

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ FREDERICK
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ανάγκες της οικογένειας κατά τη νοσηλεία του ασθενούς στη Μονάδα
Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)**

ΦΟΙΤΗΤΕΣ:

Κυπούλα Χ' Αλεξάντρου του Ανδρέα Αρ. Μητρώου: 963

Μάρτσια Καζαμιά του Γιαννάκη Αρ. Μητρώου: 1813

Δημήτρης Πέτρου του Πέτρου Αρ. Μητρώου: 2235

Λευκωσία, 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Εντατική Θεραπεία έχει οριστεί ως υπηρεσία για ασθενείς με αναστρέψιμες νόσους που μπορούν να βελτιωθούν με λεπτομερή παρακολούθηση και πολύπλοκες θεραπείες. Από τη στιγμή που θα εισαχθεί ένας ασθενής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ξεκινά μια ψυχολογική και σωματική πίεση τόσο στην οικογένεια του ασθενούς όσο και στους συγγενείς του.

Σκοπός: Σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι ανάγκες της οικογένειας κατά τη νοσηλεία του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

Μεθοδολογία: Η διερεύνηση του θέματος έγινε με συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, κυρίως με ηλεκτρονική αναζήτηση. Συγκεκριμένα, η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων της **Pub-Med, Cinahl, EBSCO, MedLine, IatroTec, SCIELO** - The Scientific Electronic Library Online of Brazilian scientific journals, - U.S. National Library of Medicine, - Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Παν/μίου Αθηνών, European Society of Intensive Care Medicine, Επίσημη ιστοσελίδα Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, **SCCM** – Society of Critical Care Medicine και Hellenic Journal of Nursing. Οι ιστοσελίδες που χρησιμοποιήσαμε είναι η **ICU Topics** και η Medlook.

Αποτελέσματα: Από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες της οικογένειας κατά τη νοσηλεία ασθενούς στη ΜΕΘ είναι κυρίως ανάγκες γνώσεων. Η οικογένεια έχει ανάγκη να ενημερώνεται για την κατάσταση του ασθενούς, το θεραπευτικό πρόγραμμα, την πρόγνωση, για τυχόν αλλαγές, το επισκεπτήριο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό που φροντίζει τον ασθενή. Να νιώθουν ότι υπάρχει ελπίδα, είναι αποδεκτοί και να υπάρχει ελεύθερο επισκεπτήριο. Οι ανάγκες προσωπικής διευκόλυνσης περιορίζονται στην ύπαρξη χώρου αναμονής της οικογένειας.

Συζήτηση: Οι ανάγκες της οικογένειας αλλά και των συγγενών κατά τη νοσηλεία του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ. είναι κυρίως γνώσεων, συναισθηματικές και ελάχιστες προσωπικών διευκολύνσεων, ανεξαρτήτως της χώρας, του επιπέδου μόρφωσης, της κουλτούρας και των συνηθειών.

Συμπεράσματα: Η σωστή και επαρκής ενημέρωση και πληροφόρηση όσον αφορά την υγεία του ασθενούς με την εισαγωγή του στη Μ.Ε.Θ. και κατά τη νοσηλεία του ,από τους ιατρούς ή τους νοσηλευτές, είναι απαραίτητη στην οικογένεια και στους συγγενείς του ασθενούς. Όσοι φροντίζουν κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο που βρίσκεται στη Μ.Ε.Θ.

παρουσιάζουν σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα καθώς επίσης και οικονομικές δυσκολίες.

Λέξεις κλειδιά: Οικογένεια, εντατική, κρίσιμη, φροντίδα, ανάγκες, ψυχολογική, ψυχολογία, Μ.Ε.Θ. και συνδυασμός των λέξεων.

ABSTRACT

Background: Intensive therapy has been designated as a service for patients with irreversible diseases that can be improved with detailed monitoring and complex treatments. Once a patient is admitted to the intensive care unit begins a psychological and physical stress to the family of both patients and relatives.

Aim: The purpose of our diploma thesis is to explore the needs of the family in care of the patient in the Intensive Care Unit (ICU).

Methods: The investigation of the matter was systematic review of Greek and international literature, especially in electronic search. Specifically, the search was on electronic databases, Pub-Med, Cinahl, EBSCO, MedLine, IatroTec, SCIELO – The Scientific Electronic Library Online of Brazilian scientific journals, - US National Library of Medicine, - University Intensive Care Unit of the Department of Nursing, University of Athens, European Society of Intensive Care Medicine, the Official Website General Hospital, SCCM - Society of Critical Care Medicine and Hellenic Journal of Nursing. The websites used by the ICU Topics and Medlook.

Results: From the systematic review found that the needs of the family in patient care in the ICU are mostly needs knowledge. The family needs to know the status of the patient, the treatment program, the prognosis for any changes, and for visiting medical and nursing care to the patient. Feel that there is hope, it is accepted and a free calling card. The facility needs personal space being limited to waiting family.

Discussion: The needs of family and relatives during the hospitalization of the patient in ICU mainly knowledge, emotional and personal minimum facilities, regardless of country, level of education, culture and habits.

Conclusions: The correct and adequate information and information regarding the patient's health with the introduction of the ICU and his treatment there by the doctors or nurses, it is essential to family and relatives of the patient. Those who care for a relative who is in ICU have physical and psychological problems as well as financial difficulties.

Keywords: Family, critical, intensive, care, needs, psychological, psychology, ICU and combination of words.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα αυτής της πτυχιακής εργασίας, κα Μπέλλου Παναγιώτα, Καθηγήτρια του Frederick University Cyprus, Τμήμα Νοσηλευτικής για τις οδηγίες και τις παρατηρήσεις της κατά τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	2
Εισαγωγή	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
1. Γενικά περί μονάδων εντατικής θεραπείας	10
1.1. Ιστορική εξέλιξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ)	10
1.2. Οργάνωση και στελέχωση της Μ.Ε.Θ.	11
1.3. Η Μ.Ε.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας	12
1.4. Επισκεπτήριο στη Μ.Ε.Θ.	13
2. Η οικογένεια νοσηλεύμενου ασθενούς στη Μ.Ε.Θ.	14
2.1. Ορισμός της οικογένειας	14
2.2. Δομή της οικογένειας	15
2.3. Λειτουργίες της οικογένειας	16
2.4. Οικογενειακή κρίση - Πηγές έντασης της οικογένειας	17
2.5. Η οικογένεια στην Κυπριακή κοινωνία	17
Συμπεράσματα	19
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	20
1. Μεθοδολογία	20
1.1. Σκοπός της μελέτης	20
1.2. Υλικό και μέθοδος	20
2. Αποτελέσματα της μελέτης	21
Συζήτηση για τις ανάγκες της οικογένειας κατά τη νοσηλεία του ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	31
Συμπεράσματα - Προτάσεις	42
Βιβλιογραφία	45

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Αλεξάντερ Φλέμιγκ (1928) ανακαλύπτει τυχαία σε μούχλα το πρώτο αντιβιοτικό το οποίο ονομάζει πενικιλίνη. Από τότε αλλάζει ο τρόπος αντιμετώπισης των ασθενειών και αναγκάζει την ιατρική να αποδεχθεί πως η αντιμετώπιση βακτηρίων – μικροβίων θα πρέπει να στηρίζεται στην αναζήτηση αυτών, απομόνωση και θεραπεία τους (Ανδρούτσος, Γιαννάκης, Μιχαηλίδης, 1985).

Αυτή η ανακάλυψη οδήγησε στην θεραπεία ασθενειών οι οποίες λίγα χρόνια πριν μπορούσαν με την εμφάνιση τους να προκαλέσουν το θάνατο χιλιάδων έως και εκατομμυρίων ανθρώπων ανά την υφήλιο (όπως έγινε με την ισπανική γρίπη). Η θεραπεία όμως κάποιων ιών ήταν η αιτία για να παρουσιαστούν νέοι ιοί, πιο ανθεκτικοί που για τη θεραπεία τους απαιτείτο όλο και πιο ισχυρά φάρμακα καθώς και περισσότερη φροντίδα. Επίσης η προσπάθεια των ιατρών για καλύτερη και πιο αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών τους οδήγησε σε πιο εξειδικευμένη θεραπεία και με την πάροδο των χρόνων εξελίχθηκε στην λεγόμενη Εντατική Θεραπεία.

Όμως, όπως γίνεται πάντα, κάθε θρίαμβος έχει και το ανάλογο κόστος. Η επιτυχία της αποκατάστασης (μερικής ή ολικής) ενός ασθενή μετά από θεραπεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) επισκιάζεται από την ψυχολογική, ψυχική και σωματική πίεση που δέχεται ο οικογενειακός περίγυρος του ασθενή. Η πίεση ξεκινά από τη στιγμή που οδηγείται ο ασθενής στη Μ.Ε.Θ., συνεχίζει κατά την περίοδο της νοσηλείας του αλλά και παραμένει μετά την έξοδο του από τη Μ.Ε.Θ.

(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2098).

Με την εισαγωγή ενός ατόμου σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ξεκινά ένας Γολγοθάς για τον οικογενειακό περίγυρο του ασθενούς. Τα προβλήματα σχετίζονται με τα αίτια της εισαγωγής του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ., ειδικά αν είναι συνέπεια τραυματισμού (trauma experience). Μερικές φορές οι ψυχολογικές διαταραχές των συγγενών μπορεί να είναι το ίδιο σοβαρές με αυτές του ασθενή (Auerbach, et al., 2005).

Με τους ρυθμούς που έχει επιβάλει η σημερινή κοινωνία μέσα στην οικογένεια, κάθε μέλος πρέπει να επιτελέσει ένα έργο. Κάθε μέλος έχει ήδη τις υποχρεώσεις του προς την οικογένεια του αλλά και προς τους συγγενείς, τις προσωπικές του υποχρεώσεις προς τους φίλους και τον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο, τις υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας οι οποίες συνήθως προκαλούν και το μεγαλύτερο άγχος καθώς και η υποχρέωση που έχει για να ικανοποιήσει τις προσωπικές του ανάγκες. Η εισαγωγή ενός συγγενικού τους

προσώπου στη Μ.Ε.Θ. έρχεται ως επιπλέον φόρτος στην πίεση που υπάρχει για να ικανοποιήσει τις παραπάνω υποχρεώσεις – ανάγκες. Μερικές φορές, ένα μέλος από την οικογένεια του ασθενούς που εργάζεται, αναγκάζεται να σταματήσει την εργασία του για να μπορέσει να φροντίσει κατάλληλα τον ασθενή. Ο ασθενής χρειάζεται επίβλεψη και συμπαράσταση κατά την περίοδο της νοσηλείας του στη Μ.Ε.Θ. Επίσης, κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ή ακόμη και το ίδιο μέλος που διακόπτει την εργασία του, αναγκάζεται να αναλάβει τις υποχρεώσεις που είχε ο ασθενής και να συμπληρώσει το κενό που παρουσιάζεται στην οικογένεια του. Παραδείγματα είναι όταν ο πατέρας και κύριος οικονομικός στυλοβάτης της οικογένειας εισαχθεί στη Μ.Ε.Θ. μπορεί να δούμε ένα από τα παιδιά του να αναλαμβάνει να στηρίξει οικονομικά την οικογένεια. Αν εισαχθεί στη Μ.Ε.Θ. η μητέρα βλέπουμε τη μεγαλύτερη κόρη της οικογένειας ή τη γιαγιά να αναλαμβάνουν το ρόλο της μητέρας. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι πολλοί άνθρωποι που φροντίζουν συγγενείς τους παρουσιάζουν σωματική και ψυχολογική εξουθένωση, οικονομικές δυσκολίες και τα δύο τρίτα από αυτούς (ποσοστό 66%) είχαν πρόβλημα αϋπνίας (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2098).

Η κατανόηση των ψυχολογικών διαταραχών που δημιουργούνται στους συγγενείς ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία στη Μ.Ε.Θ. Επίσης οι ανάγκες των συγγενών είτε σε υλικές διευκολύνσεις, είτε σε ψυχολογική υποστήριξη από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ. και την πρώτη επαφή του συγγενούς με τον θεράποντα ιατρό μέχρι την έξοδο του ασθενούς αλλά και στη συνέχεια, χρειάζονται ενδελεχή ανάλυση. Υπάρχουν ακόμα αρκετά θέματα που πρέπει να αναλυθούν και χρειάζονται περισσότερης διερεύνησης ούτως ώστε να βελτιωθεί ο τρόπος χειρισμού των οικογενειών που έχουν συγγενή σε Μ.Ε.Θ (Azoulay, et al., 2001).

Αρχικά, θα ακολουθήσει μια ιστορική αναφορά για την εξέλιξη της θεραπευτικής αγωγής από τα πρώιμα στάδια της φροντίδας που τύγχανε ένας ασθενής στο σπίτι του μέχρι την κατάληξη στην Εντατική Θεραπεία καθώς και μια μικρή αναφορά στην Μ.Ε.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου (Γ.Ν.) Λευκωσίας. Μετά ακολουθεί μια ανάλυση της οικογένειας, των σχέσεων και των θεσμών που διέπουν τους διάφορους τύπους οικογενειών και τις λειτουργίες αυτών των τύπων. Τέλος, αφού βρήκαμε τις πηγές που προκαλούν ένταση στην οικογένεια επικεντρωθήκαμε στις ανάγκες που δημιουργούνται σ' αυτήν με την εισαγωγή ενός μέλους μιας οικογένειας σε Μ.Ε.Θ. Για να μπορέσουμε να συγκεκριμενοποιήσουμε – διευκρινίσουμε τις ανάγκες αναλύσαμε μελέτες οι οποίες έγιναν σε διαφορετικές χώρες για να δούμε κατά πόσο η κουλτούρα του κάθε τόπου επηρεάζει τις ανάγκες αυτές. Θα προσπαθήσουμε επίσης να βρούμε τη διαφορετικότητα στις ανάγκες

αυτές, δηλαδή ενώ μια ανάγκη μπορεί να ανταποκριθεί σε όλες τις περιπτώσεις μετά από ανάλυση αποδεικνύεται ότι υπάρχουν διαφορές όπως π.χ. είναι διαφορετικό για μια οικογένεια να εισαχθεί στη Μ.Ε.Θ. ο παππούς ο οποίος έχει βεβαρημένο ιστορικό υγείας, είναι διαφορετικό αν εισαχθεί ο πατέρας και οικονομικός στυλοβάτης αυτής και διαφορετικό αν εισαχθεί ένα από τα παιδιά της οικογένειας.

