευνητές τόνισαν ότι η βελτίωση της φροντίδας για τους πρώην ασθενείς της ΜΕΘ και των οικογένειών τους απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των ερευνητών, τόσο στην ενδονοσοκομειακή όσο και στην εξωνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή ζωή, προκειμένου να εντοπισθούν προβλήματα που αφορούν κυρίως την ψυχική τους υγεία και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα. <sup>(50)</sup>

Ωστόσο πολύ συχνά είναι δύσκολο να ανιχνευθεί η ένταση του ψυχολογικού φόρτου των συγγενών.

Οι Chien et al., συμπέραναν ότι η δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και βοήθειας των οικογενειών βοηθούν τους συγγενείς των ασθενών να αντιμετωπίσουν την αλλαγή αυτή στην καθημερινότητά τους, αλλά και να τους ανακουφίσουν, όσο γίνεται περισσότερο, απο το ψυχικό φορτίο το οποίο είναι αποτέλεσμα της εισαγωγής του δικού τους ανθρώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. <sup>(51)</sup>

Ο λόγος που γίνεται τόσο έντονη αναφορά σε προηγούμενες μελέτες, είναι για να τονιστεί η ανάγκη να διερευνηθούν οι ανάγκες των συγγενών στην Ελλάδα και ειδικότερα σε μεγάλα νοσοκομεία αστικών κέντρων.

## Β. Ειδικό μέρος

---

Ντάμα-Τυμπακιανάκη-Φραντζεσκάκη



## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η καταγραφή και η διερεύνηση των αναγκών των συγγενών ασθενών, που νοσηλεύονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας καθώς και το επίπεδο ικανοποίησης τους από το προσωπικό των Μονάδων.

## Ερευνητικά Ερωτήματα

Μέσα από τη μελέτη μας, προσπαθήσαμε να μελετήσουμε την ικανοποίηση των συγγενών που έχουν ασθενή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, εάν ήταν επαρκής η πληροφόρηση που είχαν σχετικά με την κατάσταση των συγγενών τους και ποιά ανάγκη ήταν πιο σημαντική για αυτούς.

## Είδος Μελέτης

Η μελέτη που πραγματοποιήσαμε είναι μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Αρχικά περιγράψαμε την λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, τα περιστατικά που δέχονται αλλά και τα καθήκοντα των Νοσηλευτών σε αυτή τη Μονάδα. Στη συνέχεια, προσεγγίσαμε συγγενείς ασθενών που βρίσκονταν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, τους ενημερώσαμε σχετικά με την έρευνα μας και εάν το επιθυμούσαν συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο της έρευνας. <sup>(56)</sup>

## Δειγματοληψία

Το πεδίο μελέτης της έρευνας μας ήταν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των νοσοκομείων :

- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς»
  - Μονάδα Χειρουργείου
- Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, «Η Σωτηρία»
  - Μονάδα Εμφραγμάτων
  - Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
  - Μονάδα Χειρουργείου
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Ιπποκράτειο»
  - Γενική Μονάδα

## ο Καρδιολογική Μονάδα

και ο πληθυσμός μελέτης στον οποίο απευθυνθήκαμε ήταν οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονταν σε αυτές. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διερεύνησης αναγκών CCFNI με τις 45 ερωτήσεις, το οποίο μεταφράστηκε από την κ. Χατζάκη Μαρία, κοινωνιολόγο και για την χρήση του οποίου μας είχε παραχωρηθεί η σχετική άδεια. **(Παράρτημα Πα)**

Στην έρευνα μας συμμετείχαν συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στα παραπάνω νοσοκομεία, με κριτήριο να έχουν βιώσει την νοσηλεία του συγγενή τους πάνω από 48 ώρες προκειμένου να έχουν αποκομίσει την εμπειρία της.

Συμπληρώθηκαν συνολικά 95 ερωτηματολόγια από τις Μονάδες και τον τριών νοσοκομείων. Αρχικά, πλησιάζαμε τους συγγενείς την ώρα του επισκεπτηρίου και τους ρωτούσαμε αν θα τους ενδιέφερε να πάρουν μέρος στην έρευνα μας σχετικά με τις ανάγκες τους και την εμπειρία της μονάδας για εκείνους. Εφόσον λαμβάναμε την έντυπη συγκατάθεσή τους, δίναμε το ερωτηματολόγιο και περιμέναμε στον χώρο της αναμονής μέχρι να το συμπληρώσουν ή σε περίπτωση που είχαν κάποια απορία σχετικά με την συμπλήρωση. Σε κάθε συγγενή δινόταν η διαβεβαίωση πως τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και πως θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

## Ηθική δεοντολογία

Οι νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες διέπονται από κανόνες και αρχές ηθικής και δεοντολογίας, ηθικούς δηλαδή κανόνες τους οποίους οι νοσηλευτές θα πρέπει να τηρούν.<sup>(56)</sup>

Η παρούσα τήρησε όλους τους κανόνες που ορίζονται από τον Κώδικα Ηθικής (Code of Ethics) που εξέδωσε ο Διεθνής Σύνδεσμος Νοσηλευτικής (International Council of Nursing) με την τελευταία του αναθεώρηση να έχει γίνει το 2005.<sup>(55)</sup>

Η μελέτη μας λοιπόν σεβάστηκε τα δικαιώματα των συμμετεχόντων τα οποία ήταν η σωματική και ψυχική ακεραιότητα (αποφυγή βλάβης), το δικαίωμα της αυτονομίας, της πληροφορημένης συναίνεσης και τέλος το δικαίωμα της ιδιωτικότητας.<sup>(55, 57)</sup>

Από την αρχή της διενέργειας αυτής της μελέτης καθορίστηκε σαφώς, η συναίνεση των συμμετεχόντων όπως και των ιδρυμάτων στα οποία διεξήχθη η έρευνα. Οι συγγενείς

συμμετείχαν στην έρευνα μόνο εφ' όσον το επιθυμούσαν και εθελοντικά.<sup>(58)</sup> Τα προσωπικά στοιχεία και δικαιώματα των συμμετεχόντων διαφυλάχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

## Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος Excel 2016 και των πρόσθετων του (Ανάλυση Δεδομένων). Υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  στο σύνολο της βαθμολογίας του CCFNI ή και των 5 υποκλιμάκων του (βλ. **πίνακα 5**). Υπολογίστηκαν επίσης κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 95 συγγενών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι κατανομές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ελέγχθηκαν μέσω της μεθόδου κατά Blom για την κανονικότητά τους, ενώ οι συσχετίσεις που ακολούθησαν με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων έγιναν μέσω της μεθόδου κατά Spearman. Μέσω της μεθόδου κατά Pearson έγιναν οι ενδοσυσχετίσεις των υποκλιμάκων. Επίσης εκτιμήθηκαν τα 95%ΔΕ (διαστήματα εμπιστοσύνης) με τεχνικές bootstrap για τον ακρίβεια εκτίμησης και σύγκρισης των μέσων επιπέδων των υποκλιμάκων ενώ μέσω της μεθόδου κατά Kruskal-Wallis έγινε σύγκριση τους ως προς τα νοσοκομεία και τις ΜΕΘ. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

## Αποτελέσματα

Πίνακας 1 Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 95 συγγενών ασθενών ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα.

		v	%
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρας</i>	36	37,9
	<i>γυναίκα</i>	59	62,1
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>&lt;40</i>	33	34,7
	<i>40-59</i>	40	42,1
	<i>60+</i>	22	23,2
	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	47,6±14,9 (20-78)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>έγγαμος/η</i>	53	55,8
	<i>άγαμος/η ή σε χηρεία</i>	22	23,2
	<i>άλλη</i>	20	21,1
<b>Εθνικότητα</b>	<i>ελληνική</i>	84	88,4
	<i>άλλη</i>	11	11,6
<b>Εκπαίδευση</b>	<i>δημοτικό, γυμνάσιο</i>	33	34,7
	<i>λύκειο, ΙΕΚ</i>	30	31,6
	<i>ΤΕΙ, ΑΕΙ</i>	32	33,7
<b>Αριθμός μελών οικογένειας</b>	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	3,6±1,2 (1-7)	
<b>Εργασία, απασχόληση</b>	<i>ανεργία, φοιτητής/τρια</i>	10	10,5
	<i>συνταξιούχος, οικιακά</i>	30	31,6
	<i>ιδιωτικός ή δημόσιος υπάλληλος</i>	34	35,8
	<i>ελεύθερος επαγγελματίας</i>	18	18,9
	<i>αγρότης/σσα, εργάτης/σα κλπ</i>	3	3,2

<b>Νοσοκομείο</b>	<i>Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"</i>	32	33,7
	<i>Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"</i>	23	24,2
	<i>Γ.Ν.Θ.Α. "ΣΩΤΗΡΙΑ"</i>	40	42,1
<b>ΜΕΘ</b>	<i>ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ</i>	13	13,7
	<i>Κ.Α.Α.</i>	18	18,9
	<i>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ</i>	10	10,5
	<i>ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ</i>	54	56,8

Στον **πίνακα 1**, φαίνονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συγγενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες στο δείγμα υπερτερούν αποτελώντας το 62,1%. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει μέση ηλικία τα  $47,6 \pm 14,9$  έτη και ειδικότερα ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 40-59, με το 42,1%, είναι Έλληνες, ενώ σε ποσοστό 88,4% και έχουν καλό μορφωτικό επίπεδο. Επίσης οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι εργαζόμενοι.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζή

**Πίνακας 2 Χαρακτηριστικά σχέσεων με τους ασθενείς και της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ των 95 συγγενών τους που συμμετείχαν στην έρευνα.**

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Σχέση με ασθενή</b>	<i>αδερφός/η</i>	17	17,9
	<i>ανιψιός/α</i>	2	2,1
	<i>γιαγιά</i>	1	1,1
	<i>γιος, κόρη, γαμπρός, νύφη</i>	26	27,4
	<i>εγγονός/η</i>	1	1,1
	<i>θείος/α</i>	3	3,2
	<i>ζάδερφος/η</i>	3	3,2
	<i>πατέρας, μητέρα, πεθερός, πεθερά</i>	15	15,8
	<i>σύζυγος, σύντροφος</i>	27	28,4
<b>Προηγούμενη εμπειρία από ΜΕΘ</b>	<i>ναι</i>	33	34,7
	<i>όχι</i>	62	65,3
<b>Αριθμός συναντήσεων με γιατρούς</b>	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	8,2±7,8 (1-52)	
<b>Επιθυμία επιπλέον ενημέρωσης για</b>	<i>τη διάγνωση</i>	85	89,5
	<i>την πρόγνωση</i>	85	89,5
	<i>τη θεραπεία</i>	92	96,8
<b>Γνώση για τον ακριβή ρόλο του γιατρού</b>	<i>ναι</i>	63	66,3
	<i>όχι</i>	32	33,7
<b>Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχολόγο</b>	<i>ναι</i>	43	45,3
	<i>όχι</i>	52	54,7

