



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της συσχέτισης του μετατραυματικού στρες
συγγενών βαρέως πασχόντων ασθενών και του βαθμού
ικανοποίησης τους από την παροχή φροντίδας των
νοσηλευόμενων της μονάδας εντατικής θεραπείας**

Κατσιαμπούρα Γεωργία- Φωτεινή

Νοσηλεύτρια Τ.Ε, MSc

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πανταζόπουλος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής -
Πνευμονολογίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Ζαρογιάννης Σωτήρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Σαλούστρος Εμμανουήλ, Επίκουρος Καθηγητής Ογκολογίας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2024

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Investigating the association of post -traumatic stress of
congenital severe patients and their degree of satisfaction
with the care of the intensive care unit of the intensive care
unit**

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	15
<i>1.1 Ο ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ</i>	<i>15</i>
<i>1.2 ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ</i>	<i>17</i>
<i>1.3 ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΚΑΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ...</i>	<i>19</i>
<i>1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ</i>	<i>21</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ-PTSD (POST- TRAUMATIC STRESS DISORDER)	24
<i>2.1 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ PTSD</i>	<i>24</i>
<i>2.2 Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ PTSD</i>	<i>25</i>
<i>2.2.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΤΗΣ ΜΕΘ</i>	<i>27</i>
<i>2.2.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ</i>	<i>29</i>
<i>2.3 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ HARVARD ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ (Harvard Trauma Questionnaire- HTQ)</i>	<i>31</i>
<i>ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ</i>	<i>31</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	35
<i>3.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ...</i>	<i>35</i>
<i>3.2 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>37</i>
<i>3.3 ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΕΣ ΤΟΥΣ</i>	<i>38</i>

3.4 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ	40
3.5 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΚΑΙ Η ΚΛΙΜΑΚΑ FS-ICU	42
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	44
4.1 ΣΚΟΠΟΣ	44
4.2 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	44
4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	44
4.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	45
4.5 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	46
4.6 ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	47
4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
5.1 ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	49
5.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ (HARVARD)	53
5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ (FS-ICU24)	57
5.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	67
5.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	70
5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΥΤΗΣΗ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	105

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III.....	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV	116

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω βαθύτατα τον επιβλέποντα καθηγητή Κο. Πανταζόπουλο Ιωάννη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στην ανάληψη της παρούσας διπλωματικής, την επιστημονική του καθοδήγηση και τη συνεχή του υποστήριξη, μέσα σε ένα κλίμα ενθάρρυνσης και ευχάριστης συνεργασίας, που μου παρείχε από την αρχή της εκπόνησης έως την ολοκλήρωση της μελέτης.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής Κο. Ζαρογιάννη Σωτήρη και Κο. Σαλούστρο Εμμανουήλ.

Τις ευχαριστίες μου καθώς και την ευγνωμοσύνη μου αποδίδω στους καθηγητές όλων των εξαμήνων, για το πολύτιμο διδακτικό τους έργο κατά την διάρκεια της φοίτησής μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συμμετέχοντες στην διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Οφείλω να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου και τα παιδιά μου, για την άμετρη συμπαράσταση και κατανόηση που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου που, αν και επλήγησαν σφοδρά από την καταστροφική πλημμύρα DANIEL, αμείωτα και αγόγγυστα προσφέρουν απλόχερα την βοήθειά τους, είναι δίπλα μου και στηρίζουν τις επιλογές μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Όταν ένα μέλος της οικογένειας εισάγεται στη ΜΕΘ, όλο το οικογενειακό σύστημα επηρεάζεται και τα μέλη της βιώνουν ψυχολογική επιβάρυνση. Ως εκ τούτου, η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στις ψυχικές διαταραχές, και συγκεκριμένα στο μετατραυματικό στρες, είναι ζωτικής σημασίας. Έχει γίνει αντιληπτό ότι η φροντίδα του ασθενούς με τρόπο που να ανταποκρίνεται και στις ανάγκες της οικογένειάς του, καθώς και η βελτίωση της ικανοποίησης από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την επικοινωνία, βοηθά στη μείωση των επώδυνων πτυχών της εμπειρίας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης της οικογένειας από την παροχή φροντίδας των ασθενών στη ΜΕΘ καθώς και η διερεύνηση της συσχέτισής της, με την ύπαρξη του συνδρόμου μετατραυματικού στρες στο οικογενειακό περιβάλλον.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 78 συγγενείς ασθενών νοσηλευομένων στις ΜΕΘ του ΓΝΑ 'Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ'. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με χρήση δύο ερωτηματολογίων: 1. Η κλίμακα FS-ICU-24 για την αξιολόγηση της ικανοποίησης της οικογένειας του ασθενούς κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΘ. Επίσης, έγινε και η καταγραφή κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, 2. Η κλίμακα HTQ για την εκτίμηση υποψίας μετατραυματικού στρες. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο $p < 0,05$ και η ανάλυση διεξήχθη με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Οι συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών εμφάνισαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε ποσοστό 17,9%, με το αίσθημα εξάντλησης και τις διαταραχές ύπνου να κυριαρχούν. Σε ότι αφορά την ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, από την παροχή φροντίδας στους ασθενείς στη ΜΕΘ και τη λήψη των αποφάσεων των συγγενών τους, αυτή κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Απόλυτα ικανοποίηση δήλωσε το 75,4% του δείγματος, για τις δεξιότητες και τις ικανότητες των νοσηλευτών. Δεν προέκυψε σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και της εμφάνισης συμπτωμάτων του PTSD, της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά ούτε και από τη

συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Αντίθετα βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των συγγενών, σχετίζεται με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες που τα άτομα αυτά εμφανίζουν.

Συμπεράσματα: Οι συγγενείς των βαρέων πασχόντων ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες. Επομένως, πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές για την αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου, καθώς και να ενισχυθούν οι δεξιότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για να αυξηθεί η ικανοποίηση των συγγενών από τη φροντίδα των ασθενών τους στη ΜΕΘ και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Λέξεις-Κλειδιά: Μετατραυματικό στρες, οικογένεια, ικανοποίηση, βαρέως πάσχοντες, ΜΕΘ.

ABSTRACT

Introduction: When a family member is admitted to the ICU, the entire family system is affected and its members experience psychological distress. Therefore, investigating the factors that contribute to mental disorders, particularly post-traumatic stress, is crucial. It has been recognized that caring for the patient in a way that also meets the family's needs, as well as improving satisfaction with the decision-making process and communication, helps reduce the painful aspects of the experience.

Objective: To assess the degree of family satisfaction with the care provided to patients in the ICU and to investigate its correlation with the presence of post-traumatic stress syndrome in the family environment.

Materials and Methods: The study sample consisted of 78 relatives of patients hospitalized in the ICUs of the General Hospital of Athens "Evangelismos." Data collection was performed using two questionnaires: 1. The FS-ICU-24 scale for assessing family satisfaction with the care provided to the patient during their ICU stay. Additionally, sociodemographic characteristics were recorded. 2. The HTQ scale for assessing suspected post-traumatic stress. Statistical significance was set at $p < 0.05$, and the analysis was conducted using the SPSS 26.0 statistical package.