Αυτό που περιλαμβάνει η μελέτη είναι η ανάλυση μελετών που έγιναν με τη συμμετοχή συγγενών ασθενών, βιβλιογραφίας η οποία έγινε από γιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. και έγινε και μια συζήτηση μεταξύ των αποτελεσμάτων. Αποσκοπεί στην εισαγωγή όσο το δυνατό ασφαλέστερων συμπερασμάτων που αφορούν στην αντίληψη και ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και μετά την έξοδο του ασθενούς. Επίσης, αποσκοπεί στην όσο το δυνατό καλύτερη προετοιμασία του ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο εργάζεται σε μια Μ.Ε.Θ. για να μπορέσει να αντιληφθεί τις ανάγκες αυτές, να μπορέσει να τις ικανοποιήσει αλλά και να μπορέσει να σταθεί αντάξιο και ικανό στο δύσκολο και πολυεπίπεδο έργο που του έχει ζητηθεί να φέρει εις πέρας. Τέλος, προσπαθήσαμε να εξάγουμε κάποια συμπεράσματα τα οποία θα βοηθήσουν στον εντοπισμό τυχόν ελλείψεων που παρουσιάζονται σ' αυτόν τον τομέα στην Κύπρο και με προτάσεις να βοηθήσουμε στην άμβλυνση του προβλήματος, το οποίο είναι οι ανάγκες και οι πιέσεις που δημιουργούνται στην οικογένεια με την εισαγωγή ενός μέλους της οικογένειας στη Μ.Ε.Θ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.1. Ιστορική Εξέλιξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Η πρώτη μονάδα εντατικής θεραπείας ξεκίνησε τη λειτουργία της στο John Hopkins Hospital στη Βαλτιμόρη από τον Δρ W. E. Dandy για μετεγχειρητικούς ασθενείς από το νευροχειρουργικό τμήμα. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ιδρύθηκαν πτέρυγες για την θεραπεία – περιποίηση στρατιωτών που είχαν τραυματιστεί ή ανάρρωναν από εγχειρήσεις. Η έλλειψη όμως υγειονομικού προσωπικού για την περιποίηση αυτών των ασθενών οδήγησε στην ομαδοποίηση των ασθενών σε θαλάμους για να εξασφαλιστεί πιο εξειδικευμένη θεραπεία. Τα αποτελέσματα ήταν τόσο θετικά που όλα τα νοσοκομεία μέχρι το 1960 δημιούργησαν πτέρυγες θεραπείας για ομάδες των ασθενών.

Όταν το 1947 – 48 ξέσπασε μια επιδημία πολιομυελίτιδας σε όλη την Ευρώπη παρουσιάστηκε ανάγκη για παροχή Εντατικής Θεραπείας σε ασθενείς που έπασχαν από αναπνευστική ανεπάρκεια ή/και οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια. Στη δεκαετία του 1950 η ανάπτυξη της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής οδήγησε στην οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) γιατί η φροντίδα και η παρακολούθηση των ασθενών που υποστηρίζονταν μηχανικά αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική όταν οι ασθενείς συγκεντρώνονταν σε ειδικό θάλαμο.

(www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx).

Εντατική Θεραπεία πλέον ορίζεται ως η πολύ υψηλού επιπέδου συνεχής νοσηλευτική φροντίδα και θεραπεία ασθενών, που η ζωή τους απειλείται άμεσα από κάποια αναστρέψιμη ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων οργάνων ή συστημάτων (Μπαλτόπουλου, 2008). Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ο ειδικός χώρος στον οποίο συγκεντρώνονται πολύ βαριά ασθενείς, με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες της υγείας τους, οι οποίοι παρακολουθούνται σε 24ωρη βάση και φροντίζονται συνεχώς από γιατρούς, νοσηλευτές και ειδικά εκπαιδευμένους φυσικοθεραπευτές με τη βοήθεια υψηλής τεχνολογίας μηχανημάτων και με τη χρήση εξαιρετικά πολύπλοκων τεχνικών.

1.2. Οργάνωση και Στελέχωση της Μ.Ε.Θ

Οι οδηγίες της European Society of Intensive Care Medicine (<http://www.esicm.org/Data/upload/PDF/08-library/0A-guidelines-recommendations/icu/esicmtaskfor.pdf>), για τις προϋποθέσεις που πρέπει να έχει μια τυπική Μ.Ε.Θ. αναφέρουν:

Η Μ.Ε.Θ. πρέπει να λειτουργεί ανεξάρτητα από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, τα μηχανήματα της πρέπει να είναι τέτοια και τόσα που να μπορούν να προσφέρουν την τελευταία λέξη στην θεραπεία χωρίς περιορισμούς ως προς το επίπεδο ή την διάρκεια της και η κατασκευή της πρέπει να γίνεται με την υπάρχουσα γνώση και εμπειρία. Το μέγεθος της Μ.Ε.Θ. πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ του 5 έως 10 % των κλινών του νοσοκομείου. Μια Μ.Ε.Θ. με λιγότερα από 6 κρεβάτια είναι ασύμφορη οπότε το νοσοκομείο πρέπει να έχει τη δυνατότητα να στηρίξει τη λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. και κάθε Μ.Ε.Θ. πρέπει να έχει και μια Μονάδα μετ' Αναισθητικής Φροντίδας (Μ.Α.Φ.).

Το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο στελεχώνει τη Μ.Ε.Θ. πρέπει να αποτελείται από:

1. Την/τον Προϊστάμενη/ο οι οποίοι είναι υπεύθυνοι της λειτουργίας της νοσηλευτικής ομάδας και της νοσηλευτικής ποιότητας και να έχουν ένα αντικαταστάτη. Είναι υπεύθυνοι της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και αυτοί (προϊστάμενος και αντικαταστάτης), συνήθως δεν μετέχουν στις καθημερινές νοσηλευτικές δραστηριότητες.
2. Τις/Τους εξειδικευμένες/ους νοσηλεύτριες/ές της Μ.Ε.Θ. και επειγόντων περιστατικών των οποίων ο αριθμός τους ανά κλίνη εξαρτάται από το επίπεδο βαρύτητας / νοσηλευτικής εξάρτησης των ασθενών της Μ.Ε.Θ.
3. Από τους εκπαιδευόμενους νοσηλεύτριες και νοσηλευτές. Η συνολική αναλογία νοσηλευτών ανά λειτουργούσα κλίνη νοσοκομείου είναι 1.3/1 (για πλήρη κάλυψη). Επίσης το επίπεδο νοσηλευτικής εξάρτησης σε μια Μ.Ε.Θ. εξαρτάται από το επίπεδο φροντίδας όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1: Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη και επίπεδο φροντίδας

Επίπεδο Φροντίδας	Νοσηλευτής/Ασθενή	Νοσηλευτές/Κλίνη	Ιατροί/6-8 κλίνες
III. Υψηλό	1/1	6	5
II. Μέτριο	1/1.6	4	4
I. Χαμηλό	1/3	2	3

Πηγή: (Μπαλτόπουλος, 2008.)

Σε μια Μ.Ε.Θ. πρέπει να γίνεται μια διαλογή ασθενών που νοσηλεύονται. Βασικά μια Μ.Ε.Θ. νοσηλεύει ασθενείς που έχουν ανάγκη παρακολούθησης και θεραπείας ενός ή περισσοτέρων ζωτικών λειτουργιών που μπορεί να διαταραχθούν από κάποια οξεία νόσο ή από κάποια χειρουργική ή άλλη θεραπεία και ασθενείς που έχουν ήδη μια ανεπάρκεια κάποιας ζωτικής λειτουργίας που επιβαρύνθηκε. Στη Μ.Ε.Θ. δεν νοσηλεύονται ασθενείς με τελικό στάδιο αθεράπευτης νόσου.

Τα κριτήρια για να εισαχθεί κάποιος σε Μ.Ε.Θ. είναι:

- Πρώτη προτεραιότητα: Ανάγκη για θεραπεία.
- Δεύτερη προτεραιότητα: Ανάγκη παρακολούθησης.
- Τρίτη προτεραιότητα: Βαριά προϋπάρχουσα νόσος και οξεία νόσος ή ο συνδυασμός τους, με γνωστή πτωχή πρόγνωση.

Σε όλες τις περιπτώσεις καλό είναι να μετριέται η βαρύτητα και να εκτιμάται η πρόγνωση.

Τα κριτήρια για να εγκριθεί η έξοδος κάποιου από τη Μ.Ε.Θ. είναι:

- Πρώτη προτεραιότητα: Όταν δεν υπάρχει ανάγκη για θεραπεία, είτε λόγω αποτυχίας της θεραπείας είτε λόγω φτωχής βραχυπρόθεσμης πρόγνωσης π.χ. τρία ζωτικά όργανα δεν λειτουργούν επαρκώς.
- Δεύτερη προτεραιότητα: Όταν δεν υπάρχει ανάγκης παρακολούθησης.
- Τρίτη προτεραιότητα: Όταν υπάρχει βαριά προϋπάρχουσα νόσος και οξεία νόσος ή ο συνδυασμός τους, με γνωστή φτωχή πρόγνωση, που δεν ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία.

1.3. Η Μ.Ε.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Στην Κύπρο το πρώτο Γενικό Νοσοκομείο (Γ.Ν.) Λευκωσίας κτίστηκε το 1939 όταν η Κύπρος ήταν Αγγλική αποικία και συνέπεσε με την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Στο νοσοκομείο διακομίζονταν στρατιώτες τραυματίες για θεραπεία και αποκατάσταση. Ανάγκη για τη δημιουργία Μ.Ε.Θ. παρουσιάστηκε όταν κρούσματα πολιομυελίτιδας παρουσιάστηκαν και στην Κύπρο

(www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Nicosia_Old_General_Hospital).

Η πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. του Γ.Ν. Λευκωσίας δημιουργήθηκε το 2006, με την ίδρυση του νέου νοσοκομείου. Δέχεται περιστατικά από δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια από όλη την Κύπρο. Πραγματοποιούνται εισαγωγές από όλες τις παθολογικές και χειρουργικές κλινικές του Νοσοκομείου (εκτός Παιδιατρικών ασθενών κάτω των 12 ετών). Το πρότυπο λειτουργίας της είναι αυτό της «κλειστής Μ.Ε.Θ.» όπου οι ασθενείς νοσηλεύονται υπό την ευθύνη των Εντατικολόγων με συνεργάτες τους ιατρούς της εισάγουσας Κλινικής και των υπολοίπων ειδικοτήτων. Η Μ.Ε.Θ. λειτουργεί και ως Μονάδα μετ' αναισθητικής φροντίδας καρδιοχειρουργικών ασθενών για τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας τους, μετά το χειρουργείο. Καλύπτεται από εξειδικευμένο Εντατικολόγο καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Η Μ.Ε.Θ. διαθέτει 17 κλίνες (10 σε ανοικτό ενιαίο χώρο και 7 σε δωμάτια απομόνωσης) και είναι οργανωμένη σε 2 νοσηλευτικούς σταθμούς με 2 υποσυστήματα κεντρικής τηλεπαρακολούθησης (central monitoring stations)

(www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/DMLindex_gr/DMLindex_gr?OpenDocument, www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/All/3C220BC5F4EEFD03C22573E800516D13?OpenDocument&highlight=Εντατική).

Το προσωπικό που στελεχώνει τη Μ.Ε.Θ. σύμφωνα με στοιχεία του 2009 αποτελείται από έξι (6) ιατρούς, πέντε (5) φυσιοθεραπευτές, ένα (1) Κλινικό Διαιτολόγο και ένα (1) Λογοθεραπευτή οι οποίοι είναι μερικής απασχόλησης και 81 νοσηλευτές.

1.4. Επισκεπτήριο στη Μ.Ε.Θ.

Το επισκεπτήριο στη Μ.Ε.Θ. περιορίζεται σε μία (1) ώρα το απόγευμα, από τις 17:00 μέχρι τις 18:00, το ένα τρίτο σε σχέση με τις ώρες που μπορεί να δεχθεί ένας οποιοσδήποτε ασθενής ανοικτού τμήματος ο οποίος νοσηλεύεται στο Γ.Ν. Λευκωσίας. Το επισκεπτήριο εφαρμόζεται κατ' αυτόν τον τρόπο για να προστατευθεί ο ασθενής από έκθεση σε οποιοδήποτε μικρόβιο το οποίο μπορεί να φέρει ο επισκέπτης και το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ασθενή. Επίσης, έτσι περιορίζεται το πλήθος των επισκεπτών το οποίο με την παρουσία του μπορεί να κουράζει τους ασθενείς, τους στενούς συγγενείς, άλλους ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται στον ίδιο χώρο και δυσκολεύει το έργο των νοσηλευτών.