Η σχέση μεταξύ ερωτώμενων και ασθενών ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό σύζυγος/σύντροφος με 28,4% και παιδιά με 27,4%. Οι περισσότεροι δεν είχαν στο παρελθόν προηγούμενη εμπειρία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με το ποσοστό τους να είναι στο 65,3%. **Στον πίνακα 2.** φαίνεται ότι ο μέσος αριθμός των συναντήσεων με τους γιατρούς να ήταν  $8,2 \pm 7,8$  φορές. Η επιθυμία ενημέρωσης για τους τομείς: διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, από 89,5% έως και 96,8%. Το δείγμα είχε γνώση για το ρόλο του γιατρού σε ποσοστό 66,3%, ενώ οι απαντήσεις σε ότι αφορά τη ανάγκη υποστήριξης από ψυχολόγο ήταν μοιρασμένες.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

**Πίνακας 3 Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις αναγκών του ερωτηματολογίου CCFNI σύμφωνα με τη φθίνουσα ταξινόμηση της σημαντικότητάς τους.**

	πολύ σημαντικό	σημαντικό	ελάχιστο σημαντικό	καθόλου σημαντικό
25. Να μιλάτε με το γιατρό καθημερινά;	84,2%	13,7%	2,1%	0,0%
24. Να λαμβάνετε κατανοητές πληροφορίες;	83,2%	15,8%	1,1%	0,0%
2. Να αισθάνεστε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή σας	82,1%	16,8%	1,1%	0,0%
3. Να γνωρίζετε το αναμενόμενο αποτέλεσμα της κατάστασης του ασθενή σας;	80,0%	16,8%	3,2%	0,0%
6. Να απαντώνται οι ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια;	78,9%	20,0%	1,1%	0,0%
32. Να σας δίνονται οδηγίες για το πώς πρέπει να φερθείτε όταν είστε κοντά στον ασθενή σας;	76,8%	18,9%	4,2%	0,0%
29. Να γνωρίζετε συγκεκριμένα (βασικά) γεγονότα που αφορούν την πρόοδο του ασθενή σας;	76,8%	18,9%	4,2%	0,0%
1. Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι η καλύτερη δυνατή φροντίδα δίνεται στον ασθενή σας;	73,7%	22,1%	4,2%	0,0%
27. Να γνωρίζετε τον λόγο για τον οποίο έγινε και γίνεται κάθε ιατρική παρέμβαση στον ασθενή σας;	73,7%	22,1%	4,2%	0,0%
8. Να επισκέπτεστε συχνά τον ασθενή σας;	71,6%	24,2%	4,2%	0,0%
22. Να σας ειδοποιούν στο σπίτι για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενή σας;	71,6%	23,2%	4,2%	1,1%
23. Να λαμβάνετε πληροφορίες για τον ασθενή σας τουλάχιστον 1 φορά τη μέρα;	70,5%	26,3%	3,2%	0,0%
36. Να γνωρίζετε την πιθανότητα θανάτου του ασθενή σας;	70,5%	23,2%	4,2%	2,1%
30. Να μιλάτε με τον/την επικεφαλής νοσηλεύτη καθημερινά;	69,5%	21,1%	8,4%	1,1%
31. Να σας ενημερώνουν για τυχόν σχέδια μετακίνησης του ασθενή την στιγμή που αυτό συμβαίνει;	69,5%	27,4%	2,1%	1,1%
34. Να σας παρέχεται επαρκής πληροφόρηση για το περιβάλλον της ΜΕΘ πριν την επισκεφθείτε για πρώτη φορά;	69,5%	16,8%	12,6%	1,1%
28. Να γνωρίζετε ακριβώς ποιες ιατρικές διαδικασίες ακολουθούνται για τον ασθενή σας;	69,5%	23,2%	7,4%	0,0%
37. Να ξεκινάει το επισκεπτήριο στην ώρα του;	65,3%	16,8%	17,9%	0,0%
7. Να αισθάνεστε ότι υπάρχει ελπίδα;	65,3%	26,3%	7,4%	1,1%
26. Να αισθάνεστε αποδεκτοί από το προσωπικό της ΜΕΘ;	64,2%	25,3%	9,5%	1,1%
12. Να υπάρχει τουλάχιστον ένα εξουσιοδοτημένο άτομο το οποίο θα μπορεί να τηλεφωνήσει και να πάρει πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή σε περίπτωση που δεν μπορείτε να τον επισκεφθείτε;	62,1%	34,7%	3,2%	0,0%
4. Να γνωρίζετε την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή σας;	60,0%	29,5%	10,5%	0,0%
14. Να υπάρχει δυνατότητα οικονομικής βοήθειας;	55,8%	29,5%	12,6%	2,1%
9. Να υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής των ωρών του επισκεπτηρίου για	54,7%	28,4%	9,5%	7,4%



συγκεκριμένο λόγο;				
13. Να μπορείτε να επισκέπτεστε τον ασθενή σας οποιαδήποτε στιγμή;	53,7%	32,6%	12,6%	1,1%
11. Να γνωρίζετε ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να σας στηρίξουν ψυχολογικά και στους οποίους μπορείτε να μιλήσετε;	52,6%	27,4%	15,8%	4,2%
33. Να γνωρίζετε τι είδους πληροφορία μπορεί να σας δώσει το κάθε μέλος του προσωπικού χωριστά;	52,6%	25,3%	21,1%	1,1%
16. Να σας ενημερώσουν για το αν υπάρχει κάποιος που μπορεί να σας βοηθήσει με τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην οικογένεια σας λόγω της εισαγωγής τους ασθενή σας στην ΜΕΘ;	50,5%	35,8%	9,5%	4,2%
43. Να είναι άνετη η αίθουσα αναμονής;	50,5%	29,5%	15,8%	4,2%
38. Να υπάρχει τουαλέτα κοντά στην αίθουσα αναμονής;	49,5%	27,4%	21,1%	2,1%
40. Να βρίσκεται η αίθουσα αναμονής κοντά στον ασθενή;	48,4%	29,5%	14,7%	7,4%
10. Να έχετε κοντά σας φιλικά πρόσωπα για στήριξη;	45,3%	34,7%	13,7%	6,3%
15. Να μπορείτε να μιλήσετε σε κάποιον για το πώς αισθάνεστε;	44,2%	34,7%	18,9%	2,1%
17. Να υπάρχει κάποιος ο οποίος ενδιαφέρεται και για τη δική σας υγεία;	43,2%	36,8%	17,9%	2,1%
19. Να αισθάνεστε ότι είναι φυσιολογικό να εξωτερικεύετε την αγωνία σας, την στεναχώρια σας;	41,1%	34,7%	21,1%	3,2%
35. Να γνωρίζετε τις ειδικότητες του προσωπικού που φροντίζουν τον ασθενή σας;	41,1%	29,5%	21,1%	8,4%
5. Να έχετε την δυνατότητα να βοηθήσετε στην φροντίδα του ασθενή (πχ στον καθαρισμό του);	40,0%	30,5%	13,7%	15,8%
18. Να μπορείτε να είστε μαζί με κάποιον άλλο τη στιγμή που επισκέπτεστε την ΜΕΘ;	36,8%	34,7%	21,1%	7,4%
45. Να υπάρχει η διαβεβαίωση από το προσωπικό ότι μπορείτε να φύγετε για λίγο από το νοσοκομείο;	33,7%	28,4%	24,2%	13,7%
20. Να γνωρίζετε την ύπαρξη θρησκευτικών λειτουργιών (πχ εκκλησία)	27,4%	32,6%	24,2%	15,8%
39. Να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή κοντά στην αίθουσα αναμονής	25,3%	30,5%	21,1%	23,2%
21. Να υπάρχει η δυνατότητα της επίσκεψης από έναν ιερωμένο, παπά;	22,1%	33,7%	26,3%	17,9%
44. Να είστε μόνοι σας οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε;	17,9%	26,3%	33,7%	22,1%
41. Να υπάρχει φαγητό εάν το θελήσετε;	15,8%	26,3%	31,6%	26,3%
42. Να υπάρχει η δυνατότητα να απομονωθείτε εάν το επιθυμείτε όσο βρίσκεστε στο νοσοκομείο;	14,7%	27,4%	32,6%	25,3%

Ο πίνακας 3 αναφέρει όσα θεωρούν οι συγγενείς ως πιο σημαντικά προχωρώντας στο τι θεωρούν λιγότερο (σημαντικό). Την πρωτιά λοιπόν στην σημαντικότητα κατέχει η επικοινωνία με τον γιατρό, με ποσοστό 84,2%. Δεύτερη έρχεται η λήψη κατανοητών πληροφοριών, με ποσοστό 83,2% και έπειτα ακολουθεί το να αισθάνονται οι συγγενείς πως το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή τους, στο 82,1% με

όλα τα ποσοστά να πλησιάζουν πολύ το ένα το άλλο. Χαμηλότερα στον πίνακα παρατηρείται, ότι από τους ερωτηθέντες θεωρείται ελάχιστα σημαντική η δυνατότητα επίσκεψης από ένα ιερωμένο, όπως και το να μένουν μόνοι τους οποιαδήποτε στιγμή το θελήσουν, με ποσοστά 26,3% και 33,7% αντίστοιχα. Επίσης ελάχιστα σημαντικό είναι η ύπαρξη φαγητού, όπως και η δυνατότητα απομόνωσης, εφόσον υπήρχε η επιθυμία όσο βρίσκονταν στο νοσοκομείο, με αντίστοιχα ποσοστά πάλι 31,6% και 32,6%.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