Results: Relatives of hospitalized patients exhibited symptoms of post-traumatic stress at a rate of 17.9%, with feelings of exhaustion and sleep disturbances being predominant. Regarding the satisfaction of the family environment with the care provided to the patients in the ICU and the decision-making of their relatives, this was at satisfactory levels. A total of 75.4% of the sample expressed complete satisfaction with the skills and abilities of the nurses. No significant statistical correlation was found between the demographic characteristics of the respondents and the

occurrence of PTSD symptoms, satisfaction with the provided care, or participation in decision-making. On the contrary, it was found that family satisfaction is related to the symptoms of post-traumatic stress that these individuals exhibit.

Conclusions: Relatives of critically ill patients hospitalized in ICUs are at risk of developing post-traumatic stress. Therefore, strategies need to be developed to identify high-risk individuals and to enhance the skills of the medical and nursing staff to increase family satisfaction with patient care in the ICU and the decision-making process.

Keywords: Post-traumatic stress, family, satisfaction, critically ill, ICU.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τον αυξημένο αριθμό εισαγωγών και την αύξηση της βαρύτητας των περιστατικών που νοσηλεύονται τα τελευταία χρόνια στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ),^[1,2] οι συνεχιζόμενες ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα αυτό έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του αριθμού των ασθενών που επιβιώνουν και εξέρχονται από την μονάδα εντατικής θεραπείας.^[3,4]

Η κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενούς, η απροσδόκητη εισαγωγή του στη ΜΕΘ, καθώς και το ίδιο το περιβάλλον σε συνδυασμό με την εφαρμογή πολύπλοκων και εξειδικευμένων ιατρικών παρεμβάσεων, επηρεάζουν σωματικά, συναισθηματικά αλλά και ψυχολογικά τόσο τους νοσηλευόμενους όσο και το συγγενικό τους περιβάλλον.^[3, 5-6]

Συχνά οι οικογένειες των ασθενών αυτών, βιώνουν άγχος, κατάθλιψη, θλίψη, προβλήματα στον ύπνο και συμπτώματα μετατραυματικού στρες.^[7] Η επίδραση του μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών δεν έχει εξεταστεί εκτενώς, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν δεδομένα που υποδεικνύουν ότι οι επιπτώσεις του είναι διακριτές όχι μόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ, αλλά και για πολλά έτη μετά την ολοκλήρωσή της.^[8]

Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει μελέτες σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες των οικογενειών των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής τους^[9-11]. Ωστόσο, η παρουσία της οικογένειας είναι σημαντική για τους ασθενείς, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω εικονικής επαφής.^[12,13]

Βασικό καθήκον του προσωπικού της ΜΕΘ αποτελεί η παροχή φροντίδας και θεραπείας του ασθενούς, εντούτοις εξίσου σημαντική είναι και η υποστήριξη των μελών της οικογενείας όπου αποτελούν κύριο

συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και του υγειονομικού προσωπικού.[14,15]

Όταν ένα μέλος της οικογένειας εισάγεται στη ΜΕΘ, όλο το οικογενειακό σύστημα επηρεάζεται και τα μέλη της αντιμετωπίζουν έντονα συναισθήματα φόβου, απελπισίας, άγχους, απογοήτευσης, σωματικής και ψυχικής κόπωσης, καθώς και ενοχές.[16] Συνήθως, η ύπαρξη αδυναμίας επικοινωνίας των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ με τις ομάδες περίθαλψης, καθιστά τα μέλη της οικογένειας υπεύθυνα για την επικοινωνία.[17,18]

Η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας και σαφής ενημέρωσης, η μη ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και τη φροντίδα των ασθενών, καθώς και η απουσία εκπαίδευσης σχετικά με την ψυχολογική νοσηρότητα της επιβίωσης στη ΜΕΘ, αποτελούν προγνωστικό παράγοντα εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών και οδηγούν στην μειωμένη ικανοποίηση των συγγενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.[19-21]

Βάσει αυτών, ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των συγγενών με ασθενή σε ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός" από την παροχή φροντίδας του υγειονομικού προσωπικού καθώς και της πιθανή εμφάνισης συνδρόμου μετατραυματικού στρες στο οικογενειακό περιβάλλον που βιώνει μια τέτοια δύσκολη κατάσταση.

Η διπλωματική εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του υπό μελέτη θέματος και πιο συγκεκριμένα δομείται από τρία κεφάλαια με το πρώτο να αναφέρεται στις συνθήκες των ΜΕΘ και το ρόλο της οικογένειας, το δεύτερο ασχολείται με το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες των νοσηλευόμενων ασθενών και των συγγενών τους, καθώς επίσης

αποτυπώνει την κλίμακα για το τραύμα (Harvard) και το τρίτο κεφάλαιο του πρώτου μέρους αναφέρει με αναλυτικό τρόπο τα χαρακτηριστικά της ποιοτικής φροντίδας στις ΜΕΘ και τον τρόπο με τον οποίο επιδρά η ικανοποίηση στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζονται και τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης ποιοτικής φροντίδας στις ΜΕΘ.

Το δεύτερο μέρος της μελέτης, το ειδικό, συμπεριλαμβάνει τον σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα και οι προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.1 Ο ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ αποτελεί, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους, μία δυνητικά αγχωτική εμπειρία. Αρκετοί άνθρωποι συνδέουν το περιβάλλον της ΜΕΘ με μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή σε συνάρτηση με τον φόβο για το άγνωστο περιβάλλον. Έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος για τη νοσηλεία στην Εντατική μειώνεται όταν, αφενός οι ασθενείς και αφετέρου οι συγγενείς τους, κατέχουν βασικές πληροφορίες για το περιβάλλον της ΜΕΘ.^[16,19,22]

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αντιπροσωπεύει έναν εξειδικευμένο χώρο μέσα στο νοσοκομείο, όπου παρέχεται συνεχής παρακολούθηση, εντατική φροντίδα και θεραπεία σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Συνήθως αναφέρεται ως το "νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο", καθώς προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα για περιπτώσεις που απαιτούν άμεση και εξειδικευμένη προσοχή.^[23]

Η εντατική φροντίδα αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας. Παρέχεται από μια εξειδικευμένη, διεπαγγελματική ομάδα που αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιούς, μικροβιολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και πολλούς άλλους επαγγελματίες υγείας.^[24]

Στόχος της εντατικής θεραπείας είναι η αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντα και πολυσυστηματικού ασθενούς. Η διαρκής παρακολούθηση και θεραπεία από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό, σε συνδυασμό με υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό, παρέχουν τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και αποκατάστασης της υγείας του νοσηλευόμενου ασθενή από σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή του καταστάσεις.^[3]

Αν και τα περιστατικά που χρήζουν εντατικής θεραπείας στις μέρες μας είναι πολύ περισσότερα απ' ότι στο παρελθόν, εν τούτοις το ποσοστό

θησιμότητας των βαρέων πασχόντων ασθενών έχει μειωθεί λόγω τις επιστημονικής εξέλιξης και των τεχνολογικών μέσων που είναι διαθέσιμα στις ΜΕΘ. [3, 25]

Κατά την θεραπεία τους, οι ασθενείς εκτίθενται σε ποικιλία αρνητικών ερεθισμάτων όπως η αναπνοή μέσω ενδοτραχειακού σωλήνα και ειδικότερα η διαδικασία αποσύνδεσης τους από τον μηχανικό αερισμό, η καθήλωση, ο πόνος, οι εφιάλτες, οι παραισθήσεις, ο φόβος του θανάτου, καθώς επίσης η συνεχόμενη έκθεση σε θορύβους, ο έντονος φωτισμός και η διαφορετική αντίληψη του χρόνου. Συνεπώς, οι νοσηλευόμενοι, αντιλαμβάνονται την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ως ένα περιβάλλον εχθρικό και αγχογόνο.[25,26]