2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

2.1. Ορισμός της οικογένειας

Όταν ακούμε τη λέξη οικογένεια το πρώτο πράγμα που μας έρχεται στο μυαλό είναι ένα σύνολο ατόμων που αποτελούνται από τον πατέρα, τη μητέρα και τα παιδιά που προήλθαν από το γάμο τους. Η δομή της οικογένειας δεν είναι η ίδια όπως παλιά, έχει αλλάξει λόγω και των κοινωνικών συνθηκών της εξέλιξης.

Οικογένεια είναι μια κοινωνική ομάδα από ανθρώπους η οποία αποτελείται από τους πατέρα / σύζυγο, μητέρα / σύζυγο και τα παιδιά που προέρχονται από το γάμο τους. Αυτή η οικογένεια ονομάζεται πυρηνική. Στην κοινωνία του 21^{ου} αιώνα δεν είναι τόσο απόλυτο αυτό, καθότι οι μονογονεϊκές οικογένειες (χωρισμένοι γονείς, γονιός που τεκνοποιεί χωρίς την ύπαρξη δεύτερου γονιού) και οικογένειες με ομόφυλους γονείς διεκδικούν να θεωρούνται και αυτές ίδιες με μια τυπική, για τα δικά μας δεδομένα πυρηνική οικογένεια (<http://family.jrank.org/pages/1222/Nuclear-Families.html>).

Το 1913 ο Bronislaw Malinowski (Malinowski, 1913) διατύπωσε τη θεωρία ότι όλες οι οικογένειες θα έπρεπε να είναι δομημένες με τον προαναφερθέντα τρόπο (πατέρα – μητέρα – παιδιά) γιατί έτσι ικανοποιείται η πιο βασική βιολογική ανάγκη που είναι η φροντίδα και η ανατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών. Τόνισε δε ότι καμιά κουλτούρα δεν θα μπορούσε να στηριχθεί αν οι δεσμοί που συνέδεαν τα μέλη μιας οικογένειας δεν συνδέονταν μεταξύ τους με ισχυρούς δεσμούς.

Από τις αρχές όμως του 20^{ου} αιώνα μέχρι τις αρχές του 21^{ου} οι αντιλήψεις και οι στάσεις για την οικογένεια έχουν αλλάξει και όπως είναι ευκόλως αντιληπτό δεν μπορούν να ισχύουν όλα όσα έχουν αναφερθεί. Η οικογένεια έχει αλλάξει και έχει προσαρμοστεί στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες της σημερινής κοινωνίας. Το καινούργιο οικογενειακό ιδεώδες βάση του Lawrence Stone είναι μια οικογένεια με ισχυρούς δεσμούς μεταξύ των συζύγων και των παιδιών τους (Stone, 1977). Σε κάποιες ευρωπαϊκές οικογένειες δεν ισχύει απόλυτα καθότι μέσα σ' αυτή την οικογένεια εντάσσονται και οι γονείς ενός ή και των δύο συζύγων, τα παιδιά ενός ή και των δύο συζύγων από ένα άλλο γάμο.

Ένας άλλος, πιο πρόσφατος αλλά και ευρύτερος ορισμός της οικογένειας έχει επικρατήσει (Marcia, 2009) και κινείται πέρα από τις παραδοσιακές έννοιες όπως αίμα, γάμο και άλλους νομικούς περιορισμούς είναι ότι η οικογένεια περιλαμβάνει δύο ή

περισσότερα άτομα που εξαρτώνται το ένα από το άλλο για τη συναισθηματική, φυσική ή/και οικονομική επιβίωση. Τα μέλη της οικογένειας αυτό-καθορίζονται (Hanson, 2001b).

2.2. Δομή της οικογένειας

Η δομή της οικογένειας αναφέρεται στα χαρακτηριστικά και στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) του κάθε μέλους που συγκροτεί μια οικογένεια. Οι οικογενειακές δομές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και προσαρμόζονται στις ανάγκες και καταστάσεις της κοινωνίας. Επειδή οι κοινωνικοί κανόνες είναι πιο ανεκτικοί, έτσι και το «πυρηνικό» οικογενειακό μοντέλο δεν είναι το μόνο σωστό και αποδεκτό. Πλέον η οικογένεια μπορεί να αποτελείται από λιγότερα άτομα, όπως μια ανύπαντρη έφηβη με ένα νήπιο, μια διαζευγμένη μητέρα με ένα ή περισσότερα παιδιά (κάποια μπορεί να είναι και στην εφηβεία) ή και μια γυναίκα, αφοσιωμένη στην καριέρα της που επιλέγει να αποκτήσει παιδί αλλά να παραμείνει και ανύπαντρη. Από την άλλη η οικογένεια μπορεί να αποτελείται από περισσότερα άτομα. Μελέτες που έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι υπάρχουν 11,7 εκατομμύρια μονογονεϊκές οικογένειες. Τα 9,7 εκατομμύρια ήταν οικογένειες με μητέρα και μόνο τα 2 εκατομμύρια ήταν οικογένειες με πατέρα. Από τα 9,7 εκατομμύρια το 22% ήταν ανύπαντρες μητέρες. Επίσης τα παιδιά που ζουν με ένα παππού και μια γιαγιά ανέρχονται στα 5,1 εκατομμύρια και απ' αυτά τα 3,1 εκατομμύρια ζουν χωρίς τους γονείς τους. Αυτή η αλλαγή έχει μετατρέψει το ρόλο του παππού και της γιαγιάς από υποστηρικτικό σε αυτόν της πρωταρχικής ανατροφής των παιδιών (Marcia, 2009). Το γεγονός ότι ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί σημαίνει ότι η σχέση γονιού – παιδιού μπορεί να διαρκέσει και πάνω από 50 χρόνια (<http://family.jrank.org/pages/1222/Nuclear-Families.html>). Αυτό όμως αυτόματα σημαίνει ότι το παιδί μιας τέτοιας οικογένειας θα ενηλικιωθεί και θα αποκτήσει με τη σειρά του οικογένεια. Τότε οι αρχικοί γονείς (παππούς και γιαγιά πλέον) αποτελούν μέρος της καινούριας οικογένειας. Λόγω των σημερινών συνθηκών (οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών), επανερχόμαστε σε μια παλαιότερη κατάσταση όπου τα άτομα που ζούσαν στο ίδιο σπίτι αποτελούνταν από περισσότερες από δύο γενιές (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=937).

Οι κύριοι λόγοι είναι: α) ο οικονομικός, που αναγκάζονται όλες οι γενιές να συνεργαστούν για να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της κοινωνίας μας και β) ο ψυχολογικός παράγοντας, λόγω του ότι δημιουργούνται ισχυροί δεσμοί μεταξύ γονέων-

παιδιών, με αποτέλεσμα κάποια παιδιά να δυσκολεύονται να αποχωριστούν από τους γονείς τους. Θα ήταν πιο φυσιολογικό αν οι δεσμοί αυτοί χαλάρωναν με την πάροδο του χρόνου.

2.3. Λειτουργίες της οικογένειας

Οι κύριες λειτουργίες της οικογένειας παραμένουν σε γενικές γραμμές ίδιες με την πάροδο του χρόνου. Συγκεκριμένα, μια βασική λειτουργία της οικογένειας είναι η αναπαραγωγή. Αποστολή επίσης της οικογένειας είναι η προστασία των μελών της, η συνεργασία για να πετύχουν την οικονομική επιβίωση, να εκπαιδεύσουν (κοινωνικοποιήσουν) τα νέα μέλη της αλλά και να τους μεταβιβάσουν τον πολιτισμό (γνώσεις – ήθη – έθιμα). Στις μέρες μας όμως, με την αλλαγή θεσμών, αξιών και τρόπου ζωής κάποιες λειτουργίες – αποστολές έχουν τροποποιηθεί και άλλες λειτουργίες έχουν προστεθεί. Πλέον τα μέλη που απαρτίζουν την οικογένεια για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες που έχουν θέσει ως προτεραιότητα δεν εφαρμόζουν όλες τις λειτουργίες αλλά κάνουν μια επιλογή από αυτές. Κάποιες οικογένειες επιλέγουν να μην τεκνοποιήσουν για να πετύχουν καλύτερη οικονομική επιβίωση. Σε άλλες οικογένειες οι γονείς εργάζονται πολλές ώρες και την κοινωνικοποίηση καθώς και την εκπαίδευση των μικρών παιδιών αναλαμβάνουν οικιακές βοηθοί, νηπιαγωγοί ή ακόμα ο παππούς και η γιαγιά. Από τις καινούργιες όμως λειτουργίες που έχουν εξελιχθεί ως οι σημαντικότερες είναι: α) η λειτουργία της σχέσης συγγένειας, δηλαδή τα άτομα που συνδέονται με κάποιο συγγενικό δεσμό είναι πιο στενά συνδεδεμένοι, υπογραμμίζοντας πόσο σημαντική είναι η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της και πως οι άνθρωποι παρουσιάζουν πρόοδο μέσα σ' αυτή καθώς και στο επίπεδο ικανοποίησης τους και β) η λειτουργία της υγείας καθώς είναι η βάση για την αύξηση της διάρκειας και της ποιότητας ζωής των μελών της.

2.4. Οικογενειακή Κρίση – Πηγές Έντασης της Οικογένειας

Οικογενειακή κρίση είναι ένα γεγονός το οποίο εμφανίζεται σε μια οικογένεια και αυτή δεν είναι ικανή να το αντιμετωπίσει (Marcia, 2009). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση της και η οικογένεια έτσι καθίσταται δυσλειτουργική. Παράδειγμα, όταν τα έξοδα μιας νοσηλείας υπερβαίνουν τους πόρους μιας οικογένειας τότε δημιουργείται μια κρίση.

Με την εισαγωγή ενός μέλους μιας οικογένειας σε μια Μ.Ε.Θ. διαταράσσεται η ισορροπία της. Αυτόματα, η δομή αυτής της οικογένειας επηρεάζεται άμεσα σε πολλούς τομείς (Marcia, 2009). Όπως είχαμε αναφέρει και πιο πάνω, οι λόγοι που υφίστανται μια οικογένεια είναι διάφοροι, οπότε η απουσία ενός μέλους δυσκολεύει τη διεκπεραίωση των λειτουργιών και προκαλεί τριγμούς και αναταράξεις. Αν παραδείγματος χάρη, ένας εργαζόμενος γονιός εισαχθεί σε μια Μ.Ε.Θ. τότε ο άλλος γονιός επωμίζεται τις λειτουργίες του ασθενούς. Οπότε ο υγιής γονιός αναλαμβάνει τις ευθύνες της οικονομικής στήριξης της οικογένειας, της φροντίδας και προστασίας των μελών αλλά και τη φροντίδα του ασθενούς μέλους. Το πρόβλημα δε είναι μεγαλύτερο αν η οικογένεια είναι μονογονεϊκή και ο γονιός αυτός εισαχθεί σε μια Μ.Ε.Θ. Τότε τους προαναφερθέντες ρόλους τους αναλαμβάνουν οι παππούδες και γιαγιάδες ή και τα μεγαλύτερα αδέρφια. Βέβαια αν μια οικογένεια έχει και τους δύο γονείς δεν σημαίνει ότι οι παππούδες και γιαγιάδες δεν βοηθούν.

2.5. Η οικογένεια στην κυπριακή κοινωνία

Η κυπριακή κοινωνία κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρουσίασε σημαντική διαφοροποίηση ως αποτέλεσμα των ανακατατάξεων στον τομέα παραγωγής δηλαδή, ενώ πιο παλιά το μεγαλύτερο ποσοστό των κυπρίων ασχολείτο με τη γεωργία, τώρα το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζεται στον τομέα της προσφοράς υπηρεσιών. Επίσης, λόγω της εισβολής του 1974 αλλά και πιο πρόσφατων γεγονότων όπως η σημαντική ανάπτυξη του τουρισμού και η εξέλιξη της Κύπρου ως σημαντικού μεσάζοντα προϊόντων αλλά και υπηρεσιών από την Ευρώπη προς την Μέση Ανατολή και αντίστροφα αρκετός κόσμος έχει αφήσει την αγροτική ζωή και έχει στραφεί σε ένα πιο αστικό τρόπο ζωής.

Ο τρόπος ζωής και το βιοτικό επίπεδο των κυπρίων μοιάζει σε σημαντικό ποσοστό με τον τρόπο ζωής των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών και της Β. Αμερικής. Επίσης, ο τρόπος αντίληψης των κυπρίων σε πολλά θέματα, συμπεριλαμβανομένου αυτό της υγείας,

είναι σε μεγάλο βαθμό το ίδιο με τον υπόλοιπο ανεπτυγμένο κόσμο αφού πλέον ο κύριος έχει αποδεχθεί και προσπαθεί να μιμηθεί αυτόν τον τρόπο ζωής.

Από την άλλη όμως στην Κύπρο υπάρχουν κάποιες ιδιομορφίες οι οποίες επηρεάζουν τον χαρακτήρα των κυπρίων και χρωματίζουν την κυπριακή νοοτροπία με ένα τόνο λίγο πιο διαφορετικό από τους ανεπτυγμένους λαούς.