**Πίνακας 4 Ταξινόμηση αναγκών σύμφωνα με τη αύξουσα μέση βαθμολογία τους.**

Ανάγκες	Υποκλ.	Μέση τιμή	Τυπ. Απ.
25. Να μιλάτε με το γιατρό καθημερινά;	ΠΛ	1,18	0,44
24. Να λαμβάνετε κατανοητές πληροφορίες;	ΚΑΘ	1,18	0,41
2. Να αισθάνεστε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή σας	ΚΑΘ	1,19	0,42
6. Να απαντώνται οι ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια;	ΚΑΘ	1,22	0,44
3. Να γνωρίζετε το αναμενόμενο αποτέλεσμα της κατάστασης του ασθενή σας;	ΚΑΘ	1,23	0,49
32. Να σας δίνονται οδηγίες για το πώς πρέπει να φερθείτε όταν είστε κοντά στον ασθενή σας;	ΥΠ	1,27	0,53
29. Να γνωρίζετε συγκεκριμένα (βασικά) γεγονότα που αφορούν την πρόοδο του ασθενή σας;	ΚΑΘ	1,27	0,53
1. Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι η καλύτερη δυνατή φροντίδα δίνεται στον ασθενή σας;	ΚΑΘ	1,31	0,55
27. Να γνωρίζετε τον λόγο για τον οποίο έγινε και γίνεται κάθε ιατρική παρέμβαση στον ασθενή σας;	ΠΛ	1,31	0,55
23. Να λαμβάνετε πληροφορίες για τον ασθενή σας τουλάχιστον 1 φορά τη μέρα;	ΕΓΓ	1,33	0,53
8. Να επισκέπτεστε συχνά τον ασθενή σας;	ΕΓΓ	1,33	0,55
22. Να σας ειδοποιούν στο σπίτι για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενή σας;	ΕΓΓ	1,35	0,61
31. Να σας ενημερώνουν για τυχόν σχέδια μετακίνησης του ασθενή την στιγμή που αυτό συμβαίνει;	ΕΓΓ	1,35	0,58
28. Να γνωρίζετε ακριβώς ποιες ιατρικές διαδικασίες ακολουθούνται για τον ασθενή σας;	ΠΛ	1,38	0,62
36. Να γνωρίζετε την πιθανότητα θανάτου του ασθενή σας;	ΥΠ	1,38	0,67
12. Να υπάρχει τουλάχιστον ένα εξουσιοδοτημένο άτομο το οποίο θα μπορεί να τηλεφωνήσει και να πάρει πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή σε περίπτωση που δεν μπορείτε να τον επισκεφθείτε;	ΠΛ	1,41	0,56
30. Να μιλάτε με τον/την επικεφαλής νοσηλεύτη καθημερινά;	ΕΓΓ	1,41	0,69
7. Να αισθάνεστε ότι υπάρχει ελπίδα;	ΚΑΘ	1,44	0,68
34. Να σας παρέχεται επαρκής πληροφόρηση για το περιβάλλον της ΜΕΘ πριν την επισκεφθείτε για πρώτη φορά;	ΥΠ	1,45	0,75
26. Να αισθάνεστε αποδεκτοί από το προσωπικό της ΜΕΘ;	ΑΝ	1,47	0,71
4. Να γνωρίζετε την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή σας;	ΠΛ	1,51	0,68
37. Να ξεκινάει το επισκεπτήριο στην ώρα του;	ΕΓΓ	1,53	0,78
13. Να μπορείτε να επισκέπτεστε τον ασθενή σας οποιαδήποτε στιγμή;	ΕΓΓ	1,61	0,75

14. Να υπάρχει δυνατότητα οικονομικής βοήθειας;	ΥΠ	1,61	0,79
16. Να σας ενημερώσουν για το αν υπάρχει κάποιος που μπορεί να σας βοηθήσει με τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην οικογένεια σας λόγω της εισαγωγής τους ασθενή σας στην ΜΕΘ;	ΥΠ	1,67	0,82
9. Να υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής των ωρών του επισκεπτηρίου για συγκεκριμένο λόγο;	ΕΓΓ	1,69	0,92
33. Να γνωρίζετε τι είδους πληροφορία μπορεί να σας δώσει το κάθε μέλος του προσωπικού χωριστά;	ΠΛ	1,71	0,84
11. Να γνωρίζετε ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να σας στηρίξουν ψυχολογικά και στους οποίους μπορείτε να μιλήσετε;	ΥΠ	1,72	0,88
43. Να είναι άνετη η αίθουσα αναμονής;	ΑΝ	1,74	0,88
38. Να υπάρχει τουαλέτα κοντά στην αίθουσα αναμονής;	ΑΝ	1,76	0,86
15. Να μπορείτε να μιλήσετε σε κάποιον για το πώς αισθάνεστε;	ΥΠ	1,79	0,82
17. Να υπάρχει κάποιος ο οποίος ενδιαφέρεται και για τη δική σας υγεία;	ΥΠ	1,79	0,81
40. Να βρίσκεται η αίθουσα αναμονής κοντά στον ασθενή;	ΕΓΓ	1,81	0,95
10. Να έχετε κοντά σας φιλικά πρόσωπα για στήριξη;	ΥΠ	1,81	0,90
19. Να αισθάνεστε ότι είναι φυσιολογικό να εξωτερικεύετε την αγонία σας, την στεναχώρια σας;	ΥΠ	1,86	0,86
35. Να γνωρίζετε τις ειδικότητες του προσωπικού που φροντίζουν τον ασθενή σας;	ΠΛ	1,97	0,98
18. Να μπορείτε να είστε μαζί με κάποιον άλλο τη στιγμή που επισκέπτεστε την ΜΕΘ;	ΥΠ	1,99	0,94
5. Να έχετε την δυνατότητα να βοηθήσετε στην φροντίδα του ασθενή (πχ στον καθαρισμό του);	ΠΛ	2,05	1,09
45. Να υπάρχει η διαβεβαίωση από το προσωπικό ότι μπορείτε να φύγετε για λίγο από το νοσοκομείο;	ΑΝ	2,18	1,05
20. Να γνωρίζετε την ύπαρξη θρησκευτικών λειτουργιών (πχ εκκλησία)	ΥΠ	2,28	1,04
21. Να υπάρχει η δυνατότητα της επίσκεψης από έναν ιερωμένο, παπά;	ΥΠ	2,40	1,03
39. Να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή κοντά στην αίθουσα αναμονής	ΑΝ	2,42	1,11
44. Να είστε μόνοι σας οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε;	ΥΠ	2,60	1,03
42. Να υπάρχει η δυνατότητα να απομονωθείτε εάν το επιθυμείτε όσο βρίσκεστε στο νοσοκομείο;	ΥΠ	2,68	1,01
41. Να υπάρχει φαγητό εάν το θελήσετε;	ΑΝ	2,68	1,03

ΠΛ: πληροφόρηση, ΚΑΘ: καθυσύχαση, ΕΓ: εγγύτητα, ΥΠ: υποστήριξη, ΑΝ: άνεση

Ο πίνακας 4. αναφέρεται στις υποκλίμακες των αναγκών των συγγενών. Ως σημαντικότερες θεωρούνται οι ανάγκες για πληροφόρηση και καθυσύχαση, ενώ ως λιγότερο σημαντικές οι ανάγκες για άνεση και υποστήριξη.

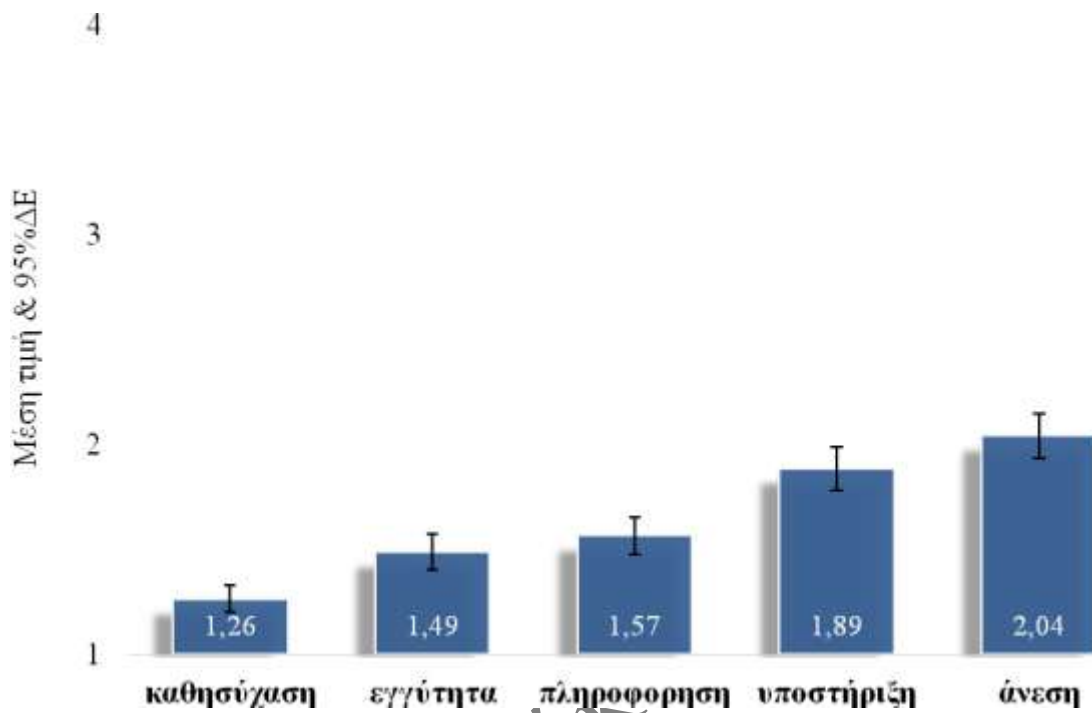
**Πίνακας 5 Επίπεδα κλίμακας & υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI, των 95 συγγενών ασθενών ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα.**

Υποκλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων	Εύρος τιμών <sup>1</sup>	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλ.	Διάμεσος	Cronbach's α
Εγγύτητα (Proximity)	9	1-4	1,49	0,45	1,44	0,794
Υποστήριξη (Support)	15	1-4	1,89	0,52	1,87	0,870
Καθησύχαση (Reassurance)	7	1-4	1,26	0,33	1,14	0,755
Άνεση (Comfort)	6	1-4	2,04	0,54	2,00	0,584
Πληροφόρηση (Information)	8	1-4	1,56	0,46	1,50	0,761
Συνολική βαθμολογία	45	1-4	1,67	0,39	1,62	0,933

<sup>1</sup> Χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

Ο **πίνακας 5** παραθέτει τις υποκλίμακες των αναγκών και τη σημαντικότητά τους συμπεραίνοντας ότι οι συγγενείς θεωρούν πολύ σημαντική την καθησύχαση, την εγγύτητα και την πληροφόρηση και λιγότερο την υποστήριξη και την άνεση.