Οι επιζώντες των ΜΕΘ αντιμετωπίζουν αρκετά ψυχολογικά προβλήματα κατά την πορεία αποκατάστασή τους όπως άγχος, κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επίσης, αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται συχνά και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, όπου γίνονται μάρτυρες όλων των γεγονότων και των εξελίξεων.[27]

Τα τελευταία χρόνια η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, καθώς οι οικογένειες των ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ αντιμετωπίζουν έντονη ψυχολογική και συναισθηματική φόρτιση[3]. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια να προσεγγίζουν τους συγγενείς και να επεκτείνουν την φροντίδα από τον ασθενή στο οικογενειακό περιβάλλον.[28]

1.2 ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ

Η οικογένεια αποτελεί μια οργανωμένη κοινωνική ομάδα ατόμων που συνυπάρχουν εντός ενός δομημένου πλαισίου. Τα μέλη της λειτουργούν και επικοινωνούν ως ένα συνεκτικό σύνολο, έχοντας συγκεκριμένους ρόλους και ακολουθώντας ένα σύνολο κανόνων για την αντιμετώπιση των προκλήσεων τους.^[29] Κατά συνέπεια, κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα μέλος της οικογένειας έχει αντίκτυπο σε όλα τα υπόλοιπα.^[30]

Το οικογενειακό περιβάλλον ορίζεται από τους ίδιους τους ασθενείς και αποτελείται από άτομα με τα οποία ο νοσηλευόμενος έχει άμεση συγγενική ή φιλική σχέση, όπου πρόκειται να τον υποστηρίξουν καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και να αναλάβουν τη φροντίδα του μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.^[12,31]

Η διαδικασία μεταφοράς και παραμονής ενός ασθενούς στη ΜΕΘ αναπόφευκτα προκαλεί στρες και άγχος στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς αντιμετωπίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης.^[32] Η ανάγκη εντατικής φροντίδας, υποδηλώνει την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς και η αβεβαιότητα γύρω από την κατάστασή του μπορεί να δημιουργήσει έντονα συναισθηματικά φορτία στην οικογένεια. Το άγχος που προκαλείται από αυτήν τη δύσκολη στιγμή επηρεάζει τόσο τον ασθενή όσο και τα μέλη της οικογένειας.

Πλέον, αναγνωρίζεται ότι η παρουσία των μελών της οικογένειας είναι ουσιώδης και όχι απλώς ως επισκέπτες στη ΜΕΘ. Το αναπόφευκτο συναισθηματικό βάρος που αντιμετωπίζουν λόγω της νοσηλείας του αγαπημένου τους, συνδέεται με την ανάγκη για επαρκή υποστήριξη και κατανόηση.^[33]

Έρευνες έχουν δείξει ότι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς αποτελεί μια πολύτιμη πηγή πληροφοριών για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.^[34,35] Έτσι δίνει την

ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να συλλέξουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, για την παροχή ολοκληρωμένης και ολιστικής φροντίδας. Η συνεργασία με την οικογένεια βοηθά στον σχηματισμό μιας ολοκληρωμένης εικόνας του ασθενούς, των ιδιοσυμπεριφορών του και των προσωπικών του ανησυχιών. Ως εκ τούτου, επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν τη θεραπεία και τη φροντίδα με βάση τις ατομικές ανάγκες του αρρώστου, προωθώντας μια πιο αποτελεσματική και εξατομικευμένη προσέγγιση.

Η φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας (Patient- and family-centered care), αποτελεί μια προσέγγιση στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται σε αμοιβαίες επωφελείς συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών. Στα νοσοκομεία όπου η φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας αποτελεί ουσιαστικό μέρος της οργανωτικής κουλτούρας, παρατηρείται όχι μόνο σημαντική αύξηση στις αξιολογήσεις ικανοποίησης ασθενών, οικογενειών και προσωπικού, αλλά και βελτίωση της υγείας των ασθενών μέσω της ολιστικής προσέγγισης στην περίθαλψη.^[36-38]

Από την άλλη πλευρά, τα μέλη της οικογένειας πρέπει να στηρίζουν τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και να αποτελέσουν το σημείο επαφής μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής φροντίδας και του ασθενούς όπου βρίσκετε σε καταστολή. Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση του ασθενούς και την ψυχολογία των συγγενών, πρέπει να σημειωθεί ότι η επαφή μεταξύ των εργαζομένων της ΜΕΘ και της οικογένειας του ασθενή, δεν αναπτύσσεται πάντα θετικά, αλλά τυγχάνει να διαμορφώνεται κάτω από καταστάσεις διαφωνιών και συγκρούσεων.^[22,39]

1.3 ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΚΑΙ Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν ειδικά τμήματα σε ένα νοσοκομείο, τα οποία έχουν ως κύριο στόχο την υποστήριξη των ασθενών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και κινδυνεύει η ζωή τους. Σε αυτά τα τμήματα, εφαρμόζεται μια πολιτική επισκεπτηρίου διαφορετική από τα άλλα. Ο πιο συνηθισμένος τύπος που εφαρμόζεται από την πλειοψηφία των ΜΕΘ είναι το περιορισμένο/ αποκλειστικό επισκεπτήριο.

Η είσοδος επισκεπτών στη ΜΕΘ επιτρέπεται μόνο κατά συγκεκριμένες ώρες της ημέρας και για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Υπάρχει επίσης καθορισμένος αριθμός επισκεπτών ανά ασθενή, ο οποίος συνήθως περιορίζεται σε ένα με δύο άτομα. Αυτή η πολιτική υποστηρίζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς θεωρείται ότι η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού επισκεπτών θα μπορούσε να εμποδίσει το προσωπικό στην αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων τους. Επιπλέον, αυτό θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο λαθών και την εξάντληση των συγγενών, οι οποίοι θα πρέπει να περνούν πολλές ώρες στη ΜΕΘ με τον συγγενή τους.^[40,41] Επομένως, πιστεύεται ότι η περιορισμένη επισκεψιμότητα συμβάλλει στη διασφάλιση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας των ασθενών. Επιπροσθέτως, ανάμεσα στους πρωταρχικούς στόχους του προσωπικού έκτος από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή, συγκαταλέγεται και η ολοκληρωμένη και έγκαιρη πληροφόρηση των συγγενών.