Συγκεκριμένα, πολλές οικογένειες είναι «ομογαμικές», δηλαδή και οι δύο γονείς κατάγονται από κοντινές γεωγραφικές περιοχές και ο τόπος στον οποίο επιλέγουν να μεγαλώσουν την οικογένεια τους είναι είτε στον ίδιο τόπο που κατάγεται ένας από τους γονείς είτε πολύ κοντά. Επίσης, οι περισσότερες οικογένειες είναι «πυρηνικές» (ποσοστό περίπου 80%), δηλαδή αποτελούνται από πατέρα, μητέρα και από τα παιδιά τους που προήλθαν από το γάμο τους. Τέλος ένα σημαντικό ποσοστό οικογενειών, κυρίως αστικών είναι «εκτεταμένες» (ποσοστό περίπου 25%), δηλαδή μαζί με την πυρηνική οικογένεια μένουν οι γέροι γονείς ή ανύπαντρα αδέλφια των γονιών.

Τέλος, ο τρόπος εκδήλωσης του ενδιαφέροντος και αγάπης μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι η έκφραση της ανησυχίας τους αλλά και η προσπάθεια να φροντίσουν τα άλλα μέλη της οικογένειας όταν αρρωστήσουν.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι οι δεσμοί της κυπριακής οικογένειας μεταξύ των μελών της εξακολουθούν να είναι ισχυροί. Διαπιστώνουμε επίσης, ότι η τεχνολογική ανάπτυξη, οι καθημερινές ανάγκες και εντάσεις δεν εξασθένησαν τους δεσμούς της οικογένειας αλλά αντίθετα σε πολλές περιπτώσεις αυτοί οι δεσμοί ισχυροποιήθηκαν καθώς η κοινωνία ανάγκασε τα μέλη της οικογένειας να συσπειρωθούν για να βοηθηθούν μεταξύ τους. Οι λειτουργίες τις οποίες μια κυπριακή οικογένεια θεωρεί σημαντικές είναι ίδιες σε μεγάλο βαθμό με αυτές των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η ύπαρξη συγγένειας ενισχύει τους δεσμούς στις οικογένειες και θεωρούν την υγεία ως πρωταρχική λειτουργία η οποία πρέπει να ικανοποιείται σε πολύ σημαντικό βαθμό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σκοπός της μελέτης

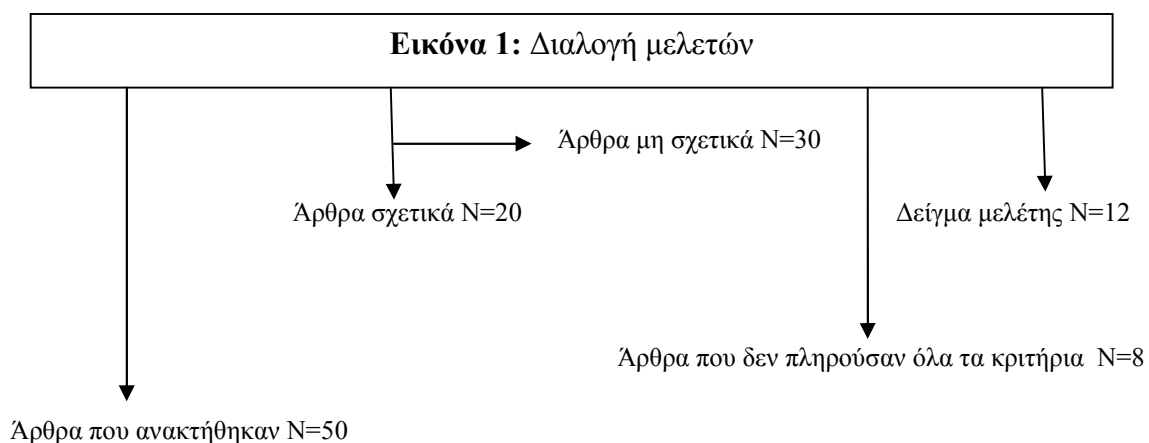
Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αναγκών της οικογένειας κατά τη νοσηλεία του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ.

1.2. Υλικό και μέθοδος

Η διερεύνηση του θέματος έγινε μέσω συστηματικής ανασκόπησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, από άρθρα τα οποία διατίθενται στη Βιβλιοθήκη του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου αλλά κυρίως από ηλεκτρονική αναζήτηση. Συγκεκριμένα η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων της Pubmed, MedLine, IatroTek, Medlook, Cinahl, **AJCC** – American Journal of Critical Care, **AJRCCM** – American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, **SCIELO** - The Scientific Electronic Library Online of Brazilian scientific journals, **Pub-Med** – U.S. National Library of Medicine, **ICU Topics** - Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Παν/μίου Αθηνών, European Society of Intensive Care Medicine, Επίσημη ιστοσελίδα Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, **SCCM** – Society of Critical Care Medicine και Hellenic Journal of Nursing – Περιοδικό ΕΣΝΕ. Η μηχανική αναζήτηση της βιβλιογραφίας αφορούσε στην περίοδο 1980-2011. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ήταν οικογένεια, εντατική, κρίσιμη, φροντίδα, ανάγκες, ψυχολογική, ψυχολογία, Μ.Ε.Θ., family, critical, intensive, care, needs, psychology, psychological, ICU και συνδυασμός των λέξεων. Έγινε προσπάθεια οι μελέτες να είναι από διαφορετικές πηγές γιατί κάθε ιστοσελίδα είχε άρθρα τα οποία ήταν σχετικά με το θέμα μας αλλά επικεντρώνονταν και μερικώς στο θέμα της ιστοσελίδας. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια οι μελέτες να προέρχονται από διαφορετικές γεωγραφικά περιοχές για να διερευνηθεί κατά πόσο η χώρα παίζει ρόλο στη διαφορετικότητα των αναγκών. Επίσης, επειδή σε κάθε αναζήτηση προέκυπτε ένας μεγάλος αριθμός μελετών έγινε προσπάθεια να αναλύεται η μελέτη με την μεγαλύτερη συμμετοχή σε αριθμό ατόμων καθ' ότι αυτή θα ήταν πιο αντικειμενική.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη ξεκίνησε μέσω της μηχανής αναζήτησης Google για την εύρεση γενικών πληροφοριών για τις Μ.Ε.Θ. και το ιστορικό τους. Μετά στις προαναφερθέντες ιστοσελίδες αναζητήθηκαν μελέτες οι οποίες ήταν σχετικές με το θέμα μας. Ο αριθμός των μελετών που ανακτήθηκε ήταν πολύ μεγάλος. Συγκεκριμένα, ανακτήθηκαν 50 μελέτες από τις οποίες οι 30 ήταν εντελώς άσχετες με το θέμα μας. Οι υπόλοιπες μελέτες αναφέρονταν στο θέμα δηλαδή της μελέτης μας. Από αυτές έγινε μια επιλογή για το ποιες μελέτες θα αναπτύσσονταν. Έγινε μια προσπάθεια οι μελέτες οι οποίες θα αναλύονταν να είχαν γίνει σε όσο το δυνατόν διαφορετικές περιοχές ούτως ώστε να μελετηθεί κατά πόσο το πολιτισμικό υπόβαθρο και το βιοτικό επίπεδο του κάθε τόπου επηρεάζει τις ανάγκες των συγγενών. Επίσης, προσπάθεια έγινε οι μελέτες να μην επικεντρώνονται στην ανάλυση μιας ανάγκης αλλά να αναφέρεται σε όσο το δυνατόν περισσότερες. Ακόμη, προσπαθήσαμε κάποιες από τις μελέτες να είχαν εμβαθύνει περισσότερο από την απλή ανάλυση ερωτηματολογίων και να ανέφεραν τυχόν επιπρόσθετες διαπιστώσεις αναφορικά με τις ανάγκες των συγγενών. Τέλος, έγινε προσπάθεια στην μελέτη να λάμβαναν μέρος μεγάλος αριθμός ατόμων, ούτως ώστε οι μελέτες να είναι όσο το δυνατό πιο σφαιρικές ή να συμμετείχαν περισσότερες από μία (1) Μ.Ε.Θ. για τον ίδιο λόγο. Από τις 20 μελέτες που αναφέρονταν στο θέμα της πτυχιακής μας εργασίας επιλέξαμε να ανακτήσουμε μόνο 12 γιατί μόνο αυτές πληρούσαν τα πιο πάνω κριτήρια που αναφέραμε.



A/A	Συγγραφέας / Έτος	Σχεδιασμός Μελέτης	Συμμετέχοντες	Αποτελέσματα αναγκών
1.	Stephen M. Auerbach, PhD, Donald J. Kiesler, PhD, Jennifer Wartella, MS, Sarah Rausch, MS, Kevin R. Ward, MD and Rao Ivatury, MD/ 2005	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Η.Π.Α.).	40 αντιπρόσωποι οικογενειών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Συμπτώματα οξείας αγχώδους διαταραχής (acute stress disorder). ➤ Έλλειψη πληροφοριών για: κατάσταση του ασθενή, τρόπο θεραπείας, επεξηγήσεων για τον ιατρικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται. ➤ Η μη ύπαρξη κατάλληλης αίθουσας αναμονής για τους συγγενείς. ➤ Μια δόση αισιοδοξίας φέρνει μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης. ➤ Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσπαθήσει να έχει πιο διαπροσωπικές σχέσεις με τους συγγενείς.
2.	Elie Azoulay, Frederic Pochard, Sylvie Chevret, Francois Lemaire, Mustafa Mokhtari, Jean-Roger le Gall, Jean Francois Dhainaut and Benoit Schlemmer/ 2001	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Γαλλία)	43 Μ.Ε.Θ. 637 ασθενείς 895 συγγενείς ασθενών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Οι συγγενείς θα ήθελαν να περνούν περισσότερο χρόνο με τους γιατρούς. ➤ Γνώση του ρόλου του κάθε νοσηλευτή που ασχολείτο με τον συγγενή τους. ➤ Αναλογία του ασθενή προς νοσηλευτή να ήταν ένα προς τρία (1:3).

				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Οι πληροφορίες να δίνονται στην οικογένεια από νεαρούς ιατρούς (junior). ➤ Να μην λαμβάνουν αντικρουόμενες. ➤ Ο προσωπικός ιατρός να είναι εκεί για να παράσχει βοήθεια.
3.	Ana Cecilia Lucchese; Vanessa de Albuquerque Citero; Mario Alfredo De Marco; Sergio Baxter Andreoli; Luiz Antonio Nogueira-Martins / 2008	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Βραζιλία)	47 ασθενείς και συγγενείς ασθενών	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πιθανότητες βελτίωσης της υγείας του ασθενή. ➤ Οι ερωτήσεις τους να απαντιούνται με ειλικρίνεια. ➤ Να έχουν την ελπίδα ότι η υγεία του ασθενή θα βελτιωθεί. ➤ Η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας. ➤ Οι επεξηγήσεις που τους δίνονται να είναι απλές και κατανοητές. ➤ Να νιώθουν ότι το ιατρικό προσωπικό ενδιαφέρεται για τον ασθενή. ➤ Να γνωρίζουν σε ποιόν να αποταθούν για πληροφορίες. ➤ Να γνωρίζουν γιατί γίνονται κάποιες θεραπείες στον ασθενή.

				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Να γνωρίζουν ποιοι είναι οι αρμόδιοι γιατροί που φροντίζουν τον ασθενή. ➤ Να γνωρίζουν κατά πόσο υπάρχει οποιαδήποτε πιθανότητα μετακίνησης του ασθενή σε άλλο νοσοκομείο. ➤ Να μπορούν να δουν τον ασθενή συχνά, όποτε μπορούν. ➤ Να νιώθουν αποδεκτοί από το ιατρικό προσωπικό. ➤ Να γνωρίζουν ποιοι άλλοι ιατροί μπορούν να βοηθήσουν σε περίπτωση προβλήματος ή επιπλοκών.
4.	Gayle Burr / 1998	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου – Συνέντευξη (Αυστραλία)	105 συγγενείς ασθενών απάντησαν το CCFNI και 26 συγγενείς ασθενών έδωσαν συνέντευξη	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Οι συγγενείς να λαμβάνουν ορθές και ειλικρινείς πληροφορίες. ➤ Ανάγκη να προστατέψουν τους δικούς τους και να προστατευτούν. ➤ Βασικές ανάγκες των συγγενών παραμερίζονται και γι' αυτούς προέχει μόνο η βελτίωση της υγείας του συγγενή τους.
5.	Ruth M. Kleinpell and Marjorie d. Powers / 1992	Συνέντευξη για συμπλήρωση	40 ασθενείς, 64 συγγενείς	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Οι πληροφορίες που δίνονταν στους συγγενείς να είναι ειλικρινείς.

		ερωτηματολογίου (Η.Π.Α.)	ασθενών, 58 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Το να πάρει κάποιος τηλέφωνο σπίτι και να ενημερώσει για τυχόν αλλαγή στην υγεία του ασθενή. ➤ Να ενημερώνονται για τυχόν προγνώσεις που αφορούν την υγεία του ασθενή. ➤ Να γνωρίζουν τι ακριβώς γίνεται στον ασθενή και για πιο λόγο. ➤ Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας. ➤ Να νιώθουν (οι συγγενείς) ότι υπάρχει ελπίδα. ➤ Να τους γίνεται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.
6.	Kate Kynoch/ 2010	Μελέτη που βασίζεται σε έρευνες.	Αναφέρονται 25 πηγές για να υποστηρίξει τα γραφόμενα.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ανάγκη για πληροφορίες. ➤ Οι οικογένειες παίζουν σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων. ➤ Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας. ➤ Επιθυμία για ελεύθερο ωράριο επισκέψεων.