Σχήμα 1 Σύγκριση επιπέδων βαθμολογίας υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI, των 95 συγγενών ασθενών ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα.



Χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

Ντάμα-Τυμπακτιανάικ

**Πίνακας 6: Συχνότητα σημαντικότερων αναγκών όπως τις ανέφεραν ελεύθερα οι συμμετέχοντες συγγενείς ασθενών στη μελέτη.**

<i>Σημαντικότερη ανάγκη (ως ελεύθερη επιλογή)</i>	<b>v</b>	<b>%</b>
1. Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι η καλύτερη δυνατή φροντίδα δίνεται στον ασθενή σας;	13	14,1
24. Να λαμβάνετε κατανοητές πληροφορίες;	13	14,1
6. Να απαντώνται οι ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια;	10	10,9
7. Να αισθάνεστε ότι υπάρχει ελπίδα;	6	6,5
2. Να αισθάνεστε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή σας	5	5,4
16. Να σας ενημερώσουν για το αν υπάρχει κάποιος που μπορεί να σας βοηθήσει με τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην οικογένεια σας λόγω της εισαγωγής τους ασθενή σας στην ΜΕΘ;	5	5,4
22. Να σας ειδοποιούν στο σπίτι για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενή σας;	5	5,4
25. Να μιλάτε με το γιατρό καθημερινά;	5	5,4
29. Να γνωρίζετε συγκεκριμένα (βασικά) γεγονότα που αφορούν την πρόοδο του ασθενή σας;	5	5,4

Στον **πίνακα 6**, αναφέρονται οι σημαντικότερες ανάγκες τις οποίες οι ερωτηθέντες απάντησαν ελεύθερα. Διαπιστώνεται ότι το 14,1% θεωρεί πολύ σημαντικό να υπάρχει διαβεβαίωση πως στον ασθενή τους δίνεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα. Το ίδιο ποσοστό (14,1%) των συγγενών που απάντησαν θεωρεί επίσης πολύ σημαντικό το να λαμβάνει κατανοητές πληροφορίες και ένα λίγο μικρότερο ποσοστό 10,9% επισημαίνει πως πολύ σημαντικό είναι να απαντώνται οι ερωτήσεις τους με ειλικρίνεια.

**Πίνακας 7: Συσχέτιση υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI, των 95 συγγενών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.**

		Εγγύτητα	Υποστήριξη	Καθησύχαση	Άνεση	Πληροφόρηση	Συνολική βαθμολογία
	rho-Spearman						
Φύλο	0,095	0,166	-0,018	0,108	0,006	0,130	
Ηλικία	-0,281*	-0,194	-0,175	-0,289*	-0,235*	-0,282*	
Οικογενειακή κατάσταση	0,050	-0,005	-0,010	0,031	0,018	-0,010	
Εθνικότητα	0,109	0,066	-0,004	0,227*	0,015	0,082	
Εκπαίδευση	0,098	0,055	0,198	0,147	0,040	0,139	
Αριθμός μελών οικογένειας	-0,022	-0,033	0,083	-0,129	-0,076	-0,058	
Εργασία, απασχόληση	0,060	-0,104	-0,090	-0,062	0,115	-0,039	
Νοσοκομείο	0,276*	0,257*	0,017	0,184	0,191	0,257*	
Προηγούμενη εμπειρία από ΜΕΘ	0,179	0,221*	0,146	0,101	0,102	0,206*	
Αριθμός συναντήσεων με γιατρούς	-0,046	-0,079	0,024	-0,023	0,060	-0,026	
Γνώση για τον ακριβή ρόλο του γιατρού	0,012	0,059	0,014	0,005	0,158	0,047	
Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχολόγο	0,104	0,332*	-0,030	0,200	0,193	0,246*	

Χαμηλή βαθμολογία υποκλιμάκων και κλίμακας υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

Οι κατηγορικές μεταβλητές αφορούν το φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες), την οικογενειακή κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:άγαμος/η ή σε χηρεία, 3: άλλη), την εθνικότητα (1:ελληνική, 2:άλλη), την εκπαίδευση (1:δημοτικό, γυμνάσιο, 2:λύκειο, ΙΕΚ, 3:ΑΕΙ, ΤΕΙ), την εργασία-απασχόληση (1: ανεργία, φοιτητής/τρια, 2: συνταξιούχος, οικιακά, 3: ιδιωτικός ή δημόσιος υπάλληλος, 4: ελεύθερος/η επαγγελματίας, 5: χειρωνακτικά επαγγέλματα όπως αγρότης, εργάτρια κλπ), το νοσοκομείο (1: Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς", 2: Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο", 3: Γ.Ν.Θ.Α."ΣΩΤΗΡΙΑ"), την προηγούμενη εμπειρία από ΜΕΘ (1:ναι, 2:όχι), την γνώση για τον ακριβή ρόλο του γιατρού (1:ναι, 2:όχι) και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη (1:ναι, 2:όχι).

\*p<0.05.



Σε σχέση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος, διαπιστώνεται στη συνολική βαθμολογία, ότι στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζουν οι μεταβλητές: μικρές ηλικίες, συγκεκριμένο Νοσοκομείο, η προηγούμενη εμπειρία απο Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η ύπαρξη ή όχι ανάγκης για ψυχολογική υποστήριξη. Ειδικότερα φαίνεται πως οι μικρές ηλικίες θεωρούν σημαντικές τις ανάγκες για εγγύτητα, για άνεση και για πληροφόρηση, ενώ όσοι είχαν την ελληνική ιθαγένεια την ανάγκη για άνεση. Παρακάτω παρατηρείται συσχέτιση του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» με τις ανάγκες για εγγύτητα και για υποστήριξη να θεωρούνται, από τους συμμετέχοντες ως πολύ σημαντικές. Επίσης σημαντική θεωρείται η προηγούμενη εμπειρία από Μ.Ε.Θ. σε σχέση με την ανάγκη για υποστήριξη. Τέλος πολύ σημαντική αναφέρεται η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχολόγο σε σχέση με την ανάγκη πάλι της υποστήριξης.

Ντάμα-Τυμπακιαννάκη-Φραντζεσκάκη

**Πίνακας 8: Συσχέτιση υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI, των 95 συγγενών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.**

	Εγγύτητα	Υποστήριξη	Καθησύχαση	Άνεση	Πληροφόρηση
	r-Pearson				
Υποστήριξη	0,646*				
Καθησύχαση	0,727*	0,495*			
Άνεση	0,577*	0,595*	0,474*		
Πληροφόρηση	0,842*	0,672*	0,704*	0,523*	
Συνολική βαθμολογία	0,881*	0,893*	0,740*	0,741*	0,876*

Χαμηλή βαθμολογία υποκλιμάκων και κλίμακας υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

\* $p < 0.05$ .

Στον **πίνακα 8** γίνεται σύγκριση της αλληλοσυσχέτισης των αναγκών. Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου και των αναγκών μεταξύ τους.

**Πίνακας 9: Επίπεδα κλίμακας & υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI στα τρία ιδρύματα από τα οποία προέρχονται οι 95 συγγενείς ασθενών ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα.**

	Νοσοκομείο			p-value
	"Γ. Γεννηματάς"	"Ιπποκράτειο"	"ΣΩΤΗΡΙΑ"	
Υποκλίμακες	μέση βαθμολογία <sup>1</sup> (τυπ. απόκλ.)			
Εγγύτητα	<b>1,30</b> (0,27)	1,51 (0,46)	1,62 (0,50)	0,024
Υποστήριξη	<b>1,67</b> (0,33)	1,98 (0,57)	2,01 (0,56)	0,022
Καθυσύχαση	1,20 (0,22)	1,27 (0,27)	1,30 (0,42)	0,777
Άνεση	<b>1,83</b> (0,47)	2,22 (0,61)	2,10 (0,51)	0,032
Πληροφόρηση	1,45 (0,30)	1,49 (0,47)	1,70 (0,53)	0,126
Συνολική βαθμολογία	<b>1,51</b> (0,24)	1,72 (0,39)	1,78 (0,46)	0,020

<sup>1</sup> Χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

Ελεγχοι Kruskal-Wallis.

Στον **πίνακα 9** παρατηρήθηκε ότι στο «Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς» υπάρχει υψηλή σημαντικότητα και στις πέντε υποκλίμακες σε σχέση με τα υπόλοιπα δυο νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται σε αυτό το ίδρυμα θεωρείται λίγο παραπάνω σημαντική η εγγύτητα 1,30 (0,27), η υποστήριξη 1,67 (0,33), και η άνεση 1,83 (0,47).

**Πίνακας 10: Επίπεδα κλίμακας & υποκλιμάκων ερωτηματολογίου διερεύνησης αναγκών CCFNI στις 4 ΜΕΘ των ιδρυμάτων από τα οποία προέρχονται οι 95 συγγενείς ασθενών ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα.**

	ΜΕΘ				p-value
	ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	Κ.Α.Α.	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	
Υποκλίμακες	μέση βαθμολογία <sup>1</sup> (τυπ. απόκλ.)				
Εγγύτητα	1,60 (0,45)	1,51 (0,44)	1,39 (0,31)	1,47 (0,47)	0,626
Υποστήριξη	2,01 (0,56)	1,89 (0,57)	2,09 (0,55)	1,82 (0,48)	0,306
Καθυσύχαση	1,40 (0,51)	1,15 (0,22)	1,27 (0,25)	1,27 (0,31)	0,307
Άνεση	2,15 (0,51)	2,06 (0,49)	2,23 (0,55)	1,98 (0,56)	0,321
Πληροφόρηση	1,71 (0,54)	1,54 (0,46)	1,55 (0,42)	1,54 (0,45)	0,749
Συνολική βαθμολογία	1,80 (0,47)	1,66 (0,40)	1,75 (0,32)	1,63 (0,39)	0,350

<sup>1</sup> Χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει υψηλή σημαντικότητα (από 1=πολύ σημαντικό έως 4=καθόλου σημαντικό).

Ελεγχοι Kruskal-Wallis.

Ο πίνακας 10 συσχετίζει τις κλίμακες και τις υποκλίμακες με τους τέσσερις διαφορετικούς τύπους Μ.Ε.Θ. Έδω εμφανίζεται πάλι μία υψηλή σημαντικότητα σε όλες τις υποκλίμακες με όλες τις υπό μελέτη Μ.Ε.Θ. χωρίς όμως κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους.

## Συζήτηση

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσουμε τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η μελέτη και εντοπισμός των αναγκών βοηθά στην παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας στους νοσηλευόμενους των ΜΕΘ.