Συνήθως, το οικείο περιβάλλον λόγω του περιορισμένου επισκεπτηρίου θεωρεί τον νοσηλευόμενο κοινωνικά αποκομμένο και επιθυμεί να λαμβάνει καθημερινές ενημερώσεις από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την πορεία της νόσου, την πρόγνωση και την θεραπεία, ενώ επιζητούν επίσης πληροφορίες από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τη φροντίδα, το περιβάλλον και τον εξοπλισμό της ΜΕΘ, καθώς και για το

πώς μπορούν να συμβάλουν κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου.^[42] Είναι σημαντικό για τους συγγενείς να κατανοούν πλήρως τις πληροφορίες και να ενημερώνονται τηλεφωνικώς σε περίπτωση αλλαγής στην κατάσταση του ασθενή. Επιπλέον, προτιμούν να γνωρίζουν με ποιο μέλος του προσωπικού μπορούν να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά για να ενημερωθούν, ειδικά όταν δεν μπορούν να παρευρεθούν στο επισκεπτήριο.^[43]

Οι περισσότεροι ασθενείς που εισάγονται στη ΜΕΘ βρίσκονται συχνά σε κρίσιμη κατάσταση και δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν πλήρως τις πληροφορίες ή να συμμετάσχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους. Συνεπώς, τα μέλη της οικογένειας συχνά υποχρεούνται να λάβουν την ευθύνη για τη λήψη καθημερινών αποφάσεων.^[44,45]

Συνήθως, η επικοινωνία βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ της πηγής, του μηνύματος και του δέκτη. Στην περίπτωση της υγειονομικής περίθαλψης, η πηγή συνήθως είναι το ιατρικό προσωπικό. Το μήνυμα αφορά συζητήσεις μεταξύ των συγγενών και του γιατρού, ενώ οι συγγενείς ασθενών είναι οι τελικοί αποδέκτες. Για μια αποτελεσματική επικοινωνία, είναι σημαντικό οι γιατροί και οι συγγενείς να δίνουν την ίδια σημασία στο μήνυμα, αυτό όμως δεν είναι πάντα εφικτό.^[46]

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των συγγενών και των ιατρών συχνά είναι ανεπαρκής. Επιπλέον, οι περισσότεροι γιατροί δεν γνωρίζουν την ύπαρξη αυτού του προβλήματος.^[47,48]

Κυρίως στον χώρο της εντατικής, η αρνητική αντίδραση που συχνά εκδηλώνουν οι περισσότεροι συγγενείς, συνδυασμένη με την εξειδικευμένη και άγνωστη για αυτούς ιατρική ορολογία, καθιστά την επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ακόμη πιο δύσκολη.^[49]

Παρόλο που το προσωπικό των ΜΕΘ έχει ανεπτυγμένες ικανότητες επικοινωνίας, συχνά το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών αδυνατεί

να κατανοήσει τα λεγόμενα των γιατρών σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας.

Φαίνεται ότι οι συγγενείς των αρρώστων εκείνων που έχουν χαμηλά ποσοστά επιβίωσης, βρίσκονται σε κώμα, υποστηρίζονται μηχανικά και βρίσκονται υπό καταστολή, καθώς επίσης και οι συγγενείς ασθενών νεαρής ηλικίας αντιμετωπίζουν δυσκολία κατανόησης των πληροφοριών κατά την διάρκεια της ενημέρωσης.^[50]

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να δυσκολέψει την κατανόηση των πληροφοριών, καθώς η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο που επηρεάζει τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, είναι η γλώσσα αυτή καθαυτή, όπως επίσης και οι διαφορές στη νοοτροπία και τα πιστεύω λόγω διαφορετικής κουλτούρας.^[49]

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την ενημέρωση των συγγενών οφείλει να αφιερώσει χρόνο ώστε να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες, καμία φορά και χωρίς να τους ζητηθεί προσωπικά, καθώς δεν είναι λίγοι οι συγγενείς εκείνοι που μπροστά στο φόβο μιας δυσάρεστης πληροφορίας, διστάζουν να ζητήσουν ενημέρωση για τον νοσηλευόμενο.^[50]

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Η είσοδος ενός μέλους της οικογένειας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επηρεάζει όλη την οικογένεια, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αλλά και μετά την αποχώρησή του ή τον θάνατό του.

Οι οικογένειες αποτελούν ευάλωτη ομάδα. Η εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ επηρεάζει όλο το οικογενειακό σύστημα, προκαλώντας έντονα συναισθήματα όπως φόβος, άγχος, σωματική και ψυχική κόπωση, απελπισία, ενοχές και απογοήτευση στα μέλη της οικογένειας.^[16]

Στη μελέτη των McAdam et al. η οποία πραγματοποιήθηκε σε δυο ΜΕΘ των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, βρέθηκε ότι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των αρρώστων στη ΜΕΘ, τα μέλη της οικογένειας κατέχουν πολλαπλούς και σημαντικούς ρόλους, που αρκετά συχνά δεν εκτιμούνται από τους εργαζόμενους της Εντατικής.^[51]

Το οικείο περιβάλλον συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα, προστατεύει και εξυπηρετεί τους δικούς του. Μέσω της συμπαράστασης και της φροντίδας, βοηθούν τους αγαπημένους τους να διατηρήσουν την ελπίδα για ζωή, την όρεξη και τη θέληση να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες. Επιπλέον, ενισχύουν το ηθικό τους και τους παρέχουν αγάπη και δύναμη σε αυτήν την δύσκολη περίοδο.^[40,42] Επίσης, υποστηρίζουν τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και αποτελούν το κύριο σημείο επαφής μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και του ασθενή όταν ο ίδιος λόγω της κρίσιμης κατάστασης της υγείας του δεν βρίσκεται σε θέση να λάβει αποφάσεις για το θεραπευτικό πλάνο.^[52]

Επιπροσθέτως, όπως προέκυψε και από άλλες έρευνες, η επιθυμία των μελών της οικογένειας να συμμετέχουν σε κάθε πτυχή της φροντίδας του ασθενούς, όπως το πρωινό μπάνιο, τη στοματική υγιεινή, την αλλαγή θέσης, την κινητοποίηση των αρθρώσεων και το άλλαγμα των κλινοσκεπασμάτων, ενισχύει τους δεσμούς της οικογένειας και παρέχει στους ασθενείς μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας και βεβαιότητας μέσα στο ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ.^[53,54]

Επόμενος, η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ θεωρείται ζωτικής σημασίας αφού δίνει στους ασθενείς αίσθηση ασφάλειας και ηρεμίας, ενισχύει τους δεσμούς της οικογένειας και παρέχει ψυχολογική στήριξη. Επιπλέον, η συμμετοχή της οικογένειας βοηθά στην αντιμετώπιση των αναγκών και των επιθυμιών του ασθενούς.^[51]

Ωστόσο, υπάρχουν και μειονεκτήματα, όπως η πιθανότητα εμπλοκής σε συγκρούσεις και διαφωνίες με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό λόγω διαφορών στην αντίληψη για τη φροντίδα του ασθενούς, καθώς και η δυνατότητα επιβράδυνσης ή περιορισμού της ιατρικής παρέμβασης λόγω παρεμπόδισης από την οικογένεια. Επίσης, η συνεχής έκθεση σε κρίσιμες καταστάσεις, σε συνδυασμό με το δύσκολο περιβάλλον της ΜΕΘ, μπορεί να προκαλέσει σωματική και ψυχολογική κόπωση στα μέλη της οικογένειας. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη δυνατότητά τους να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στους συγγενείς που νοσηλεύονται.^[51,55]

Για όλους αυτούς τους λόγους, το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας του, και είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωριστεί η συνεισφορά του. Είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ότι οι συγγενείς δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως απλοί επισκέπτες. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει τα μέλη των οικογενειών, ώστε αυτά να αισθάνονται ότι αποτελούν μέρος μιας ομάδας που εργάζεται για το κοινό καλό του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, οι συγγενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα αισθήματα άγχους και κατάθλιψης και τα συμπτώματα του μετα-τραυματικού στρες που αναμφίβολα βιώνουν ακόμη και μετά την έξοδο του ασθενούς από την ΜΕΘ.^[56]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ- PTSD (POST- TRAUMATIC STRESS DISORDER)