				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Να ενημερώνονται για τυχόν προγνώσεις που αφορούν την υγεία του ασθενή. ➤ Να τους γίνεται επεξήγηση για τον ιατρικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται. ➤ Να γίνονται συνεδρίες για ενημέρωση των συγγενών. ➤ Να δίνονται περισσότερες πληροφορίες όπως ενημερωτικό φυλλάδιο. ➤ Κριτήρια εισαγωγής ασθενή στη Μ.Ε.Θ.
7.	AH Nielsen, CB Kancir / 2009	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Δανία)	94 συγγενείς ασθενών.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πιστοποιεί την ανάγκη ύπαρξης ατόμου υπεύθυνου για την επικοινωνία με τους συγγενείς.
8.	S Siddiqui, C Scott, D Bryden / 2009	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Μ. Βρετανία)	18 συγγενείς ασθενών.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πόσο σημαντική είναι η επικοινωνία μεταξύ θεράποντος ιατρού και συγγενή ασθενούς. ➤ Οι πληροφορίες που δίνονται στην οικογένεια να είναι σαφείς.
9.	L Heijboer, J Van der Klink, J Hofhuis, A Hovingh, J Rommes M Westerman, P	Τηλεφωνική συνέντευξη για συμπλήρωση	Δεν αναφέρεται	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ύπαρξη σημαντικού ποσοστού ικανοποίησης άσχετα αν πεθάνει ο ασθενής

	Spronk / 2010	ερωτηματολογίου (Ολλανδία)			αρκεί είναι η επικοινωνία μεταξύ θεράποντος ιατρού και συγγενή ασθενούς να είναι καλή. ➤ Πολλοί συγγενείς αναφέρουν προβλήματα ύπνου από την απώλεια του συγγενικού τους προσώπου.
10.	S Gholamzadeh, S Gholamzadeh, H Sorbi Akbari / 2010	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Ιράν)	10 συγγενείς ασθενών.		➤ Ανάγκη για πληροφορίες. ➤ Ανάγκη για προσεκτική επίβλεψη και θεραπεία. ➤ Ανάγκη για σεβασμό από το νοσηλευτικό προσωπικό. ➤ Ανάγκη για σεβασμό της ησυχίας και απομόνωσης του ασθενή.
11.	Margaret McKiernana, Geraldine McCarthy / 2010	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Ιρλανδία)	6 συγγενείς ασθενών.		➤ Ανάγκη για πληροφορίες. ➤ Ανάγκη για να ξέρουν τι γίνεται και για ποιο λόγο. ➤ Ανάγκη να είναι στο πλάι του συγγενή τους. ➤ Ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη από

				το νοσηλευτικό προσωπικό.
12.	Pamela Wilkinson / 1995	Συνέντευξη για συμπλήρωση ερωτηματολογίου (Μ. Βρετανία).	Δεν αναφέρεται	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ανάγκη για πληροφορίες. ➤ Επιθυμία για ελεύθερο ωράριο επισκέψεων. ➤ Ανάγκη για θετικό περιβάλλον. ➤ Ανάγκη για υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό. ➤ Ανάγκη για ελπίδα.

Πίνακας 2: Ανάγκες γνώσεων της οικογένειας

- Να ενημερώνονται για την κατάσταση του ασθενούς με ειλικρίνεια.
- Να ενημερώνονται για το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς.
- Να ενημερώνονται για τον εξοπλισμό.
- Να ενημερώνονται για τυχόν αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς.
- Να ενημερώνονται για την πρόγνωση.
- Να γνωρίζουν το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει τον ασθενή.
- Να ενημερώνονται από νεαρής ηλικίας Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 3: Συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας

- Να νοιώθουν ότι υπάρχει ελπίδα.
- Να νοιώθουν ότι είναι αποδεκτοί.

- Να μένουν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή.
- Να νοιώθουν ότι το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για τον ασθενή.
- Να προστατεύουν τον ασθενή.
- Να τους μεταφέρεται αισιοδοξία.

Πίνακας 4: Ανάγκες προσωπικών διευκολύνσεων

- Να υπάρχει αίθουσα αναμονής.
- Να υπάρχει ελεύθερο επισκεπτήριο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Μ.Ε.Θ.)

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την απλή ανάλυση μελετών έδειξαν ότι κάποιες ανάγκες είναι ίδιες, ανεξαρτήτως του τόπου όπου διεξαγόταν η μελέτη, επιπέδου μόρφωσης των συμμετεχόντων, κουλτούρας και συνηθειών. Εννοείται ότι μικρές αποκλίσεις υπήρχαν, δηλαδή ενώ στη Γαλλία μια ανάγκη κατατασσόταν τρίτη (3^η) στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να κατατασσόταν πέμπτη (5^η), αλλά σε ένα πιο γενικό πλάνο η προτεραιότητα των αναγκών ήταν σχεδόν ίδια.

Παρακάτω θα αναλυθούν έρευνες που έγιναν σε διάφορες χώρες, σε νοσοκομεία με Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), θα αναλυθούν οι τρόποι οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν καθώς και θα παρατεθούν τα αποτελέσματα – συμπεράσματα των ερευνών. Θα δοθούν πληροφορίες από βιβλιογραφίες και όλα αυτά για να διαπιστωθούν οι ανάγκες της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας συγγενικού τους προσώπου στη Μ.Ε.Θ. και οι παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ούτω ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εργάζεται σε μια Μ.Ε.Θ. να μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες της οικογένειας που υποφέρει.

Σε έρευνα που έγινε στη Γαλλία στην οποία συμμετείχαν 43 νοσοκομεία τα οποία είχαν Μ.Ε.Θ., ζητήθηκε από 895 συγγενικά μέλη 637 ασθενών να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε θέματα αναφορικά με τι θεωρούσαν σημαντικό οι συγγενείς, τι τους ικανοποίησε και τι όχι στο θέμα της φροντίδας των συγγενών τους, τι ζητούσαν από τους ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό και άλλα θέματα νοσηλείας (Azoulay, 2001).

Συγκεκριμένα ζητήθηκε από ένα γιατρό όπως καταγράφει με ένα συγκεκριμένο τρόπο τα χαρακτηριστικά της Μ.Ε.Θ. και των ασθενών. Τα χαρακτηριστικά για την Μ.Ε.Θ. ήταν: αν ήταν πανεπιστημιακό ή γενικό νοσοκομείο, ο αριθμός των κλινών, ο αριθμός των μόνιμων (senior) ιατρών, ο αριθμός των νεαρών ιατρών (junior – fellows), η αναλογία ασθενή προς νοσηλευτές, η ύπαρξη μιας αίθουσας αναμονής, η ύπαρξη αίθουσας της οποίας σκοπός της ήταν να συνομιλούν οι συγγενείς με τον ιατρό, η συχνότητα συνομιλίας γιατρού με τους συγγενείς, η ύπαρξη πληροφοριακού σημειωματάριου, το σύνολο επιτρεπομένων ωρών για επισκεπτήριο, διερευνήθηκε

κατά πόσο η οικογένεια λάμβανε πληροφορίες από μόνο ένα ιατρό και αν το νοσοκομείο είχε γραπτό πρωτόκολλο με οδηγίες προς τους ιατρούς για το πώς να μιλούν με τις οικογένειες. Τα στοιχεία που λαμβάνονταν για κάθε ασθενή ήταν η ηλικία, το φύλο, καταγωγή (γεωγραφική), αν ήταν ανύπαντρος, παντρεμένος, διαζευγμένος κτλ, επάγγελμα, ο λόγος της εισαγωγής του στη Μ.Ε.Θ. και η κλινική κατάσταση εισαγωγής του. Επίσης, καταγραφόταν η χρονική περίοδος παραμονής και η κατάσταση της υγείας του κατά την απόλυση του από τη Μ.Ε.Θ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συγγενείς θα ήθελαν να περνούν περισσότερο χρόνο με τους γιατρούς για να πάρουν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τον ασθενή. Ο χρόνος αυτός υπολογίστηκε στα 5 λεπτά! Ποσοστό 11,7% ανέφερε ότι έλαβε αντιφατικές πληροφορίες, ποσοστό 55% ανέφερε ότι δε γνώριζε το ρόλο του κάθε νοσηλευτή στη Μ.Ε.Θ. και το 47% δε λάμβανε βοήθεια από τον οικογενειακό γιατρό. Το 91% των ερωτηθέντων εξέφρασε την ικανοποίηση του από τις πληροφορίες που λάμβανε από τους νεαρούς ιατρούς (junior).

Επίσης, από το ερωτηματολόγιο οι παράγοντες που αναγνωρίστηκαν ότι έπαιζαν ρόλο στην ικανοποίηση των συγγενών ήταν η γνώση του ρόλου του κάθε νοσηλευτή που ασχολείται με τον συγγενή τους, η αναλογία του ασθενή προς νοσηλευτή να ήταν ένα προς τρία (1:3), οι πληροφορίες να δίνονται στην οικογένεια από νεαρούς ιατρούς (junior), να μην λαμβάνουν αντικρουόμενες πληροφορίες, οι γιατροί να περνούν περισσότερο χρόνο με τους συγγενείς και ο προσωπικός ιατρός να είναι εκεί για να παράσχει βοήθεια.

Άλλη έρευνα η οποία έγινε σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α.) (Auerbach, 2005) και συγκεκριμένα στη Βιρτζίνια συμμετείχαν όλοι οι γιατροί οι οποίοι αποτελούσαν μέλη της Μ.Ε.Θ. Τραυμάτων καθώς και σαράντα (40) αντιπρόσωποι οικογενειών οι οποίοι είχαν ασθενή στην Μονάδα Τραυμάτων. Ο λόγος ήταν για να γίνει όσο το δυνατό πιο συγκεκριμένη η έρευνα αλλά και για να εξαλειφθούν διάφοροι άλλοι, γενικοί παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να αλλοιώσουν ή να προσθέσουν καινούριες παραμέτρους στην έρευνα. Επίσης αν και στην έρευνα συμμετείχαν περισσότεροι από ένα μέλη μιας οικογένειας για να έχει πιο πολύ συνοχή η έρευνα και να είναι όσο το δυνατό πιο σαφής, το άτομο το οποίο καθοριζόταν από όλους τους συγγενείς ως ο νόμιμος αντιπρόσωπος τους αυτός ήταν και ο αποδέκτης των ερωτήσεων της έρευνας.

Ο λόγος που έγινε η έρευνα ήταν διότι παρατηρήθηκε σε μεγάλο ποσοστό ατόμων οι οποίοι είχαν συγγενή που μόλις είχε εισαχθεί σε μια Μ.Ε.Θ. συμπτώματα οξείας

αγχώδους διαταραχής (acute stress disorder) τα οποία όμως μειώνονταν σημαντικά μετά την έξοδο του ασθενή. Επίσης συμπτώματα μετατραυματικού στρες (post traumatic stress disorder) παρατηρήθηκαν τόσο σε ασθενείς αλλά και σε συγγενείς και χρειαζόταν η εξακρίβωση της πηγής τους. Ακόμα, η ανάγκη να γίνουν όσο το δυνατό πιο σαφείς οι ανάγκες των μελών μιας οικογένειας με συγγενή σε Μ.Ε.Θ., να βρεθούν ποιοι τομείς δεν ικανοποιήθηκαν πλήρως ή αγνοήθηκαν από το ιατρικό προσωπικό ούτως ώστε να βελτιωθούν οι παροχές και να ικανοποιηθούν οι συγγενείς.

Η έρευνα διενεργήθηκε χρησιμοποιώντας τυποποιημένα ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν: 1. Το Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) το οποίο αποτελείται από σαράντα πέντε (45) ερωτήσεις στις κατηγορίες: πληροφορίες, διαβεβαίωση, πρόσβαση, υποστήριξη και άνεση. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες μελέτες (Kosco, Warren, 2000, Warren, 1994, Warren, 1993). Το Acute Stress Disorder Scale (ASD) το οποίο αναγνωρίζει τυχών ψηλά επίπεδα άγχους που μπορεί να παρουσιαστούν σε άτομα με τραυματική εμπειρία. Αποδείξεις για την εγκυρότητα του έχουν αναφερθεί (Bryant, Moulds, Guthrie, 2000). Το Brief Symptom Inventory (BSI) το οποίο έχει πενήντα τρία (53) ερωτήματα τα οποία υπολογίζουν την τρέχουσα ψυχολογική κατάσταση σε εννέα επίπεδα όπως κατάθλιψη, αγωνία, εχθρότητα, φοβία, παράνοια. Πάνω από πεντακόσιες (500) μελέτες έχουν εκδοθεί βασιζόμενες στην εγκυρότητα του BSI (Derogatis, Savitz, 2000). Το Impact Message Inventory (IMI) το οποίο χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσουν τη διαπροσωπική συμπεριφορά του ερωτώμενου σε σχέση με την εκτίμηση των συγκεκριμένων αντιδράσεων του ερωτώμενου κατά την εμπειρία του με το ατύχημα. Χρησιμοποιήθηκε μια πιο μικρή έκδοση του IMI, η IMI-C, η οποία εξάγει αποτελέσματα σε τέσσερις τομείς: εχθρικό, φιλικό, κυρίαρχο και πειθήνιο και δύο άξονες: έλεγχο και ένταξη. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχει αποδειχθεί (Kiesler, 1987, Kiesler, 2001, Schmidt, Wagner, Kiesler, 1999). Τέλος χρησιμοποιήθηκε το Life Orientation Test το οποίο χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί σε ποίο βαθμό είναι αισιόδοξοι οι συγγενείς. Και αυτό το τεστ έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες (Scheier, Carver, Bridges, 1994).