Η μελέτη σε αυτόν τον ιδιαίτερο πληθυσμό προσδιόρισε συγκεκριμένες ανάγκες. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν ενενήνταπέντε (95) συγγενείς ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας τριών μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας.

Η πλειοψηφία τους ήταν ελληνικής καταγωγής (88,4%), γυναίκες ηλικίας 40 - 59 ετών. Η σχέση με τον ασθενή ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό «σύζυγος/σύντροφος». Οι περισσότεροι εξ αυτών δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας κάποιου συγγενικού προσώπου σε ΜΕΘ (ποσοστό 65,3% ) και γνώριζαν τον ακριβή ρόλο του γιατρού.

Παρατηρήθηκε ότι οι τρεις σημαντικότερες ανάγκες που προσδιορίστηκαν είναι η ανάγκη για καθυσύχαση, για εγγύτητα και για πληροφόρηση, ενώ οι ανάγκες για υποστήριξη και άνεση χαρακτηρίστηκαν ως λιγότερο σημαντικές.

Η αξιολόγησή τους ως πολύ σημαντικές και από τις δύο μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν (CCFNI και ερώτησης ανοικτού τύπου), δείχνει ότι η ανάγκη για «καθυσύχαση» είναι μια πρωτεύουσα ανάγκη των συγγενών, όσων νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Παράλληλα διαπιστώνεται, ότι η εν λόγω ανάγκη εξαρτάται και από το μορφωτικό επίπεδο του ερωτηθέντα, γεγονός που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα των Chatzaki et al. <sup>(28)</sup>

Η ανάγκη για πληροφόρηση, χαρακτηρίστηκε ως η τρίτη πιο σημαντική από τους ερωτηθέντες. Η ανάγκη για πληροφόρηση δεν επηρεάζεται από την εθνικότητα, με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αλλά και όπως παρατηρείται και στην έρευνα των Azoulay et al, που διεξήχθη το 2001 στην Γαλλία. Στην έρευνά τους συμμετείχαν συγγενείς ασθενών νοσηλευόμενων σε Μ.Ε.Θ. ανεξάρτητα από την γαλλική ή όχι καταγωγή τους. <sup>(52)</sup>

Η ερώτηση «Να μιλάτε με το γιατρό καθημερινά;» κατέλαβε την πρώτη θέση στο CCFNI και την όγδοη (8η) θέση στην αξιολόγηση των ερωτήσεων ανοικτού τύπου

γεγονός που φανερώνει, ότι η ανάγκη για πληροφόρηση είναι μια από τις πλέον σημαντικές ανάγκες και εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία των ερωτηθέντων. Στην έρευνα του ο Khalaila<sup>(33)</sup>, τόνισε ομοίως ότι η ανάγκη της πληροφόρησης εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία. Ειδικότερα στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρατηρεί κανείς ότι οι συγγενείς επιθυμούν ενημέρωση, όχι μόνο για την διάγνωση, την πρόγνωση και την θεραπεία, αλλά για πρακτικά ζητήματα όπως την πιθανότητα να υπάρχει ένα εξουσιοδοτημένο άτομο, το οποίο να μπορεί να επικοινωνήσει και να ζητήσει πληροφορίες.

Στην ερώτηση/ανάγκη για πληροφόρηση: «Να έχετε την δυνατότητα να βοηθήσετε στην φροντίδα του ασθενή (πχ στον καθαρισμό του);» το ποσοστό που την χαρακτήρισε ιδιαίτερα σημαντική ήταν 40%, με μέση τιμή 2.05, ενώ δεν υπάρχει συσχετισμός της με κάποιο από τα χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως το φύλο ή η ηλικία.

Στην έρευνα των Chatzaki et al.<sup>(28)</sup>, φαίνεται ένας συσχετισμός μεταξύ ηλικίας και πόσο σημαντική χαρακτήρισαν την εν λόγω ανάγκη/ερώτηση. Επίσης στην μελέτη των Agard & Harder, η οποία διεξήχθη το 2006 σε νοσοκομείο της Δανίας, βλέπουμε ότι η εν λόγω ανάγκη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ερωτηθέντες.<sup>(53)</sup> Στην έρευνα των Fry & Warren, που έγινε στις Η.Π.Α το 2007, η εν λόγω ερώτηση ήταν σημαντική, διότι με αυτόν τον τρόπο οι συγγενείς του ασθενή έρχονταν σε επαφή μαζί του.<sup>(54)</sup> Στην έρευνα των Engstrom & Soderberg, η οποία διεξήχθη στην Σουηδία το 2004, οι σύντροφοι των ασθενών σε Μ.Ε.Θ, εξέφρασαν την ανάγκη να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας στην φροντίδα του ασθενή τους. Έκαναν μασάζ στον ασθενή, ώστε να προληφθούν οι πιθανές κατακλίσεις και φρόντιζαν την υγιεινή του στόματος. Η συμμετοχή στην φροντίδα του δικού τους ανθρώπου, τους έκανε να νιώσουν κοντά στον ασθενή.<sup>(23)</sup>

Με βάση την μέση αύξουσα βαθμολογία των ερωτήσεων/αναγκών η ερώτηση/ανάγκη: «Να μιλάτε με τον γιατρό σας καθημερινά» κρίθηκε η πλέον σημαντική. Στην μελέτη των Verhaenge et al. (2007), η πληροφόρηση είναι σημαντική για τους συγγενείς των ασθενών, διότι με αυτό τον τρόπο κατανοούν την κατάσταση του ασθενή και αναπτύσσουν έτσι αίσθημα ελπίδας, το οποίο συνδέεται και με την ανάγκη για καθυσύχαση.<sup>(59)</sup>

Η ερώτηση/ανάγκη για καθυσύχαση: «Να αισθάνεστε ότι υπάρχει ελπίδα;» χαρακτηρίστηκε ιδιαίτερα σημαντική. Συγκρίνοντας με την έρευνα των Chatzaki et al.<sup>(28)</sup>, παρατηρείται ότι ήταν αρκετά σημαντική επίσης η εν λόγω ερώτηση. Στην μελέτη των

Lee & Lau.<sup>(19)</sup> η οποία διεξήχθη σε νοσοκομείο του Hong Kong, η ανάγκη για καθυσύχαση, ομοίως χαρακτηρίστηκε ως η πλέον σημαντική ανάγκη από τους συμμετέχοντες στην μελέτη, σε αντίθεση με την μελέτη του Khalaila, ο οποίος σε έρευνα που πραγματοποίησε το 2008 στο Ισραήλ, παρατήρησε ότι η ανάγκη για εγγύτητα θεωρείτο η πιο σημαντική στους συμμετέχοντες στην έρευνά του.<sup>(60)</sup>

Η ερώτηση/ανάγκη :«Να είναι άνετη η αίθουσα αναμονής;», είναι 43<sup>η</sup> στην κατάταξη, καθιστώντας τη έτσι όχι ιδιαίτερα σημαντική ανάγκη. Στην έρευνα των Lee & Lau <sup>(19)</sup> , οι συμμετέχοντες την κατέταξαν επίσης στις όχι τόσο συχνά απαντώμενες ανάγκες.

Η καταγωγή (εάν είναι Έλληνες υπήκοοι) των ερωτηθέντων επηρεάζει την αξιολόγηση των αναγκών που ανήκουν στο πεδίο της «άνεσης». Επίσης η εν λόγω ανάγκη δεν επηρεάζεται από την ηλικία ή το φύλο των συμμετεχόντων.

Η ερώτηση που φανερώνει ανάγκη για υποστήριξη : «Να γνωρίζετε ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να σας στηρίξουν ψυχολογικά και στους οποίους μπορείτε να μιλήσετε;» χαρακτηρίστηκε ως πολύ σημαντική από το 52.6% του δείγματος. Στην μελέτη των Verhaenge et al, που διεξήχθη το 2005, δεν θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η ανάγκη αυτή, αφού οι συγγενείς των ασθενών, τείνουν να παραμερίζουν τις δικές τους ανάγκες.<sup>(59)</sup> Αυτή η διαπίστωση τονίζει την αναγκαιότητα υποστήριξης συγγενών των ασθενών της ΜΕΘ, οι οποίοι είναι σε ιδιαίτερη ψυχολογική φόρτιση, λόγω της εισαγωγής του αγαπημένου τους στην μονάδα.

Η ανάγκη για υποστήριξη εξαρτάται και από τις προηγούμενες εμπειρίες από ΜΕΘ. Είναι σαφές και η εκφρασμένη ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη από τους ερωτηθέντες, όπως αυτά σταθμίστηκαν από το CCFNI, ενώ από τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου το 54,7% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι δεν είχε ανάγκη από στήριξη από ειδικό ψυχολόγο. Παρατηρείται ακόμη, ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάγκης για υποστήριξη και μορφωτικού επιπέδου ή επαγγέλματος.

Από την έρευνα των Chatzaki et al., προκύπτει συσχετισμός της ανάγκης για υποστήριξη με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων αλλά και με το επάγγελμα το οποίο είχαν.<sup>(28)</sup> Πρέπει βέβαια να λάβει κανείς υπόψιν και το διαφορετικό είδος του πληθυσμού, αφού η έρευνα των Chatzaki et al. (2010) πραγματοποιήθηκε σε αγροτικό, ημι-αστικό πληθυσμό, ενώ η παρούσα μελέτη αφορά αστικό πληθυσμό. Όπως παρατηρεί κανείς στην ερώτηση/

ανάγκη: «Να υπάρχει κάποιος ο οποίος ενδιαφέρεται και για τη δική σας υγεία;», λιγότερο από τους μισούς ερωτηθέντες την χαρακτήρισε ως ιδιαίτερα σημαντική. <sup>(28)</sup> Στην έρευνα των Choi et al., οι συγγενείς των ασθενών δήλωσαν ότι είναι εκτεθειμένοι σε παραπάνω από ένα παράγοντες κινδύνου της υγείας τους, παραδεχόμενοι ότι δεν κοιμόταν καλά, δεν έτρωγαν και δεν γυμνάζονται αρκετά. Φαίνεται λοιπόν ότι δεν πρόσεχαν οι ίδιοι την υγεία τους, αλλά και δεν υπήρχε κάποιος να την φροντίζει για εκείνους, όσο διάστημα οι αγαπημένοι τους νοσηλεύονταν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. <sup>(44)</sup>

Στην έρευνα των Agard et Harder (2006), οι συγγενείς προσπαθούν να μην τραβούν ιδιαίτερα την προσοχή των νοσηλευτών πάνω τους, ώστε να μην αποσπούν την προσοχή από τον συγγενή τους. <sup>(53)</sup> Το παρατηρεί κανείς αυτό και στην μελέτη των Verhaenge et al. (2005), οι οποίοι συμπεράναν ότι οι συγγενείς παραμερίζουν κάποιες ανάγκες, ψυχολογικές και κοινωνικές, ώστε να δώσουν προτεραιότητα σε ανάγκες που άπτονται σε ποιο πρακτικά θέματα. <sup>(59)</sup> Στην μελέτη των Al-Mutair & al, που διενεργήθηκε το 2013 στην Σαουδική Αραβία, η ανάγκη για υποστηριξή χαρακτηρίστηκε ως λιγότερο σημαντική από τους συμμετέχοντες, διότι επιθυμούσαν το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. να φροντίσει το καλύτερο δυνατόν τον ασθενή τους, θυσιάζοντας έτσι οι ίδιοι την ανάγκη τους για υποστήριξη. <sup>(34)</sup>

Η ανάγκη/ερώτηση: «Να σας ειδοποιούν στο σπίτι για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενή σας;» κατέλαβε στην κατάταξη κατά CCFNI την δωδέκατη (12η) θέση, ενώ στην αξιολόγηση της ελεύθερης επιλογής των ερωτήσεων κατέλαβε την έβδομη (7η) θέση.