2.1 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ PTSD

Τραύμα είναι κάθε γεγονός που ένα άτομο αντιλαμβάνεται ως επιβλαβές ή απειλητικό για τη ζωή ή τη φυσική ακεραιότητα του ίδιου ή και κάποιου άλλου και έχει μακροχρόνια επίδραση στην ευημερία του ατόμου αυτού. Οι άνθρωποι βιώνουν τραύμα μέσω πολλών πηγών όπως, η σωματική επίθεση, η σεξουαλική παρενόχληση, ο βιασμός, το σοβαρό ατύχημα, ο πόλεμος, η απαγωγή, τα βασανιστήρια, η φυσική καταστροφή, η βίαιη αλλαγή τόπου λόγω μετανάστευσης, ο ξαφνικός θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου και η μαρτυρία ενός τραυματικού γεγονότος.^[13,57]

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μια σύνθετη διαταραχή. Για να διαγνωστεί, ένα άτομο πρέπει να έχει βιώσει ή υπάρξει μάρτυρας σε ένα τραυματικό, σωματικά απειλητικό γεγονός ή να έχει μάθει ότι συνέβη ένα τραυματικό γεγονός σε έναν στενό φίλο ή μέλος της οικογένειας και να εμφανίσει συγκεκριμένα συμπτώματα για τουλάχιστον ένα μήνα.

Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη συμπτωμάτων σε τέσσερις τομείς: επανεμφάνιση, αποφυγή, υπερευαισθησία και αλλαγή στη διάθεση και τις σκέψεις.

Τα συμπτώματα επανεμφάνισης του γεγονότος αναφέρονται σε ανεπιθύμητες αναμνήσεις, σχετικές με αυτό, όπως είναι οι ενοχλητικές σκέψεις, οι εφιάλτες, οι αναδρομές στο παρελθόν ή το άτομο να ενεργεί σαν να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός με ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις. Τα συμπτώματα της αποφυγής αναφέρονται στις

προσπάθειες που κάνει το άτομο ώστε να αποφύγει συγκεκριμένες περιοχές, θεάματα, καταστάσεις, ήχους και σκέψεις που του υπενθυμίζουν το γεγονός. Σταδιακά, νιώθει ότι απομακρύνεται και αποσύρεται από τον κοινωνικό του κύκλο, εμφανίζει συναισθηματική αποξένωση και δεν κάνει σχέδια για το μέλλον.

Επίσης, τα συμπτώματα της υπερευαισθησίας αναφέρονται σε ψυχολογικές εκδηλώσεις όπως είναι οι διαταραχές ύπνου, η έκρηξη θυμού, η ευερεθιστότητα, η αδυναμία συγκέντρωσης, η υπερδιέγερση, η επιθετική και η απερίσκεπτη συμπεριφορά. Τέλος, τα συμπτώματα της αρνητικής διάθεσης και σκέψης αναφέρονται στην απώλεια ενδιαφέροντος του ατόμου για δραστηριότητες που κάποτε θεωρούσε απολαυστικές, στη δυσκολία να θυμάται λεπτομέρειες του οδυνηρού περιστατικού και στην αλλαγή των συνηθειών ή της συμπεριφοράς μετά το τραύμα. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να επηρεάσουν τις σχέσεις, την εργασία, την υγεία και τη συνολική εικόνα ενός ατόμου στη ζωή.^[57]

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία (διάρκεια συμπτωμάτων μικρότερη από τρεις μήνες), χρόνια (διάρκεια άνω των 3 μηνών) ή καθυστερημένης έναρξης (όταν εγκαθίσταται τουλάχιστον μετά από 6 μήνες από την έκθεση στο στρεσογόνο παράγοντα).^[58-60]

2.2 Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ PTSD

Πολλοί ασθενείς, λόγω σοβαρής νόσου που επιβαρύνει τον οργανισμό τους, αναγκάζονται να εισαχθούν και να παραμείνουν νοσηλευμένοι για μεγάλο χρονικό διάστημα στη ΜΕΘ.^[40] Η εμπειρία αυτή της σοβαρής ασθένειας και της νοσηλείας στη Εντατική, έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην οργανική και ψυχολογική υγεία, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τους οικείους του, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν την

άμεση οικογένεια, τους στενούς συγγενείς αλλά και το φιλικό περιβάλλον.^[61]

Κατά τη διάρκεια παραμονής τους στη ΜΕΘ, καθώς και μετά την έξοδό τους, αρκετοί ασθενείς βρέθηκαν αντιμέτωποι με το αίσθημα του πόνου και του έντονου άγχους. Για το λόγο αυτό η εμπειρία μια κρίσιμης για τη ζωή κατάστασης, όσο και η παραμονή στην μονάδα εντατικής θεραπείας αποτελούν καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στις ψυχικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα στο σύνδρομο του μετατραυματικού στρες, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για το οικείο περιβάλλον του οπού βιώνει άμεσα όλα τα γεγονότα και της εξελίξεις.^[20]

Συχνά, εξαιτίας της νόσου ή λόγω της σοβαρότητας της κλινικής κατάστασης, οι ασθενείς που εισέρχονται στη ΜΕΘ ενδέχεται να μην είναι σε θέση να συμμετάσχουν ενεργά στη διαδικασία φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων. Συνεπώς, οι επόμενοι ενεργοί συμμετέχοντες είναι τα μέλη της οικογένειας, στα οποία συνήθως καταφεύγουν οι επαγγελματίες υγείας.^[63]

Οι συγγενείς των ασθενών επιβαρύνονται ψυχολογικά, αισθάνονται ευάλωτοι, αναπτύσσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες, γενικευμένο άγχος, πρώιμη θλίψη και κατάθλιψη, καθώς γίνονται μάρτυρες της κρίσιμης ασθένειας του αγαπημένου τους ατόμου, μέσα σε ένα άγνωστο περιβάλλον με εξειδικευμένο τεχνικό εξοπλισμό και περιορισμένη επαφή λόγω αυστηρού επισκεπτηρίου.^[9,64]

Οι ασθενείς που επιβιώνουν και εξέρχονται από την ΜΕΘ, καθώς και οι συγγενείς τους, όπως επίσης και οι συγγενείς των ασθενών που έχουν αποβιώσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στην Εντατική, πιθανολογείται ότι είναι οι τρεις επικρατέστερες ομάδες ατόμων που εμφανίζουν το σύνδρομο μετατραυματικού στρες.

2.2.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Οι σοβαρές ασθένειες είναι εξ' ορισμού, απειλητικές για τη ζωή και η εμπειρία της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας συνήθως, είναι τρομακτική για πολλούς ασθενείς.