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων στο θέμα τις ικανοποίησης των απαιτήσεων τους έδειξαν ότι κατά την εισαγωγή τα δύο (2) πιο μεγάλα προβλήματα που είχαν οι συγγενείς αφορούσαν στην έλλειψη πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενή, τον τρόπο θεραπείας και επεξηγήσεων για τον ιατρικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται και επίσης η μη ύπαρξη κατάλληλης αίθουσας αναμονής για τους συγγενείς. Κατά

την απόλυση του ασθενή υπήρχε μια τάση για αυξημένη ικανοποίηση των συγγενών στο γενικό σύνολο αλλά και συγκεκριμένα οι τομείς στους οποίους οι συγγενείς επέδειξαν περισσότερη ικανοποίηση ήταν όταν οι επεξηγήσεις που τους δίνονταν από το ιατρικό προσωπικό ήταν απλές και κατανοητές, όταν το προσωπικό ενδιαφερόταν να ρωτήσει για το πώς είναι ο επισκέπτης – συγγενής, όταν οι συγγενείς είχαν την άνεση να επισκέπτονται τον ασθενή χωρίς αυστηρούς περιορισμούς και τέλος όταν το προσωπικό έδινε πληροφορίες σχετικά με τον εξοπλισμό ο οποίος χρησιμοποιούταν για τη φροντίδα του ασθενή.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων στο θέμα της διαχείρισης άγχους έδειξε ότι κατά την είσοδο του ασθενή οι συγγενείς είχαν μέτρια ως υψηλά συμπτώματα οξείας αγχώδους διαταραχής. Ήταν στο ίδιο επίπεδο με ασθενείς που εισέρχονταν για θεραπεία μετατραυματικού σοκ σε ψυχιατρική κλινική. Το επίπεδο άγχους ανάμεσα στους συγγενείς μειωνόταν σημαντικά με την έξοδο του συγγενή τους από τη Μ.Ε.Θ.

Ένα άλλο συμπέρασμα που εξήχθηκε από την μελέτη ήταν ότι οι συγγενείς, κατά την εισαγωγή του ασθενή, θεωρούσαν τους γιατρούς απόμακρους και κυριαρχικούς σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Κατά την απόλυση όμως του ασθενή η διαφορά σχεδόν εξισωνόταν. Οι οικογένειες όμως θεωρούσαν το νοσηλευτικό προσωπικό πολύ πιο προσιτό και βοηθητικό από τους γιατρούς, τόσο κατά την εισαγωγή αλλά και κατά την έξοδο του ασθενή. Τέλος διαπιστώθηκε ότι η αισιοδοξία των συγγενών είχε άμεση σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των συγγενών (βάση το CCFNI). Συγκεκριμένα, όσο πιο ψηλό επίπεδο ικανοποίησης έδειχναν να έχουν στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης Εντατικής Θεραπείας, τόσο πιο ψηλά επίπεδα αισιοδοξίας είχαν. Επίσης η αισιοδοξία συνδέθηκε και με την αντίληψη του πόσο αυταρχικός – απόμακρος ή φιλικός ήταν ο γιατρός με τους συγγενείς. Αντίθετα όμως η αντίληψη που είχαν για το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είχε άμεση σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης του CCFNI.

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στη Βραζιλία (Lucchese, et al., 2008) σκοπός της ήταν να διαπιστωθούν οι ανάγκες και τα προβλήματα των οικογενειών ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και «ταλαιπωρούνται» με συνεχόμενες εισόδους – εξόδους σε νοσηλευτικά ιδρύματα και Μ.Ε.Θ. αλλά και να βρεθούν τα κοινά σημεία σε κλινικό και ψυχιατρικό επίπεδο. Μέρος έλαβαν ασθενείς από 47 κλίνες εάν οι ασθενείς ήταν πάνω από 18 χρονών και η νοσηλεία τους κρατούσε πάνω από 24 ώρες. Σε αυτή την έρευνα ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις στις κατηγορίες: πληροφορίες, διαβεβαίωση,

πρόσβαση, υποστήριξη και άνεση. Οι ερωτήσεις τις οποίες οι συγγενείς έκριναν ως πιο σημαντικές ήταν:

1. Να γνωρίζουν (οι συγγενείς) τις πιθανότητες βελτίωσης της υγείας του ασθενή (κατηγορία: διαβεβαίωση).
2. Οι ερωτήσεις τους να απαντούνται με ειλικρίνεια (κατηγορία: διαβεβαίωση).
3. Να έχουν την ελπίδα ότι η υγεία του ασθενή θα βελτιωθεί (κατηγορία: διαβεβαίωση).
4. Η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας (κατηγορία: διαβεβαίωση).
5. Οι επεξηγήσεις που τους δίνονται να είναι απλές και κατανοητές (κατηγορία: διαβεβαίωση).
6. Να νιώθουν ότι το ιατρικό προσωπικό ενδιαφέρεται για τον ασθενή (κατηγορία: διαβεβαίωση).
7. Να γνωρίζουν σε ποιόν να αποταθούν για πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή τους (κατηγορία: πληροφορίες).
8. Να γνωρίζουν γιατί γίνονται κάποιες θεραπείες στον ασθενή (κατηγορία: πληροφορίες).
9. Να γνωρίζουν ποιοι είναι οι αρμόδιοι γιατροί που φροντίζουν τον ασθενή (κατηγορία: πληροφορίες).
10. Να γνωρίζουν κατά πόσο υπάρχει οποιαδήποτε πιθανότητα μετακίνησης του ασθενή σε άλλο νοσοκομείο (κατηγορία: πρόσβαση).
11. Να μπορούν να δουν τον ασθενή συχνά, όποτε μπορούν (κατηγορία: πρόσβαση).
12. Να νιώθουν αποδεκτοί από το ιατρικό προσωπικό (κατηγορία: άνεση).
13. Να γνωρίζουν ποιοι άλλοι ιατροί μπορούν να βοηθήσουν σε περίπτωση προβλήματος ή επιπλοκών (κατηγορία: υποστήριξη).

Στην Αυστραλία έγινε μια συνδυασμένη μελέτη η οποία από τη μια περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) το οποίο έχει αναφερθεί και σε προηγούμενη μελέτη με ταυτόχρονη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ερωτήσεις που γίνονταν υπό μορφή συνέντευξης στους συγγενείς ασθενών που εισάγονταν σε Μ.Ε.Θ. (Burtt, 1998). Συγκεκριμένα, η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα νοσοκομεία του Σύδνεϋ τα οποία σχεδόν όλα έχουν ελεύθερο και

απεριόριστο χρόνο επισκεπτηρίου στη Μ.Ε.Θ. τους. Στη μελέτη συμμετείχαν συγγενείς ατόμων που εισήχθησαν σε Μ.Ε.Θ., εάν είχαν συμπληρώσει το δέκατο έκτο (16) έτος της ηλικίας τους και αν μιλούσαν αγγλικά. Ακόμα πιο συγκεκριμένα μετά την παρέλευση 2-3 ημερών από την εισαγωγή του ασθενούς, τέσσερα άτομα τα οποία επισκέπτονταν τον ασθενή και αποδεδειγμένα ήταν στενοί συγγενείς του ασθενή τους ζητείτο να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο CCFNI και τον πέμπτο τον προσκαλούσαν σε μια συνέντευξη αντί να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο. Ανάμεσα στις ερωτήσεις που τους γίνονταν ήταν τι θεωρούσαν αυτοί ως τις πιο σημαντικές ανάγκες και ανησυχίες κατά τις πρώτες δύο με τρεις πρώτες μέρες της εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ.. Σκοπός αυτής της μεθοδολογίας ήταν να διερευνήσει κατά πόσο το ερωτηματολόγιο ήταν αντιπροσωπευτικό των απαιτήσεων, αναγκών και συναισθημάτων των συγγενών ή με τη συνέντευξη θα πρόβαλλαν θέματα τα οποία δεν είχαν εντοπιστεί και διερευνηθεί. Επίσης μέσα από τέτοιες ερωτήσεις εκτός από τις κοινές ανάγκες διαφαίνονταν και θέματα τα οποία πλέον ήταν πρόδηλα.

Με το ελεύθερο ωράριο που επικρατεί στις Μ.Ε.Θ. στην Αυστραλία σχεδόν πάντα βρίσκεται ένα άτομο δίπλα από τον ασθενή για να του προσφέρει αυτό το κάτι παραπάνω στη ψυχολογική φροντίδα που ο νοσηλευτής δεν μπορεί ή/και δεν θέλει να προσφέρει. Πολλές φορές η προσπάθεια του νοσηλευτή να παράσχει την φυσική και τεχνική φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής μπαίνει σε προτεραιότητα από την ψυχολογική υποστήριξη, τόσο του ασθενή, όσο και του συγγενή. Οπότε το γεγονός ότι ο συγγενής γνωρίζει αρκετό καιρό τον ασθενή, έχει κοινό παρελθόν αλλά κυρίως γνωρίζει το ψυχολογικό του υπόβαθρο, ο συγγενής αυτός μπορεί να βοηθήσει πολύ στην ψυχολογική ανάταση του ασθενή αλλά και στον καθησυχασμό του. Αυτός είναι που θα προσφέρει την ποιοτική διαφορά στον ασθενή. Αν όμως το ψυχολογικό βάρος της εισαγωγής του ασθενή ή αν η πίεση της υποστήριξης είναι μεγαλύτερη απ' αυτήν που μπορεί να αντέξει το συγγενικό πρόσωπο, τα αποτελέσματα θα είναι αρνητικά.

Το ερωτηματολόγιο του CCFNI έχει αναλυθεί και στις προαναφερθείσες μελέτες (Auerbach, 2005, Lucchese, 2008), καθώς και σε πολλές άλλες μελέτες που έγιναν σε Η.Π.Α. και Ηνωμένο Βασίλειο. Η μεθοδολογία του ερωτηματολογίου όμως στηρίζεται κυρίως στην ποσότητα. Δηλαδή αφού γίνουν απαντηθούν οι ερωτήσεις με αριθμούς, όπου αριθμοί το ένα (1) είναι το Όχι Σημαντικό και το τέσσερα (4) το Πολύ Σημαντικό, σε βαθμό ικανοποίησης βγαίνει ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων. Ουδέποτε όμως οι συγγενείς των ασθενών ερωτήθηκαν εις βάθος για την προσωπική τους εμπειρία του να έχεις συγγενή σε μια Μ.Ε.Θ. και να μεταφέρουν τι δική τους

διάσταση των γεγονότων, διάσταση η οποία δεν μπορεί να μεταφραστεί σε αριθμούς. Διερευνήσεις χρησιμοποιώντας ποιοτική μέθοδο έγιναν πρόσφατα οι οποίες και αυτές με τη σειρά τους σε κάποιους τομείς επαλήθευσαν τα αποτελέσματα του CCFNI αλλά σε άλλους τομείς έδειξαν ότι η ποιοτική μέθοδος προσφέρει επιπλέον μια διαφορετική διάσταση στην μέτρηση των αναγκών των συγγενών.

Αν και από το ερωτηματολόγιο CCFNI η παραχώρηση άδειας στο συγγενή να βλέπει τον ασθενή όσο συχνά θέλει συμπεριλαμβάνεται μέσα στα δέκα (10) πιο σημαντικές ανάγκες δεν φαίνεται η πραγματική διάσταση του γεγονότος που είναι ότι οι συγγενείς (είτε εκ περιτροπής, είτε και κάποιοι συνέχεια) είναι διατεθειμένοι να παραμείνουν στο πλευρό του συγγενή τους για πάρα πολλές ώρες, κάποιες φορές και συνέχεια μέχρι την εξαγωγή του από τη Μ.Ε.Θ. ή τουλάχιστον μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενή. Ακόμα και κατά τη διάρκεια θεραπείας προτιμούν να είναι κοντά στον άρρωστο συγγενή τους παρά να φύγουν γιατί έχουν το συναίσθημα της ευθύνης και θα νιώθουν ένοχοι αν γίνει κάτι και δεν είναι κοντά. Επίσης όταν η κατάσταση του ασθενή σταθεροποιηθεί και φύγουν από το πλευρό του ασθενή είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς να γνωρίζουν ότι υπάρχει κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό ο οποίος θα τους ενημερώσει άμεσα για οτιδήποτε γίνει στο σπίτι οποιαδήποτε ώρα. Η ύπαρξη τέτοιου προσώπου στο ερωτηματολόγιο CCFNI ήταν 4^ο σε σειρά προτεραιότητας.