Τις ερωτήσεις/ανάγκες: «Να ξεκινάει το επισκεπτήριο στην ώρα του;» και «Να μπορείτε να επισκέπτεστε τον ασθενή σας οποιαδήποτε στιγμή;», οι οποίες εκφράζουν την ανάγκη για εγγύτητα, το 53,7% και 65,3% των ερωτηθέντων χαρακτήρισε πολύ σημαντικές. Στην έρευνα των Verhaenge et al, η ανάγκη για εγγύτητα χαρακτηρίστηκε ομοίως πολύ σημαντική για τους συγγενείς των ασθενών. <sup>(61)</sup>

Η ανάγκη για άνεση αφορά περισσότερο πρακτικά ζητήματα, όπως διαφαίνεται στις ερωτήσεις/ανάγκες: «να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή κοντά στην αίθουσα αναμονής», «Να υπάρχει τουαλέτα κοντά στην αίθουσα αναμονής», δεν χαρακτηρίστηκε ως ιδιαίτερα σημαντική από τους ερωτηθέντες. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με εκείνα των Chatzaki et al., αλλά και των Lee & Lau, Choi et al που διεξήχθησαν σε Κρήτη <sup>(28)</sup>, Hong Kong <sup>(19)</sup> και Η.Π.Α <sup>(44)</sup> αντίστοιχα. Συμπεραίνει κανείς ότι οι συγγενείς



των ασθενών σε Μ.Ε.Θ. μετατοπίζουν τις πρακτικές ανάγκες τους, για χάρη των ασθενών.

## **Συμπεράσματα-Προτάσεις**

Οι συγγενείς νοσηλευομένων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας βιώνουν πλήθος αναγκών, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι η ανάγκη για καθησύχαση, για πληροφόρηση, για άνεση, για εγγύτητα και για υποστήριξη. Συμπερασματικά διαπιστώνει κανείς ότι οι ανάγκες εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα αλλά και εάν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία από Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Παρατηρούμε ότι η ανάγκη για εγγύτητα καθώς και για πληροφόρηση και άνεση σχετίζεται με τις μικρότερες ηλικίες, ενώ η ανάγκη για υποστήριξη εξαρτάται από την προηγούμενη εμπειρία από Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η ανάγκη για καθησύχαση κατέχει την πρώτη θέση στην ιεράρχηση των αναγκών. Από την άλλη υπάρχει αλληλοσυσχέτιση των αναγκών μεταξύ τους. Στην αλληλοσυσχέτιση αυτή διαφαίνεται μια ιδιαίτερη εξάρτηση της πληροφόρησης με όλες τις υπόλοιπες ανάγκες.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει ελάχιστες ποιοτικές μελέτες, ώστε να καθορίσουν τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών σε ΜΕΘ. Πρόταση μας είναι λοιπόν να γίνουν περαιτέρω μελέτες, ώστε μέσω αυτών να αναγνωριστούν οι ανάγκες, αλλά και να ικανοποιηθούν. Εάν συμβεί αυτό, πιστεύουμε ότι θα διευκολυνθεί η επικοινωνία συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αφού το προσωπικό θα είναι πιο εξοικειωμένο με τις ανάγκες των συγγενών των ασθενών αλλά και θα αναβαθμιστεί η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή. Βέβαια για να συμβεί αυτό χρειάζεται ίσως μια αλλαγή στην αντίληψη, αλλά και στις πρακτικές του προσωπικού. Εάν βελτιωθεί η επικοινωνία, θα ικανοποιηθεί και η ανάγκη για καθησύχαση, αφού είναι ανάγκες που όπως είδαμε και στην στατιστική μελέτη της παρούσας εργασίας συσχετίζονται μεταξύ τους.

Παράλληλα όμως χρειάζεται να ικανοποιηθούν και οι άλλες ανάγκες. Αλλαγή σε αίθουσες αναμονής, ώστε να εξασφαλισθεί η άνεση της οικογένειας, πλήρης ενημέρωση των συγγενών αλλά και κάποιου από αυτούς εξουσιοδοτημένου ατόμου, για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του δικού τους ανθρώπου, ώστε να νιώθουν πιο κοντά στον ασθενή, αλλά και η σύσταση διεπιστημονικής ομάδας που θα περιλαμβάνει ψυχολόγο,

κοινωνικό λειτουργό και λειτουργούς θρησκειών, ώστε να παρέχεται υποστήριξη στο περιβάλλον του ασθενή.

Και ίσως ήρθε η ώρα να γίνει λόγος για τροποποίηση του επισκεπτηρίου των ΜΕΘ, με σεβασμό στους κανόνες λειτουργίας τους, με στόχο την συναισθηματική ικανοποίηση συγγενών, αλλά και ασθενών.

Επιπλέον το προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, πρέπει να χρησιμοποιεί μια ολιστική προσέγγιση στην φροντίδα των ασθενών, τοποθετώντας και την οικογένειά τους στο επίκεντρο, προσέχοντας και τις δικές της ανάγκες, αλλά και διγνώντας της ρόλο στην περιποίηση του συγγενή τους. Θεωρούμε ότι έτσι, θα βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά και θα αυξηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των συγγενών όσων ασθενών νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Ντάμα-Τυμπακιανάκη-Φραντζοσκιάκη

# Βιβλιογραφία

- (1) Miller T. S., Η Γέννησις του Νοσοκομείου στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία, Ιερά Μητρόπολις Θηβών και Λειβαδείας, The John Hopkins University Press, Αθήνα, Βήτα 1998, σελ. 3-13, 272-276, 283.
- (2) Ρούσσος Χ., Εντατική Θεραπεία, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Πασχαλίδης, 2009, σελ. xxi-xxii
- (3) Gullo A., Besso J., Lump P. D., Williams D. F., Intensive and Critical care Medicine, Springer, 2009, σελ. 3-11
- (4) Geheb G., Principles and practice of Medical intensive care, W.B. Sanders Company, 1993, σελ. 1-2
- (5) Μανουσάκη Ε., Πως αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι το ρόλο και τη θέση τους στις Μ.Ε.Θ., 2011, σελ. 24-29, 33-35.
- (6) Avidan M., Barnett K.M., Hill L. L., Hoople L., Jones N., Van Schalkwyk J. M., Γεωργόπουλος Δ., Νάκος Γ., Πνευματικός Γ., Εντατική θεραπεία, Παρισιανού Α.Ε., 2011, σελ. vii, 2-6
- (7) Ασκητοπούλου Λ., Εισαγωγή στην Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Αθήνα, 1991, σελ. 7, 26-33.
- (8) Adam S. K., Osborne S., Critical Care Nursing Science and Practice, 2<sup>nd</sup> Edition, Oxford University Press, 2005, σελ. 27-29
- (9) Worodrow P., Intensive Care Nursing A Framework for Practice, 3<sup>rd</sup> Edition, ROUTLEDGE, 2011, σελ. 4-5
- (10) Αδάμου Ε., Γιακουμιδάκης Κ., Καδδά Ο., Αργυρίου Γ., Καπαδόχος Θ., Βασιλοπούλου Γ., Μαρβάκη Χ., Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, Απρίλιος – Ιούνιος 2011, 10ος τόμος, 2ο τεύχος.
- (11) Gullo A., Besso J., Lump P. D., Williams D. F., Intensive and Critical care Medicine, Springer, 2009, 107-115
- (12) McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (Eds.). (1992b). Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. New York, NY: Basic Books. Pg 16
- (13) Mendonca D, Warren, NA. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. Critical Care Nursing Quarterly.21(1), 58–67.

- (14) Neabel B, Fothergill-Bourbonnais F, Dunning J. (2000). Family assessment tools: a review of the literature from 1978–1997. *Heart and Lung* 29(3), 196–209
- (15) Molter NC (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 8, 332-339.
- (16) Al-Hassan AM, Hweidi MI. The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *Int J Nurs Pract* 2004;10:64—71.
- (17) Bijttebier P, Vannoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med* 2001;27:160—5.
- (18) Burr G. Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive Crit Care Nurs* 1998;14:161—9.
- (19) Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003;12:490—500
- (20) Moggia F, Biagi S, Pompei V. The needs of relatives of patients admitted to Italian critical care units: a survey comparing relatives' and nurses' perceptions. *World Crit Care Nurs* 2005;4(1):23—6.
- (21) Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive Crit Care Nurs* 1996;12:239—45.
- (22) Zazpe C, Margall M, Otano C, Perochena M, Asiain M. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1997;13:12—6.
- (23) Engstrom A, Soderberg S., The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004 ; 20, 299—308
- (24) Dahle-Olsen K. , Dysvik E., Sotre Hansen B., The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2009 ; 25, 190—198
- (25) Pochard F., Darmon M. et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care* 2005 ; 20, 90–96
- (26) Verhaeghe S. T. L. , van Zuuren F. J et al. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?. *Journal of Clinical nursing* 2006; 16, 1488-1497