Κάθε χρόνο, εκατομμύρια ανθρώπων όταν η κατάσταση της υγείας τους φτάνει σε κρίσιμο και απειλητικό στάδιο, καταλήγουν να μεταφέρονται και να νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Στους χώρους αυτούς, πραγματοποιούνται πληθώρα ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων με τη βοήθεια εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των νοσηλευόμενων ασθενών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχουν περίπου 4 εκ. εισαγωγές σε μονάδες εντατικής θεραπείας ετησίως, με μεγάλο ποσοστό επιβίωσης.^[65,66]

Η εμπειρία μιας σοβαρής ασθένειας σε συνδυασμό με το ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ, τον τεχνικό εξοπλισμό και την περιορισμένη επαφή με τους αγαπημένους προκαλεί αίσθημα σύγχυσης και φόβου.^[67]

Οι ασθενείς βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις όπως είναι η διασωλήνωση και η μηχανική υποστήριξη της ζωής, η 24ωρη παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων μέσω monitor, ο καθετηριασμός κεντρικών φλεβών και αγγείων, ο τρόπος σίτισης, τα επίπεδα θορύβου, η έλλειψη ύπνου και η περιορισμένη κινητικότητα.^[68,69]

Επιπλέον, βιώνουν δυσάρεστα συναισθήματα λόγω των παρενεργειών των φαρμάκων και της νόσου. Οι νοσηλευόμενοι συχνά βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση, είναι ευαίσθητοι, συναισθηματικά φορτισμένοι και αισθάνονται έντονα τον κίνδυνο για τη ζωή τους.^[67]

Συχνά, ως συνέπεια όλων αυτών είναι η εμφάνιση του συνδρόμου του μετατραυματικού στρες. Τα άτομα με συμπτώματα διαταραχής

μετατραυματικού στρες κυμαίνονται μεταξύ 11% και 21% στους τρεις μήνες μετά την έξοδο από την ΜΕΘ και μεταξύ 14% και 27% ένα χρόνο μετά τη ΜΕΘ.^[70] Σε αντίστοιχο Ελληνικό πληθυσμό τρεις μήνες μετά την ΜΕΘ, συμπτώματα μετατραυματικού στρες έχουν αναφερθεί από το 35% των ατόμων και από το 25% ένα χρόνο μετά.^[71]

Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να τονιστεί πως βασικοί παράγοντες για την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες, μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, είναι η παρουσία ψυχιατρικού ιστορικού, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η ανεργία ή η παρατεταμένη απουσία από την εργασία, ενώ οι παράγοντες που συνδέονται λιγότερο είναι το φύλο, η ηλικία και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης.^[70-75]

Επιπροσθέτως, οι ιατρονοσηλευτικοί παράγοντες της νοσηλείας σε ΜΕΘ, όπως η καταστολή, η αναλγησία και οι παράμετροι του μηχανικού αερισμού, συνδέονται περιστασιακά με την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες, κυρίως κατά τους πρώτους μήνες μετά την ΜΕΘ, ενώ η ισχύς αυτής της σύνδεσης είτε περιορίζεται ή εξαλείφεται τρεις μήνες μετά τη ΜΕΘ, είτε μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.^[73,76,77]

Ωστόσο, πολλοί ερευνητές έχουν εστιάσει στη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και ολοκληρωμένης παρέμβασης των πρώιμων συμπτωμάτων του PTSD, με σκοπό την άμεση ανάκτηση των ατόμων που επηρεάζονται.^[9,64,78-80]

2.2.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Η εισαγωγή ενός ατόμου στη ΜΕΘ είναι μια δύσκολη και ταραχώδης εμπειρία τόσο για τον ασθενή όσο και για τους συγγενείς του, έχοντας ως επακόλουθο την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων και τη διατάραξη της οικογενειακής συνοχής και δυναμικής.^[81]

Οι απειλητικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν αγαπημένα πρόσωπα που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε συγγενείς τους. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί μέσω επαναλαμβανόμενων εικόνων, ονείρων, αποφυγής συζητήσεων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, καθώς και διεισδυτικών σκέψεων.^[13]

Ειδικότερα, το μετατραυματικό στρες μπορεί να εμφανιστεί στο οικείο περιβάλλον του νοσηλευόμενου κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη ΜΕΘ, όπου εκδηλώνεται η Οξεία Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή, καθώς και μετά την παραμονή του ασθενούς στη ΜΕΘ, όπου εμφανίζεται το Σύνδρομο Μετά τη Νοσηλεία στη ΜΕΘ-Οικογένεια.^[58-60]

Σε μια μελέτη μεταξύ 117 συγγενών εκ των οποίων οι 76 επανεκτιμήθηκαν 2 έτη μετά τη νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ, είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της επίπτωσης του μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών. Επί του συνόλου το 34-54% εμφάνισε μέτριας βαρύτητας συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ενώ το 19-41% σοβαρή διαταραχή. Μεταξύ των 76 συγγενών που επανεκτιμήθηκαν μετά από δύο έτη, βρέθηκε ότι το 12-14% είχε μετρίου βαρύτητας συμπτώματα και σοβαρής το 4-5%.^[82]

Οι Shoeman κ.σ. (2017) διερεύνησαν την ύπαρξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μεταξύ 36 συγγενών και βρέθηκε ότι υπήρχαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου κατά τη

διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ, σε σύγκριση με τρεις μήνες μετά την έξοδό του.^[83]

Ενώ η μελέτη των Fumis κ.σ. (2015) επιχείρησε να διερευνήσει τις διαφορές των κυριότερων ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ασθενών και των συγγενών. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι συγγενείς των ασθενών που τελικά κατέληξαν βίωναν σε υψηλότερο βαθμό συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στις ενενήντα ημέρες σε σχέση με τους συγγενείς των ασθενών που επιβίωσαν. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε η μελέτη αυτή είναι ότι το άγχος, η κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες ήταν σε υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των συγγενών σε σχέση με τους ασθενείς και πιο συγκεκριμένα τα συμπτώματα των συγγενών ήταν στα ίδια ποσοστά τρεις μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, σε σχέση με τα συμπτώματα των ασθενών που μειώνονταν.^[7]

Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει αρκετές έρευνες και πιο συγκεκριμένα η επίπτωση του μετατραυματικού στρες εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ του 13 και 57 % με μέσο όρο το 21%, ενώ υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών καταγράφονται μετά από τρεις μήνες από την έξοδο από τη ΜΕΘ σε ποσοστό 56% και στο 49% έξι μήνες μετά.^[6,31,78,79]

Το σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ (Post-intensive care syndrome-family - PICS-F) περιγράφει την ψυχολογική νοσηρότητα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας των ασθενών με κρίσιμη νόσο μετά τη φροντίδα τους σε μια ΜΕΘ.^[8] Οι αναφορές αποτυπώνουν πως τα εν λόγω συμπτώματα εμφανίζονται σε ποσοστό περίπου 25-50% των μελών της οικογένειας των ασθενών ΜΕΘ και είναι συχνά σοβαρά και επαναλαμβανόμενα. Ορισμένα μέλη της οικογένειας αναφέρουν συμπτώματα μήνες έως χρόνια μετά το επεισόδιο κρίσιμης ασθένειας.^[20]

Οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στους συγγενείς ασθενών ΜΕΘ είναι σοβαρές και καταλήγουν στην φτωχή ποιότητα ζωής αλλά και στην