Η ελπίδα για ανάρρωση ή έστω για ένα αξιοπρεπή και ανώδυνο θάνατο αν και σχετικά ψηλά στο ερωτηματολόγιο CCFNI ήταν ουσιώδες στοιχείο για τους συγγενείς. Ένα ψηλό ποσοστό, σχεδόν το μισό, δε γνώριζε τις πιθανότητες ανάρρωσης του συγγενή τους και η ελπίδα για ανάρρωση παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του άγχους και της έντασης. Μόνο και η ελάχιστη αναφορά για βελτίωση της κατάστασης του ασθενή αναπτέρωνε τις ελπίδες και αναζωπύρωνε την επαγρύπνηση στο πλευρό του ασθενή. Αυτή η ανθρώπινη πλευρά δε φαίνεται από το ερωτηματολόγιο. Όπως και δε φαίνεται το ότι κατά τις πρώτες μέρες, που η επιβίωση του ασθενή κρέμεται από μια λεπτή κλωστή, σχεδόν όλες οι ανθρώπινες και βασικές ανάγκες των συγγενών, όπως φαγητό, ύπνος, καθαριότητα, παραμερίζονται και πλέον γι' αυτούς προέχει μόνο η βελτίωση της υγείας του συγγενή τους. Μόνο έτσι όμως μπορεί να εξηγηθεί το φαινόμενο που παρουσιάζεται, οι προσωπικές και οικογενειακές ανάγκες να μην είναι τόσο σημαντικές στην αξιολόγηση του ερωτηματολογίου. Ο συγγενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας θέλει να έχει την αίσθηση ότι συνεισφέρει, άσχετα αν αυτό που κάνει είναι τελείως ανούσιο. Αυτή η

επιθυμία δεν φαίνεται στο ερωτηματολόγιο, διαπιστώνεται όμως από το γεγονός που συγγενείς που ήταν μαζί με το συγγενικό τους άτομο του μιλούσαν, ασχέτως με τα ανταποκρινόταν, του κρατούσαν το χέρι και ας ήξεραν ότι αυτό ουσιαστικά δεν έκανε τίποτα ουσιώδες. Απλώς ήθελαν να νιώθουν ότι προσφέρουν, έστω και αυτό το μικρό. Κάποιες φορές όμως αυτά τα μικρά έφερναν μια άλλη διάσταση στη διαδικασία της φροντίδας. Μπορούσαν με τον τρόπο τους να καθησυχάσουν τους ασθενείς όταν ήταν ανήσυχοι ή ευερέθιστοι γιατί μπορούσαν να βάλουν ένα προσωπικό τόνο στην επικοινωνία, τόνο ο οποίος ήταν γνώριμος στον ασθενή.

Κατά την εισαγωγή του ασθενή το άγχος και απόγνωση είναι πάρα πολύ έντονα. Μέχρι οι συγγενείς να λάβουν τις πρώτες πληροφορίες είτε από τους γιατρούς είτε μετά από πιεστικές ερωτήσεις επηρεάζει άμεσα τους συγγενείς. Μόλις οι συγγενείς ενημερώνονταν για την κατάσταση παρουσίαζαν μειωμένα επίπεδα άγχους, ήταν πιο άνετοι με το συμβάν και η συζήτηση μαζί τους είχε καλύτερη συνοχή. Αυτό φαίνεται και από το ερωτηματολόγιο CCFNI στο οποίο η ανάγκη για πληροφορίες είναι και αυτό μέσα στις δέκα πιο σημαντικές ανάγκες. Επίσης η ανάγκη οι απαντήσεις να είναι ειλικρινείς αναδείχτηκε ως η πιο σημαντική του ερωτηματολογίου. Και ενώ η ανάγκη για ειλικρινείς πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή θεωρούνταν τόσο σημαντικές, δε μπορούσε να κατανοηθεί γιατί δεν ήταν σημαντικό η επεξήγηση του περιβάλλοντος της θεραπείας για τους συγγενείς. Την απάντησαν την έδωσαν αυτοί που έλαβαν μέρος στη διαδικασία με τη συμμετοχή τους στη συνέντευξη, λέγοντας ότι εκείνη την ώρα τους ήταν τελείως αδιάφορο γιατί προείχε ο συγγενής τους.

Κάτι άλλο που παρουσιάστηκε ανάμεσα στα άτομα που συμμετείχαν στη συνέντευξη ήταν ότι παρουσίασαν την ανάγκη, από τη μια να προστατεύσουν τους δικούς τους από την επιπλέον συναισθηματική φόρτιση δηλαδή δεν ανοίγονταν συναισθηματικά σε αυτούς, δεν έκλαιγαν μπροστά τους ή δεν μετέφεραν άλλα γεγονότα τα οποία θα στεναχωρήσουν ένα άλλο συγγενή τους και από την άλλη ήθελαν να προστατέψουν το άτομο που είχε μεγαλύτερη επιβάρυνση στο θέμα της φροντίδας του ασθενή, φροντίζοντας τον περισσότερο, ρωτώντας τον αν είχε φάει και άλλα διάφορα. Δηλαδή υπήρχε μια τάση να προστατέψουν και να προστατευτούν. Κάτι ανάλογο γινόταν κυρίως από γονείς οι οποίοι προσπαθούσαν να μην δώσουν πολλές άσχημες πληροφορίες στα μικρά τους παιδιά, προσπαθώντας να διατηρήσουν μια φυσική συνέχιση των καθημερινών συμβάντων που έχει μια οικογένεια. Επίσης, αφού ξεπερνούσαν αυτοί το αρχικό σοκ, προσπαθούσαν να προετοιμάσουν αυτούς που θα έρχονταν όσο το δυνατό καλύτερα. Πάνω όμως απ' όλους και τα πάντα ήταν η

ανάγκη να προστατευθεί το άρρωστο συγγενικό πρόσωπο. Και γι' αυτό η κύρια τους έννοια που σ' αυτή διοχέτευαν το μεγαλύτερο ποσοστό της ενέργειας τους ήταν να φροντίσουν τον ασθενή και να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια του κάνοντας πάλι ασήμαντα αλλά για αυτούς σημαντικά, όπως να σκουπίσουν τα σάλια του ασθενή, να τον ξυρίσουν ή να του πλύνουν τα πόδια.

Σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο των Ηνωμένων Πολιτειών το οποίο είχε Μ.Ε.Θ. έγινε μια συνδυασμένη μελέτη (Kleinpell, Powers, 1992) στην οποία εκτός από τους συγγενείς που ερωτήθηκαν βάση του ερωτηματολογίου CCFNI, ερωτήθηκε και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Ε.Θ. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστούν οι ανάγκες των συγγενών των ασθενών που ήταν στη Μ.Ε.Θ., να βρεθεί σε πιο βαθμό ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες αυτές και μετά οι απαντήσεις των συγγενών να συγκριθούν με τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού δηλαδή κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό εντόπισε τις ανάγκες των συγγενών και σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές πίστευαν ότι τις ικανοποίησαν.

Η νοσοκομειακή Μ.Ε.Θ. αποτελείτο από τέσσερα τμήματα: ιατρικό, καρδιολογικό, στεφανιαία και χειρουργικό και οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν από τις 13:00 μέχρι τις 20:00 για δέκα (10) λεπτά ανά μια ώρα. Για να αλλάξει κάτι στο ωράριο επισκέψεων έπρεπε να μεσολαβήσει κάποιο σημαντικό γεγονός.

Οι συγγενείς που ερωτήθηκαν, εξήντα τέσσερις (64) στο σύνολο ήταν κυρίως σύζυγοι, ενήλικα παιδιά και στενού βαθμού συγγενείς και οι οποίοι είχαν περάσει πάνω από 24 ώρες στη Μ.Ε.Θ. μαζί με το συγγενή τους. Επίσης έπρεπε να είχαν συμπληρώσει το δέκατο όγδοο (18) έτος ηλικίας και να μιλούσαν Αγγλικά. Από αυτούς τα δύο τρίτα είχαν επισκεφτεί και κάποιο άλλο ξανά σε Μ.Ε.Θ. και οι μισοί από αυτός ανέφεραν ότι η εισαγωγή του συγγενικού τους προσώπου ήταν αναμενόμενη.

Γενικά, το νοσηλευτικό προσωπικό και ακόμα πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες νοσηλεύτριες, αναγνωρίζονται ως οι κύριοι δότες φροντίδας και πληροφοριών προς του συγγενείς. Για αυτό το λόγο στη συγκεκριμένη μελέτη ζητήθηκε από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό να απαντήσει σε εθελοντική βάση ένα σχεδόν ίδιο ερωτηματολόγιο με το CCFNI με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν σε θέση να αντιληφθεί τις ανάγκες των συγγενών που είχαν ασθενή στη Μ.Ε.Θ. και να αναφέρουν σε ποιο βαθμό πίστευαν ότι ικανοποιούνταν οι ανάγκες των συγγενών που νοσηλεύονταν στη Μ.Ε.Θ. ούτως ώστε μετά να γίνει μια σύγκριση με τις απαντήσεις των συγγενών και να εξαχθούν τα συμπεράσματα. Από το σύνολο

των ενενήντα (90) νοσηλευτών έδωσαν πίσω το ερωτηματολόγιο οι πενήντα οκτώ (58) και από αυτούς μόνο δύο (2) ήταν άνδρες.

Τα αποτελέσματα των απαντήσεων έδειξαν ότι σε γενικές γραμμές και συγγενείς και νοσηλευτικό προσωπικό αναγνώρισαν κάποιες ανάγκες εξίσου σημαντικές. Αυτές ήταν: 1. Οι πληροφορίες που δίνονταν στους συγγενείς να είναι ειλικρινείς, 2. Το να πάρει κάποιος τηλέφωνο σπίτι και να ενημερώσει για τυχών αλλαγή στην υγεία του ασθενή, 3. Να ενημερώνονται για τυχών προγνώσεις που αφορούν την υγεία του ασθενή, 4. Να γνωρίζουν τι ακριβώς γίνεται στον ασθενή και για πιο λόγο, 5. Να υπάρχει η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής τυγχάνει της καλύτερης δυνατής φροντίδας, 6. Να νιώθουν (οι συγγενείς) ότι υπάρχει ελπίδα και τέλος 7. Να τους γίνεται τουλάχιστον μια φορά την ημέρα ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

Από την άλλη οι συγγενείς επέδειξαν κάποιες ανάγκες στις οποίες το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έδινε τόση βαρύτητα. Συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό υποτιμούσε την ικανότητα και νοημοσύνη των συγγενών έτσι μερικές φορές δεν εξηγούσαν στους συγγενείς ποίος νοσηλευτής ή γιατρός μπορούσε να δώσει επεξηγήσεις σε συγκεκριμένα θέματα, ή το νοσηλευτικό προσωπικό απέφευγε να αναφερθεί σε λεπτομέρειες γιατί πίστευε ότι δεν θα καταλάβαινε ή θα σύγχυζε το συγγενή. Υποτίμησαν επίσης την ποσότητα των πληροφοριών που οι συγγενείς είχαν ανάγκη να ακούσουν για αυτό δεν μοιράζονταν όλες τις πληροφορίες με τους συγγενείς. Επίσης δεν υπήρχε κάποιος νοσηλευτής στον οποίο οι συγγενείς θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν στο νοσοκομείο όταν αυτοί ήταν στο σπίτι ή δεν μπορούσαν να επισκεφτούν το νοσοκομείο. Επίσης στην μελέτη φάνηκαν και κάποιες ανάγκες οι οποίες ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό πίστευε ότι είχε ικανοποιήσει, οι συγγενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι. Συγκεκριμένα οι συγγενείς θα ήθελαν κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό να τους έδινε κάποιες συμβουλές για το τι θα έπρεπε να κάνουν όταν θα ήταν δίπλα από τον ασθενή, δηλαδή τι θα μπορούσαν να κάνουν για να βοηθήσουν ή να βελτιώσουν την κατάσταση του συγγενικού τους προσώπου. Επίσης οι συγγενείς θα ήθελαν να έχουν μαζί τους ένα συγγενικό ή ακόμα και φιλικό τους πρόσωπο την ώρα που θα εισέρχονταν στη Μ.Ε.Θ. για να μπορέσει αυτό το άτομο να συμπαρασταθεί, να στηρίξει, να δώσει κουράγιο στο συγγενή. Δυστυχώς το νοσηλευτικό προσωπικό δεν μπόρεσε να αντιληφθεί την αξία αυτών των αναγκών όπως και την αξία της προσφοράς ενός άλλου φιλικού ή συγγενικού προσώπου προς τον συγγενή. Επίσης οι ώρες του επισκεπτηρίου και για τα τέσσερα τμήματα της

Μ.Ε.Θ. ήταν σχεδόν απαγορευτικά για όσους συγγενείς ήθελαν να επισκεφθούν τον ασθενή αλλά λόγω υποχρεώσεων ή απόστασης είχαν λίγη ώρα και αυτή τους αποθάρρυνε να επισκεφθούν το συγγενικό τους άτομο. Αυτό όμως ταυτόχρονα στερούσε από τους στενούς συγγενείς το ψυχολογικό στήριγμα αλλά και τη σωματική βοήθεια που χρειάζονταν για να συνεχίσουν να στηρίζουν και αυτοί τον ασθενή.

Στην ίδια μελέτη αν και σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες συγγενείς συμφώνησαν ότι οι πληροφορίες σχετικά με το συγγενικό τους πρόσωπο ήταν πολύ πιο σημαντικά από τις δικές τους σωματικές ή ψυχολογικές ανάγκες. Παρόλα αυτά όμως και ενώ στο ερωτηματολόγιο CCFNI στην ερώτηση κατά πόσο θα ήθελαν τα έπιπλα στη αίθουσα αναμονής να ήταν πιο αναπαυτικά αυτή ήταν στις πέντε λιγότερο σημαντικές όταν ρωτήθηκαν σε πιο βαθμό ήταν ικανοποιημένοι από την αίθουσα αναμονής έδειξε ότι αυτή η ανάγκη ήταν μια από τις λιγότερο ικανοποιηθείσες.