- (27) Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al.: Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 61(5), 719-722
- (28) Chatzaki M, Klimathianaki, M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolakou E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 21(13-14), 1831–1839
- (29) Γιουρντα ΑΜ, Τούλια Γ. Ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπείου* 2015 Ιαν-Μαρ;14(1):4-18
- (30) Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2013;2(2) :73-83.
- (31) Ψαθάς Χ, Αργυρίου Γ, Καδδά Όλ, Νέστωρ Αθ, Ρολυτή Χ, Βασιλόπουλος Β, Μαρβάκη Χ. Διερεύνηση απόψεων Ιατρών και Νοσηλευτών σχετικά με το επισκεπτήριο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2012;51(2):195-205
- (32) Engstrom B, Usitalo A, Engstrom A. Relatives' involment in nursing care: A qualitative studydescribing critical care nurses' experiences . *Intensive Critical Care Nursing* 2011;27(1):1-9
- (33) )Khalaila R. Patients' Family Satisfaction with needs met at the medical Intensive care unit *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(5): 1172-1182 .
- (34) Al-Mutair AS,Plummer V, Clerehan R, O'Brien AP. Families' needs of critical care Muslim Patients in Saudi Arabia: A quantitative study. *Nursing in Critical Care* 2013; 19(4)
- (35) National Census: General Secretariat of National Statistical Service of Greece: Census 2001. Available at: <http://www.statistics.gr> (accessed December 1<sup>st</sup> 2016).
- (36) Pardavila Belio MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enfermer Intensiva* 2012;23(2):51-67.
- (37) Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care* 2003;9(6):545-550.
- (38) Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health Science Journal* 2011;5(1);15-22

- (39) Gonzalez E.C., Carroll D, Elliott J, Fitzgerald P, Vallent H.J. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal Critical care* 2004; 13(3):194-198
- (40) Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Baldereschi G, Di Bari M, et al Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006;(7):946-952
- (41) Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum* 2005 Jan-Mar;40(1):18-28
- (42) Kutash M, Northop L. Family Members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs*. 2007 Nov;60(4):384-8. Epub 2007 Sep 6.
- (43) Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision making capacity. *Crit Care Med* 2001;29(10):1893-1897
- (44) Choi J, Hoffman LA, Schulz R, Ren D, Donahoe MP, Given B, Sherwood PR. Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis. *Am J Crit Care* 2013;22(1):41-45
- (45) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004;32(9):1832-1838
- (46) Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC Psychiatry* 2014 Jan 27;14:21
- (47) McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009;18(3):200-9.
- (48) Goodheart C, Lansing M, Treating people with Chronic Disease: A psychological guide. American Psychological Association. 1997:141

- (49) McDaniel et al, 1992 :16
- (50) Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012 Feb;40(2):502-9
- (51) Chien W, Chiu YL, Lam L, Ip W. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2006 Jan;43(1):39-50. Epub 2005 Sep 22.
- (52) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF & Schlemmer B Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2003;163: 135-139.
- (53) Agard AS, Harder Ing. Relatives experiences in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical care Nursing* 2006; 23: 170-177
- (54) Fry Sh, Warren N: Perceived Needs of Critical care Family members – A phenomenological Discourse. *Critical Care Nursing* 2007; 30(2):181-188
- (55) Μερκούρης Α. Β., Μέθοδος Νοσηλευτικής Έρευνας, Πρώτη Έκδοση, Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 2008, σελ. 89-92.
- (56) LoBiondo- Woods G, Haber J., *Nursing research: Method and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, Cambridge, Mosby Elsevier, 2006
- (57) Polit D. F., Beck C. T., *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*, 6th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006 σελ147-154.
- (58) Burns N., Grove S. K., *Understanding nursing research*, Illinois, Saunders, 2003, σελ. 177
- (59) Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Grypdonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(8):1488-97
- (60) Khalaila R, Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of advanced nursing* 2013 May;69(5): 1172-1182
- (61) Verhaenge S, Defloor T, Van Zuuren Fl. Dujintee . The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit : a review of the literature. *Journal of clinical nursing* 2005; 14(4): 501-509

# Παραρτήματα

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ CCFNI – ΑΝΟΙΧΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Η έρευνα αυτή, έχει ως στόχο να μας βοηθήσει να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες που παρέχουμε σε εσάς και στους ασθενείς σας. Με τη δική σας βοήθεια ελπίζουμε να μπορέσουμε να καταλάβουμε ποια πράγματα είναι για σας πιο σημαντικά σε σχέση με τη φροντίδα που δίνουμε στον ασθενή σας, την παραμονή σας στο νοσοκομείο και την επικοινωνία σας με τους γιατρούς.

Σας βεβαιώνουμε ότι τα στοιχεία που θα καταγραφούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στα πλαίσια της έρευνας, είναι απολύτως εμπιστευτικά και δεν επηρεάζουν με κανέναν τρόπο την φροντίδα που λαμβάνει ο ασθενής σας.

Στο παρακάτω ερωτηματολόγιο, σε κάθε ερώτηση σημειώνετε με **X** ένα από τα κουτάκια που βρίσκονται δεξιά της ερώτησης, αναλόγως με το πόσο σημαντικό είναι για εσάς αυτό που σας ρωτάμε.

### ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	A	B	Γ	Δ
	Πολύ Σημαντικό	Σημαντικό	Ελάχιστα Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
1. Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι η καλύτερη δυνατή φροντίδα δίνεται στον ασθενή σας;				
2. Να αισθάνεστε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή σας				



3.Να γνωρίζετε το αναμενόμενο αποτέλεσμα της κατάστασης του ασθενή σας;				
4.Να γνωρίζετε την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή σας;				
5.Να έχετε την δυνατότητα να βοηθήσετε στην φροντίδα του ασθενή (πχ στον καθαρισμό του);				
6.Να απαντώνται οι ερωτήσεις σας με ειλικρίνεια;				
7.Να αισθάνεστε ότι υπάρχει ελπίδα;				
8.Να επισκέπτεστε συχνά τον ασθενή σας;				
9.Να υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής των ωρών του επισκεπτηρίου για συγκεκριμένο λόγο;				
10.Να έχετε κοντά σας φιλικά πρόσωπα για στήριξη;				
11.Να γνωρίζετε ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να σας στηρίξουν ψυχολογικά και στους οποίους μπορείτε να μιλήσετε;				
ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ	A	B	Γ	Δ
	Πολύ Σημαντικό	Σημαντικό	Ελάχιστα Σημαντικό	Καθόλου Σημαντικό
12.Να υπάρχει τουλάχιστον ένα εξουσιοδοτημένο άτομο το οποίο θα μπορεί να τηλεφωνήσει και να πάρει πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή σε περίπτωση που δεν μπορείτε να τον επισκεφθείτε;				
13.Να μπορείτε να επισκέπτεστε τον ασθενή σας οποιαδήποτε στιγμή;				

14.Να υπάρχει δυνατότητα οικονομικής βοήθειας;				
15.Να μπορείτε να μιλήσετε σε κάποιον για το πώς αισθάνεστε;				
16.Να σας ενημερώσουν για το αν υπάρχει κάποιος που μπορεί να σας βοηθήσει με τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην οικογένεια σας λόγω της εισαγωγής τους ασθενή σας στην ΜΕΘ;				
17.Να υπάρχει κάποιος ο οποίος ενδιαφέρεται και για τη δική σας υγεία;				
18.Να μπορείτε να είστε μαζί με κάποιον άλλο τη στιγμή που επισκέπτεστε την ΜΕΘ;				
19.Να αισθάνεστε ότι είναι φυσιολογικό να εξωτερικεύετε την αγωνία σας, την στεναχώρια σας;				
20.Να γνωρίζετε την ύπαρξη θρησκευτικών λειτουργιών (πχ εκκλησία)				
ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ	A	B	Γ	Δ
	Πολύ Σημαντικό	Σημαντικό	Ελάχιστα Σημαντικό	Καθόλου Σημαντικό
21.Να υπάρχει η δυνατότητα της επίσκεψης από έναν ιερωμένο παπά;				
22.Να σας ειδοποιούν στο σπίτι για οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενή σας;				
23.Να λαμβάνετε πληροφορίες για τον ασθενή σας τουλάχιστον 1 φορά τη μέρα;				
24.Να λαμβάνετε κατανοητές πληροφορίες;				

25. Να μιλάτε με το γιατρό καθημερινά;				
26. Να αισθάνεστε αποδεκτοί από το προσωπικό της ΜΕΘ;				
27. Να γνωρίζετε τον λόγο για τον οποίο έγινε και γίνεται κάθε ιατρική παρέμβαση στον ασθενή σας;				
28. Να γνωρίζετε ακριβώς ποιες ιατρικές διαδικασίες ακολουθούνται για τον ασθενή σας;				
29. Να γνωρίζετε συγκεκριμένα (βασικά) γεγονότα που αφορούν την πρόοδο του ασθενή σας;				
30. Να μιλάτε με τον/την επικεφαλής νοσηλεύτη καθημερινά;				
31. Να σας ενημερώνουν για τυχόν σχέδια μετακίνησης του ασθενή την στιγμή που αυτό συμβαίνει;				
32. Να σας δίνονται οδηγίες για το πώς πρέπει να φερθείτε όταν είστε κοντά στον ασθενή σας;				
33. Να γνωρίζετε τι είδους πληροφορία μπορεί να σας δώσει το κάθε μέλος του προσωπικού χωριστά;				
34. Να σας παρέχεται επαρκής πληροφόρηση για το περιβάλλον της ΜΕΘ πριν την επισκεφθείτε για πρώτη φορά;				
35. Να γνωρίζετε τις ειδικότητες του προσωπικού που φροντίζουν τον ασθενή σας;				
36. Να γνωρίζετε την πιθανότητα θανάτου του ασθενή σας;				
37. Να ξεκινάει το επισκεπτήριο στην ώρα του;				

38.Να υπάρχει τουαλέτα κοντά στην αίθουσα αναμονής;				
39.Να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή κοντά στην αίθουσα αναμονής				
40.Να βρίσκεται η αίθουσα αναμονής κοντά στον ασθενή;				
41.Να υπάρχει φαγητό εάν το θελήσετε;				
42.Να υπάρχει η δυνατότητα να απομονωθείτε εάν το επιθυμείτε όσο βρίσκεστε στο νοσοκομείο;				
43.Να είναι άνετη η αίθουσα αναμονής;				
44.Να είστε μόνοι σας οποιαδήποτε στιγμή το θελήσετε;				
ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ	A Πολύ Σημαντικό	B Σημαντικό	Γ Ελάχιστα Σημαντικό	Δ Καθόλου Σημαντικό
45. Να υπάρχει η διαβεβαίωση από το προσωπικό ότι μπορείτε να φύγετε για λίγο από το νοσοκομείο;				

Ποια αξιολογείτε ως την πιο σημαντική ανάγκη για εσάς από αυτές που αναφέρθηκαν; ( δώστε αριθμό ερώτησης)

.....