παραμέληση της δικής τους υγείας λόγω της επικέντρωσής τους στον ασθενή, οδηγώντας τους στην εξάντληση αλλά και στη μειωμένη γνωστική και λειτουργική ικανότητα.[20] Συνήθως, οι συγγενείς μετά την έξοδο του ασθενούς από την ΜΕΘ εμφανίζουν σύνδρομο μετατραυματικού στρες, με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και γενικότερης θλίψης. Γι' αυτούς τους λόγους η διερεύνηση των επιβαρυντικών παραγόντων που οδηγούν στις ψυχικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα στο μετατραυματικό στρες είναι σημαντική, ώστε να μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας να ανταποκριθούν στο δύσκολο ρόλο της φροντίδας μετά τη νοσηλεία. [56]

Συνεπώς, κρίνεται σκόπιμο οι συγγενείς όλων των νοσηλευόμενων, ανεξαρτήτως έκβασης, να ελέγχονται για πιθανή εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και για εκδήλωση PTSD μετά το εξιτήριο του οικείου τους ή μετά τον θάνατο ακόμα και αν δεν έχουν εκδηλώσει προηγουμένως συμπτώματα.[78]

2.3 Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΟΥ HARVARD ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ (Harvard Trauma Questionnaire- HTQ)

ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Η λέξη “τραύμα” προέρχεται από το αρχαιοελληνικό “τιτρώσκω” , που σημαίνει “πληγώνω, τραυματίζω”. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association - APA), το ψυχικό τραύμα αναφέρεται στην επίπτωση ενός τραυματικού συμβάντος, στον ψυχισμό και στη λειτουργικότητα του ατόμου που το βίωσε. Αυτό το συμβάν θεωρείται απειλητικό από τον εν λόγω άνθρωπο, προκαλώντας του έντονα αισθήματα φόβου ή τρόμου, καθώς το άτομο αισθάνεται ανίσχυρο ή αβοήθητο απέναντί του.[84]

Μείζονος σημασίας στην ψυχολογική προσέγγιση του τραύματος αποτέλεσε η θέσπιση της έννοιας της “Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους” (Post-traumatic stress disorder - PTSD), μόλις το 1980 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση.^[85]

Το τραύμα αφήνει μια μόνιμη “ουλή” στο άτομο που το βίωσε, με φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Η αξιολόγηση, η διάγνωση και η θεραπεία, απαιτούν προσοχή λόγω των πολλών δυσκολιών. Η επίδραση των τραυματικών γεγονότων στην προσωπική ζωή μπορεί να εμποδίσει την ικανότητα του ατόμου να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Η κατανόηση του τραυματικού γεγονότος και των συμπτωμάτων, καθώς και η σωστή ταξινόμησή τους σε ένα διαγνωστικό σύστημα, είναι θεμελιώδης για την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματική θεραπεία. Οι κλινικοί γιατροί έχουν μεταβεί από την παραδοσιακή ανοιχτού τύπου ψυχιατρική συνέντευξη, σε πιο δομημένες μεθόδους συνεντεύξεων μέσω ερωτήσεων, για τη συλλογή απαραίτητων πληροφοριών και την αξιολόγηση της προόδου του ατόμου που υπέστη το τραυματικό γεγονός.^[86]

Το ερωτηματολόγιο του Harvard για το τραύμα (HTQ), αντιπροσωπεύει ένα ισχυρό μέτρο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του PTSD σε άτομα που έχουν βιώσει ένα έντονο οδυνηρό γεγονός (Παράρτημα Ι) .^[87-89]

Το HTQ έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Είναι σχετικά σύντομο, εύκολο στη διαχείριση και τη βαθμολογία, ενώ παράλληλα συνοψίζει αποτελεσματικά όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες. Το ερωτηματολόγιο αυτό συνήθως χρησιμοποιείται από ερευνητές τραυμάτων και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε μελέτες πληθυσμού μεγάλης κλίμακας.^[91] Αρχικά επικυρώθηκε για σκοπούς διαλογής, αλλά πιο πρόσφατα, με την αυξημένη εστίαση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η κλίμακα έχει επίσης γίνει ένα σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση του αποτελέσματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε άτομα με

μετατραυματικό στρες, όπου βασίζεται σε τυχόν αλλαγή του συνολικού σκορ με την πάροδο του χρόνου και σε μεμονωμένα στοιχεία των συμπτωμάτων.^[92,93]

Το Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) αποτελείται συνολικά από 40 ερωτήσεις σχετικές με τα συμπτώματα του τραύματος, που μερικές φορές παρουσιάζονται σε ανθρώπους μετά από τραυματικά ή οδυνηρά γεγονότα στη ζωή τους. Η πλειονότητα των μελετών που χρησιμοποιούν το HTQ έχουν εφαρμόσει ένα προκαθορισμένο όριο συμπτωμάτων (2,5) για τον εντοπισμό κλινικών περιπτώσεων PTSD, μια βαθμολογία που προκύπτει από την αθροιστική προσθήκη βαθμολογιών στοιχείων, καθένα από τα οποία βαθμολογείται σε κλίμακα συχνότητας από 1 έως 4 (1= "καθόλου", 2= "λίγο", 3= "αρκετά", 4= "πάρα πολύ"). Το άθροισμα αυτών των βαθμών διαιρείται στη συνέχεια με τον αριθμό των στοιχείων που αξιολογούνται.^[87,91,94]

Η πιο διαδεδομένη κλίμακα για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων PTSD στους πρόσφυγες είναι το ερωτηματολόγιο του Harvard για το τραύμα, όπου αποτελεί προσέγγιση για την ανάπτυξη ενός μέτρου τραυμάτων που έχει ενσωματωθεί στο πλαίσιο ενός πολυδιάστατου μοντέλου ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψη πτυχές του πολιτισμού και του περιβάλλοντος.

Εφαρμόζεται σε πληθυσμούς που επηρεάζονται από συγκρούσεις και πρόσφυγες από διάφορες περιοχές του κόσμου, συμπεριλαμβανομένης της Ασίας, της πρώην Γιουγκοσλαβίας, της Μέσης Ανατολής και της υποσαχάριας Αφρικής.^[87,91,91,96] Είναι γεγονός ότι στα τέλη του 2022, καταγράφηκε ο υψηλότερος αριθμός ανθρώπων που μεταφέρθηκαν βίαια σε όλο τον κόσμο, με τον αριθμό να φτάνει τα 108,4 εκατομμύρια.^[97]

Οι Malliarou et al. (2021) πραγματοποίησαν μία συγχρονική μελέτη με σκοπό την εξέταση της διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ προσφύγων που αναζητούσαν άσυλο και είχαν εγκατασταθεί προσωρινά

στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα στη Λάρισα. Το δείγμα αποτελούνταν από 64 πρόσφυγες και τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη χρήση της κλίμακας του Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Περίπου οι μισοί πρόσφυγες παρουσίασαν ενδείξεις διαταραχής μετατραυματικού στρες, και ανέφεραν τραυματικές εμπειρίες που περιλάμβαναν κυρίως έμμεσα γεγονότα βίας.^[98]

Η έρευνα των Ward et al. είχε ως στόχο να αξιολογήσει την αξιοπιστία της προσαρμογής του ερωτηματολογίου HTQ, για χρήση σε επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με την έκθεση των εφήβων στη βία και τα συναφή συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες (PTSD). Τα συμπεράσματα υποδεικνύουν ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να είναι αρκετά αξιόπιστο για χρήση σε επιδημιολογικές μελέτες με πληθυσμούς εφήβων, αν και το δείγμα αυτό περιορίζεται από διάφορα βασικά σημεία.^[95]