Κάτι άλλο ενδιαφέρον που έδειξε η έρευνα σε ότι αφορά τη διαφορετικότητα στην αντίληψη καταστάσεων μεταξύ συγγενών και νοσηλευτικού προσωπικού ήταν στο θέμα του πόσο ικανοποιημένοι έμεναν οι συγγενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα οι συγγενείς από τις απαντήσεις τους έδειξαν ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο φροντίδας που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό στο συγγενικό τους πρόσωπο. Από την άλλη μεριά όμως το νοσηλευτικό προσωπικό όταν ερωτήθηκε πόσο ικανοποιημένοι πίστευαν ότι έμειναν οι συγγενείς από τη φροντίδα που πρόσφεραν στον ασθενή έδειξαν μια υποτίμηση προς το πρόσωπο τους βαθμολογώντας πιο χαμηλά τους εαυτούς τους απ' ότι οι συγγενείς δείχνοντας έτσι την εν μέρει μη αντίληψη του πόσο μπορούν να επηρεάσουν θετικά αλλά και αρνητικά με κάποιες ενέργειες τους συγγενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τη συστηματική ανασκόπηση των μελετών εξήχθηκαν ορισμένα συμπεράσματα. Σε όλες τις μελέτες κάποια από τα συμπεράσματα ήταν σχεδόν ίδια. Κάποιες όμως από τις μελέτες είχαν μια πιο διαφορετική προσέγγιση που δεν έμοιαζε καθόλου με τη στεγνή και απρόσωπη μετάφραση αριθμών και απαντήσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι μελέτες αυτές να δείξουν ανάγκες οι οποίες δεν φαίνονται μέσα από τα ερωτηματολόγια αλλά εκπονούνταν μέσω ποιοτικής ανάλυσης (Burr, 1998) των απαντήσεων αλλά και της ανάλυσης των συναισθημάτων των συγγενών που έχουν ασθενή σε μια Μ.Ε.Θ.

1. Πληροφορίες:

Η ανάγκη για πληροφορίες βρέθηκε σε όλες τις μελέτες (Kleinpell, Powers, 1992, Kynoch, 2010). Οι συγγενείς αμέσως μόλις εισαχθεί ένας συγγενικό τους άτομο στη Μ.Ε.Θ. θέλουν πληροφορίες (Azoulay, et al., 2001, Auerbach, et al., 2005, Lucchese, et al., 2008, Burr, 1998, Siddiqui, et al., 2010). Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει την κατάσταση του ασθενούς και οι απαντήσεις που θα δίνει να είναι αληθινές και σαφείς. Οι σωστές πληροφορίες θα βοηθήσουν τους συγγενείς να πάρουν ορθές αποφάσεις σε θέματα που αφορούν την υγεία του ασθενούς αν κληθούν να πάρουν μια απόφαση για την υγεία του συγγενή τους. Πρέπει επίσης, να υπάρξει μια προσπάθεια από τη Μ.Ε.Θ. ούτως ώστε ο γιατρός που θα ασχολείται με τους συγγενείς να είναι πάντα ο ίδιος, για να αποφευχθεί το γεγονός κάποιος άλλος γιατρός να δώσει διαφορετικές πληροφορίες στους συγγενείς.

2. Νοσηλευτικό προσωπικό:

Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών. Το πρώτο πράγμα που επηρεάζει τους συγγενείς είναι η ευγένεια και το πόσο φιλικό είναι γιατροί και νοσηλευτές με τους συγγενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να προσπαθεί να έχει πιο διαπροσωπικές σχέσεις με τους συγγενείς. Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ως

προς τους ασθενείς έπαιξε σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης των συγγενών. Ελλιπής στελέχωση ≤ 3 (τρεις νοσηλευτές για κάθε ασθενή) αντιμετωπιζόταν με δυσφορία από τους συγγενείς.

Τέλος οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν τους συγγενείς να ζητούν βοήθεια για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν των δυσκολιών που θα αντιμετωπίσουν (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2098). Πρέπει να κάνουν τους συγγενείς να καταλάβουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται εκεί για να τους βοηθήσει και αυτούς, όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και ότι μπορούν ανά πάσα ώρα να ανοιχτούν σε αυτούς, να τους εκφράσουν τους φόβους, ανησυχίες που μπορεί να έχουν αλλά και οποιεσδήποτε απορίες.

3. Ωράρια επισκέψεων:

Το ωράριο επισκέψεων της Μ.Ε.Θ. έπαιξε σημαντικότερο ρόλο στο πόσο οι ανάγκες των συγγενών ικανοποιούνταν (Azoulay, 2001, Kynoch, 2010, Wilkinson, 1995). Οι συγγενείς ήθελαν το ωράριο να είναι ελεύθερο για να μπορούν να επισκέπτονται τον ασθενή συγγενή τους όποτε μπορούσαν. Κάποιοι συγγενείς ήθελαν να βρίσκονται κοντά για να του συμπαρασταθούν και κάποιοι άλλοι ήθελαν να βρίσκονται εκεί για να προσφέρουν στήριξη, πνευματική αλλά και υλική στους υπόλοιπους συγγενείς ή στο άτομο το οποίο ξενυχτούσε στο πλευρό του ασθενή. Το περιορισμένο ωράριο επισκέψεων επιδρούσε αρνητικά στους συγγενείς διότι κάποιοι δεν προλάβαιναν το επισκεπτήριο λόγο δουλειάς, για κάποιους η απόσταση διαμονής από τη Μ.Ε.Θ. έκανε την επίσκεψη απαγορευτική αλλά κυρίως κάποιοι συγγενείς ενώ ήθελαν να παραμείνουν περισσότερη ώρα υποχρεώνονταν να φύγουν.

4. Ομάδες στήριξης συγγενών:

Επίσης, η δημιουργία ομάδων αλληλοβοήθειας, δηλαδή η συγκέντρωση ατόμων που έχουν ίδια ή παραπλήσια προβλήματα και δια μέσου αυτών των ομάδων να γίνεται μια προσπάθεια για καλύτερη διαφώτιση και στήριξη αυτών των ανθρώπων μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Αυτές οι ομάδες με την καθοδήγηση ειδικά εκπαιδευμένων ψυχολόγων μπορούν να βοηθήσουν τις ομάδες να καταπολεμήσουν το στρες που βιώνουν καθώς εκεί θα συζητούνται προσωπικές

εμπειρίες και βιώματα, προβλήματα με τη συμπεριφορά των συγγενών ασθενών τους, απορίες που μπορεί να έχουν για τη φροντίδα του αγαπημένου τους προσώπου κ.ά (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2098).

5. Κατάλληλοι Χώροι:

Ένα ακόμη συμπέρασμα που εξήχθηκε από τις μελέτες είναι η ανάγκη ύπαρξης μιας αίθουσας κατάλληλης για τους συγγενείς οι οποίοι παραμένουν αρκετές ώρες στο πλευρό των άρρωστων συγγενών τους (Auerbach, 2005, McKiernana, McCarthy, 2010). Οπότε τα νοσοκομεία πρέπει να φροντίσουν να έχουν μια αίθουσα κατάλληλα εξοπλισμένη για τους συγγενείς οι οποίοι θα περνούν πολλές ώρες, κάποιιοι και μέρες στο πλευρό του ασθενούς συγγενή τους.

6. Οικογενειακός γιατρός:

Από τις μελέτες επίσης, προέκυψε το αποτέλεσμα ότι οι συγγενείς θα ήθελαν τον δικό τους οικογενειακό γιατρό να συμμετάσχει ενεργά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενικού τους προσώπου στη Μ.Ε.Θ. Ο γιατρός αυτός με την εμπειρία του γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες της οικογένειας, τη δομή της, την ισορροπία των σχέσεων στο εσωτερικό της οικογένειας και τέλος, λόγω της οικειότητας του με τους συγγενείς και της ιδιότητας του ως ιατρός θα μπορεί να γεφυρώσει τα δύο μέρη (οικογένεια – θεράπων ιατρός) και θα μπορεί να μεταφέρει από και προς αυτά τα μέρη ερωτήσεις, πληροφορίες οι οποίες μπορεί να μην γίνονταν ή να χάνονταν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρούτσος, Γ., Γιαννάκης, Γ., Μιχαηλίδης Α. (1985). *"Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ"*. Ινστιτούτο Ιστορίας Ιατρικής, Ιατρική Σχολή της Λυών, Γαλλία, τόμ.3.
www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Nicosia_Old_General_Hospital (2011).

- Auerbach, S.M., PhD, Kiesler, D.J., Wartella, J., MS, Rausch, S., Ward, K.R., Ivatury, R. (2005). «*Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonal Perceptions of the Healthcare Team, and Emotional Distress in Patients' Family Members During Critical Care Hospitalization*». AJCC – American Journal of Critical Care.

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/3/202.full>

- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Schlemmer, B. et al. (2001). «*Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families*». AJRCCM – American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/163/1/135>

- Bryant, R.A, Moulds, M.L, Guthrie, R.M. (2000). *Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder*. Psychol Assess. 12:61–68. [Medline].
- Burr, G. (1998). «*Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study*». Pub-Med – U.S. National Library of Medicine.

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9849242>

- Derogatis, L.R, Savitz, K.I. (2000). *The SCL-90 and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care*. In: Maruish ME, ed. Handbook of Psychological Assessment in Primary Care. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 297–334.

- European Society of Intensive Care Medicine (1997).

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.esicm.org/Data/upload/PDF/08-library/0A-guidelines-recommendations/icu/esicmtaskfor.pdf>

- Family Theory & Types of Families - Nuclear Familie (1995).

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://family.jrank.org/pages/1222/Nuclear-Families.html>

- Gholamzadeh, S., Akbari, H.S. (2010). «*Exploration of the needs and experiences of family members of a patient being admitted to a neurosurgery intensive care unit in Shiraz, Iran*». *Critical Care*, 14(Suppl 1):P599

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8831.pdf>

- Heijboer, L., Van der Klink, J., Hofhuis, J., Hovingh, A., Rommes, J., Westerman, M., Spronk, P. (2010). «*Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit*». *Critical Care*, 14(Suppl 1):P598

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8831.pdf>

- Kiesler, D.J. (1987). *Research Manual for the Impact Message Inventory*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D.J. (2001). *Empirical Studies That Used the Impact Message Inventory: An Annotated Bibliography*. Richmond, Va: Department of Psychology, Virginia Commonwealth University.
- Kleinpell, R.M., Powers, M. (1992). «*Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients*» From «*Nursing Services, Research and Support*». W.B. Saunders Company Rush Presbyterian St Luke's Medical Center, Chicago.
- Kosco, M, Warren, N.A. (2000). *Critical care nurses' perceptions of family needs as met*. *Crit Care Nurs Q*. 23:60–72. [Medline].
- Kynoch, K. (2010). «*The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: A systematic review*».

- Lucchese, A.C., Citero, V.A., Marco, M.A., Andreoli, S.B., Martins, L.A.N. (2008). «*The needs of members of the families of general hospital inpatients*». SCIELO - The Scientific Electronic Library Online of Brazilian scientific journals. Sao Paulo Medical Journal vol.126 no.2 São Paulo.

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000200013&lng=en&nrm=iso

- Μπαλτόπουλου, Γ.Ι. (2008). Διάλεξη: «*Οργάνωση, στελέχωση & Λειτουργία Μ.Ε.Θ.* ». ICU Topics - Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Παν/μίου Αθηνών.

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.icutopics.gr/docs/ICULECTURES2008-2009>

- Malinowski, B. (1913). *The Family Among the Australian Aborigines*. London: University of London Press.
- Marcia, S. (2009). «*Community and Public Health Nursing*» «*Κοινωνική Νοσηλευτική*». Επιμέλεια: Γκεσούλη-Βολτιράκη Ε., Νούλα, Μ. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ. 431, 425-427, 443-444, 455, 767-778.
- McKiernana, M., McCarthy, (2010). «*Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study*».

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(10\)00056-X/full](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(10)00056-X/full)

- Nielsen AH, Kancir CB. (2010). «*Patient's contact person in the intensive care unit: is it really important?*». Critical Care, 14(Suppl 1):P595

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8831.pdf>

- SCCM – Society of Critical Care Medicine (copyright 2001-2011).

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx

- Scheier, M.F, Carver, C.S, Bridges, M.W. (1994). *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test*. J Pers Soc Psychol. 67: 1063–1078. [Medline].
- Schmidt, J.A, Wagner, C.C, Kiesler, D.J. (1999). *Psychometric and circumplex properties of the octant scale Impact Message Inventory (IMI-C): a structural evaluation*. J Couns Psychol. 46:325–334.
- Siddiqui, S., Scott, C., Bryden, D. (2010). «*Evaluating the quality of communication with patients' relatives in critical care*». Critical Care, 14 (Suppl 1):P596

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ccforum.com/content/pdf/cc8831.pdf>

- Stone, L. (1977). *The Family, Sex, and Marriage in England, 1500–1800*. New York: Harper & Row.
- Warren, N.A. (1993). *Perceived needs of the family members in the critical care waiting room*. Crit Care Nurs Q. 16:56–63. [Medline].
- Warren, N.A. (1994). *The phenomena of nurses' caring behaviors as perceived by the critical care family*. Crit Care Nurs Q. 17:67–72. [Medline].
- Wilkinson, P. (1995). «*A qualitative study to establish self perceive needs of family members of patients in a General Intensive Care Unit*

Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(95\)82018-3/full](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(95)82018-3/full)

- http://www.medlook.net/article.asp?item_id=937 «Ποια είναι η τέλεια οικογένεια;». Ημέρα Πρόσβασης 09/02/2003.
- http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2230 «Ασθενείς στο τέλος της ζωής τους: Η επικοινωνία της οικογένειας με τους γιατρούς». Ημέρα Πρόσβασης 05/02/2007.

- http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2098 «Ποιος φροντίζει αυτούς που φροντίζουν τους άρρωστους συγγενείς τους;». Ημέρα Πρόσβασης 20/01/2010.