Πιστεύετε ότι υπάρχει κάτι το οποίο δεν αναφέρθηκε στις ερωτήσεις, αλλά εσείς θεωρείτε πολύ σημαντικό για τις δικές σας ανάγκες;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Ντάμα-Τυμπακιανάκη-Φραντζεσκάκη*

## Παράρτημα ΙΙΑ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Σε συνέχεια της επικοινωνίας μας θα ήθελα να σας γνωστοποιήσω ότι σας παραχωρώ την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου που χρησιμοποίησα για την εκπόνηση της Διδακτορικής μου Διατριβής : «Προσδιορισμός των Αναγκών των συγγενών, όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νοσοκομείου της Περιφέρειας Κρήτης-Ερευνώντας ένα αγροτικό/ημιαστικό περιβάλλον», προκειμένου να το χρησιμοποιήσετε για τις ανάγκες της πτυχιακής σας εργασίας. Αναλυτικότερα, παραχωρώ στους (στις) Νικόλαος Ρίκος (επιβλέπων καθηγητής) και στις φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης Σαββίνα Φραντζεσκάκη, Ξανθίππη Τυμπακιανάκη και Ευσταθία Ντάμα, την άδεια χρήσης του συνόλου του ερωτηματολογίου (ή μέρος αυτού) που χρησιμοποίησα στην διδακτορική μου διατριβή, προκειμένου να το χρησιμοποιήσουν σε Νοσοκομεία της Αθήνας, για τις ανάγκες της πτυχιακής τους εργασίας.

Παραμένω στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση ή βοήθεια.

Με εκτίμηση,

Χατζάκη Μαρία  
Κοινωνιολόγος  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης  
Τμήμα Ιατρικής

Maria Chatzaki

Προσθήκη στους κώ...

✉

Εμφάνιση λεπτομερών

Ντάμα-Τυμπακιανάκη-φ

## Παράρτημα ΙΙβ: Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας (ΤΕΙ)

  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΟΣ  
(άρθρο 13 Ν. 2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 18/12/2015

Πληροφορίες: Ευαγγελία Τυλιανούδη  
Τηλέφωνο: 28110-379518  
Τ.Φ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 3107

ΠΡΟΣ:  
Φροντισιακή Σχολή  
Τεχνολογική Σχολή  
Ντάμα-Ευσταθία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Ρίκος Νικόλαος

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ0148 Φροντισιακή Σχολή  
ΥΝ0202 Τεχνολογική Σχολή  
ΥΝ0369 Ντάμα-Ευσταθία

με θέμα: «Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Νοσοκομείου».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Ρίκος Νικόλαος.

Παρατηρήσεις:


Σημειώνεται η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημε/νές. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την ολοκλήρωση της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από-4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

  
Ζαφραίνα Ανδρουλάκη  
Καθηγήτρια

Ντάμα-Τυμ...

## Παράρτημα ΙΙγ: Έγκριση Έρευνας από τα τρία νοσοκομεια Αθήνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Α. Μεσογείων 154,  
Τ.κ. 11527  
Τρ. Γραμματείας  
Πατρ.: Ε. Τόλη  
Τηλ.: 2132032138

Αθήνα, 27-5-16  
Αρ. Πρωτ. 13906

Προς:  
1. κα Ευσεβία Ντάμα  
2. κα Σπυριδιού Τριμιτάκη  
3. κα Σοφίαν Φραντζεσκιά  
Αλομάνους 5-7, 104-37, Αττική

**Θέμα: «Έγκριση υλοποίησης έρευνας».**

Σε απάντηση της αριθμ. 7727/23-3-2016 εισήγησης σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιτηρητικό Συμβούλιο στην 59/12-5-2016 έκτακτη συνεδρίαση του, εμάριονα γνωμοδότησε θετικά και ανέκρινε την υλοποίηση έρευνας στο πλαίσιο της Παιδιατρικής σας κλινικής με θέμα: «**Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσον υλοποιούνται σε Μονάδα εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Νοσοκομείου.**»

Η έρευνα θα διεξαχθεί με τη διανομή πρωτογενούς στους συγγενείς των ασθενών.

Με το εν λόγω θέμα είναι σύμφωνα η Εκτ. Χρής Σωτ. Δ/τρια της Μ.Ε.Θ. και Παιδιακονταντίνου Καλλιόπη και η κα Γεωργία Νταβάνη, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Επισημαίνεται ότι θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων, δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας και με την ολοκλήρωση της Δοκιμαστικής σας κλινικής θα κατατεθεί αντίγραφο στη Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου μας.

**Η Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας**  
Αργυρώ Παπαχρήστου

Καταστάθηκε:  
1. Τρ. Γραμματείας  
2. Βιβλιοθήκη

 ΓΕΦΩΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΟΥΒΕΙΑ

Εικόνα 1 Έγκριση Έρευνας από το "Γ.Ν.Α Γ. Γεννηματας

Ντάμα-Τριμιτάκη





Αθήνα: 15-4-16  
Αρ. Πρωτ.: 6418

Λ. Μεσογείων 152, 11527

**ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ &  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΡΟΠΟΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ  
ΤΗΛ: 210 7770487, ΕΣΩΤ:3651  
FAX: 210 7786055  
E-mail: synekpr@sotiria.gr

**ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Έχοντας υπόψη:

- 1) Τις διατάξεις του Ν. 3329/05, άρθρο 7 παρ. 4 εδάφ. στ. (ΦΕΚ 81/4-4-05).
- 2) Την υπ' αριθμ. πρωτ. 6418/23-3-16 αίτηση των κ.κ. Ντάμα Ευσταθίας, Τυμπακιανάκη Ξανθόπη και Φραντζεσκάκη Σαββίνας.
- 3) Το υπ' αριθμ. πρωτ. 7040/1-4-16 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου

**ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**

Η ερευνητική εργασία με τίτλο: «Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Νοσοκομείων» στα πλαίσια της πιλοτικής εργασίας η οποία θα πραγματοποιηθεί από τις φοιτήτριες, κ.κ. ΝΤΑΜΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ, ΤΥΜΠΑΚΙΑΝΑΚΗ ΞΑΝΘΟΠΗ και ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ ΣΑΒΒΙΝΑ.

Η εν λόγω εργασία θα πραγματοποιηθεί στο Νοσοκομείο μας με Επιβλέποντα τον Καθηγητή κ. Ρίκο Νικόλαο.

Επιπροσθέτως, καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας θα διατηρηθούν η ανωνυμία, το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, χωρίς απασχόληση προσωπικού και χωρίς οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας.

Μετά την συγκρότηση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου, το θέμα θα εισαχθεί για επικύρωση της παρούσας Απόφασης.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**  
α.α.

**ΑΣΗΜΙΝΑ ΓΚΑΓΚΑ**  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

- κ.κ. ΝΤΑΜΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ, ΤΥΜΠΑΚΙΑΝΑΚΗ ΞΑΝΘΟΠΗ και ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ ΣΑΒΒΙΝΑ
- Αλικαμένους 57 Τ.Κ. 104 37
- Επιστημονικό Συμβούλιο
- Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας
- Προισταμένη Νοσηλευτικής Διεύθυνσης

Εικόνα 2 Έγκριση εκπόνησης έρευνας από το "Γ.Ν.Ν.Θ.Α. Η Σωτηρία"

Ντάμα-Τυμπακιανών

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο 10/18-5-2016

Της Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Α.  
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» στις 18/5/2016, ημέρα Τετάρτη και ώρα έναρξης 12.30 μ.μ.

Με την υπ' αριθμ. 7077/18-5-2016 πρόσκληση του Προέδρου του Ε.Σ.

κ. Παύλου Παπακώστα, κλήθηκαν και παρέστησαν στη Συνεδρίαση οι κ.κ.

1. Παπακώστας Παύλος  
Σ. Διητής Ογκολογικής Μονάδας
2. Παπράς Δημήτριος  
Επιμ. Α' Νεφρολογ. Τμήματος
3. Χαραλάμπους Γεώργιος  
Επιμ. Β' Χειρουργικής Τ.Ε.Π.
4. Γαλιατσάτος Νικόλαος  
Βιοχημικός
5. Κάπελλα Μαρία  
Νοσηλεύτρια ΠΕ
6. Παύλου Ευθυμία

Τεχνολόγος ΤΕ Ιατρικών Εργαρίων

Ο Καθηγητής κ. Γεώργιος Ζωγράφος απουσίασε, λόγω κωλύματος.

Επίσης παρέστη η κα Ζέλκα Ευθυμία, ως Γραμματέας.

Μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας ο Πρόεδρος του  
Επιστημονικού Συμβουλίου, κηρύσσει την έναρξη της Συνεδρίασης με τα  
παρακάτω θέματα:

Εικόνα 3 Άδεια εκπόνησης έρευνας απο το "Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο" (1)

Ντάμα-Τυμπακίνα

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Ε.Η.Δ. 5<sup>η</sup> Έγκριση συλλογής στοιχείων, με διανομή ερωτηματολογίων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου μας, στις τελειόφορες Φοιτήτριες ΤΕΙ Νοσηλευτικής ΝΤΑΜΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ, ΤΥΜΠΑΚΙΑΝΑΚΗ ΞΑΝΘΙΠΠΗ και ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ ΣΑΒΒΙΝΑ, προκειμένου να εκπονήσουν την πτυχιακή τους εργασία, με τίτλο: "Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών, όσων νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου".

Μετά από τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας κ' Πρωτοκόλλων, υπό την Προεδρία του Καθηγητή κ. Ιωάννη Κοσκίνα

**Ομόφωνα εγκρίνει**

Τη συλλογή στοιχείων, με διανομή ερωτηματολογίων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου μας, στις τελειόφορες Φοιτήτριες ΤΕΙ Νοσηλευτικής ΝΤΑΜΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ, ΤΥΜΠΑΚΙΑΝΑΚΗ ΞΑΝΘΙΠΠΗ και ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ ΣΑΒΒΙΝΑ, προκειμένου να εκπονήσουν την πτυχιακή τους εργασία, με τίτλο: "Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών, όσων νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου".

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΠΑΥΛΟΣ ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ

Εικόνα 4 Άδεια εκπόνησης έρευνας από το "Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο" (2)

Ντάμα-Τυμπακιανανά