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες για το μετατραυματικό στρες επιζώντων ασθενών στη ΜΕΘ καθώς και σε έρευνα που έγινε σε γυναικείο πληθυσμό που βίωνε ενδοοικογενειακή βία, όπως επίσης έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Ιαπωνία σε επιζώντες σεισμού.^[91,99,100]

Εν κατακλείδι, το ερωτηματολόγιο HTQ φαίνεται ότι εντοπίζει με επιτυχία τα άτομα που υποφέρουν από PTSD. Είναι αξιόπιστο και έγκυρο καθώς επίσης, διατηρεί απλή δομή και γλώσσα ώστε να γίνεται κατανοητό από πληθυσμιακές ομάδες με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης και διαφορετικούς πολιτισμούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας απασχολεί τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο τους ασθενείς, οι οποίοι είναι οι κύριοι χρήστες και καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών, καθώς και τις οικογένειές τους. Επίσης, ενδιαφέρει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν τη φροντίδα (όπως γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κλπ.), τους φορείς που αναλαμβάνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και τέλος, την κοινωνία συνολικά. [101]

Καθώς η ποιότητα έχει αναδειχθεί ως κρίσιμος και βασικός παράγοντας στον τομέα της υγείας, είναι σημαντικός ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας. [101,102]

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1993, η ποιότητα στον τομέα της υγείας αναφέρεται στην παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να εξασφαλίσουν τον καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τις σύγχρονες γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να επιδιώκει το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα, με το ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και ταυτόχρονα να επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή σε ό,τι αφορά τις διαδικασίες, τα αποτελέσματα και την ανθρώπινη επαφή. [103]

Όπως είναι σαφές, για να βελτιωθεί η ποιότητα και η ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης, απαιτείται μια πολύπλευρη προσέγγιση. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 2022, ο οργανισμός Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) ξεκίνησε τη στρατηγική National Quality, μια φιλόδοξη πρωτοβουλία με μακροπρόθεσμους στόχους για την προώθηση υψηλότερης ποιότητας και ασφαλέστερης φροντίδας για όλα τα άτομα. Η εθνική στρατηγική ποιότητας CMS προσδιορίζει 4 κύριους τομείς

προτεραιότητας, για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης: 1. προώθηση συντονισμένων προγραμμάτων φροντίδας και καλύτερης έκβασης της υγείας, 2. ενίσχυση της προσωπικής δέσμευσης για αποδοτικότερη φροντίδα των ασθενών και των οικογένειών τους, 3. εξασφάλιση βέλτιστων πρακτικών υγειονομικής φροντίδας και ενεργοποίηση ανθεκτικών συστημάτων περίθαλψης, 4. επιτάχυνση και υποστήριξη της επιστημονικής καινοτομίας και της μετάβασης σε ένα ψηφιακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται σε δεδομένα.

Η ποιότητα στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι μια συλλογική προσπάθεια που συμπεριλαμβάνει τον ασθενή, την οικογένειά του, τον ιατρό και την ευρύτερη υγειονομική κοινότητα. Φαίνεται ότι η ποιότητα στην υγεία συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και με τον έλεγχο του κόστους.^[104]

Οι ασθενείς και οι οικείοι τους, καθώς και η κοινωνία γενικότερα, έχουν σήμερα ορισμένες βασικές προσδοκίες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας όπως είναι η άμεση πρόσβαση, η αποτελεσματική ανταπόκριση από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, η επαρκής πληροφόρηση, το δικαίωμα επιλογής και η εξασφάλιση του κόστους.

Οι προσδοκίες αυτές είναι διαχρονικές, όμως στις μέρες μας έχουν διευρυνθεί. Έτσι, είναι πλέον γενική κοινωνική απαίτηση να εξασφαλίζεται για τους ασθενείς, ανθρώπινη μεταχείριση στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους καθώς επίσης, να παρέχονται ποιοτικές και άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων αυτών.^[101-104]

Συνεπώς, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί κύρια προτεραιότητα σε κάθε περίπτωση και έχει ξεχωριστή σημασία για όλους

τους ενδιαφερόμενους, καθώς προσφέρει ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

3.2 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αξιολόγηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο, δεν μπορεί να οριστεί με απλοϊκό τρόπο λόγω της πολυπλοκότητας και της ποικιλομορφίας των ασθενών και των υγειονομικών παρεμβάσεων.

Οι ασθενείς σήμερα επιδεικνύουν μια μετάβαση από παθητικούς σε ενεργητικούς ρόλους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα της υγείας τους, έχοντας καλύτερη ενημέρωση και αναζητώντας ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με παλιότερα. [105]

Οι προσδοκίες και κατ'επέκταση η ικανοποίηση του ασθενούς, επηρεάζονται από προηγούμενες εμπειρίες του, από την επικοινωνία και τις πληροφορίες που λαμβάνει από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και από την εξέλιξη της νόσου. Ένας ικανοποιημένος ασθενής, πιθανότατα είναι πιο πρόθυμος να αποδεχθεί την ιατρική περίθαλψη και να συνεργαστεί καλύτερα στην τήρηση του προγράμματος παρακολούθησης. Επιπλέον, είναι λιγότερο πιθανό να κινηθεί νομικά για αποζημίωση λόγω κακών πρακτικών. [106]

Η ικανοποίηση προκύπτει όταν συνδυάζονται οι εμπειρίες, οι ανάγκες και οι προσδοκίες του χρήστη. [107]

Η ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας πηγάζει από την εμπειρία, την ικανότητα και την επαγγελματική ηθική του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και από την εμπιστευτικότητα και την παροχή φροντίδας βασισμένη σε πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες. Σημαντικά στοιχεία που επίσης συμβάλλουν στην ικανοποίηση είναι η ενημέρωση και η

εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς και η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Επίσης, η ικανοποίηση ενισχύεται μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, της ενσυναίσθησης, της συμμετοχής και της γενικότερης επικοινωνίας, ενισχύοντας έτσι τους διαπροσωπικούς δεσμούς μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.

Η εύκολη προσβασιμότητα και το προσεγμένο περιβάλλον του νοσοκομείου όπως οι εγκαταστάσεις, το δωμάτιο, η καθαριότητα, η υγιεινή, η υπηρεσία φαγητού και τα χαμηλά επίπεδα θορύβου, προσφέρουν ικανοποίηση στον ασθενή και στους φροντιστές τους.^[108]

Για να θεωρείται αποτελεσματικό, ένα σύστημα υγείας πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους. Σύμφωνα με μελέτες, οι συγγενείς ενδέχεται να είναι ικανοποιημένοι με το επίπεδο φροντίδας που λαμβάνουν οι δικοί τους άνθρωποι, αλλά δεν εκφράζουν την ίδια ικανοποίηση όσον αφορά τον βαθμό επικοινωνίας και της συναισθηματικής υποστήριξης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.^[109,44]

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής και οι οικείοι του προσδιορίζουν την ικανοποίησή τους σύμφωνα με το βαθμό που καλύφθηκαν οι προσδοκίες τους, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

3.3 ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΕΣ ΤΟΥΣ

Η εισαγωγή ενός ατόμου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Οι συγγενείς βρίσκονται αντιμέτωποι με μια πρωτόγνωρη εμπειρία που δημιουργεί νέες ανάγκες καθώς επίσης, είναι σημαντικό να διατηρούν τη ψυχραιμία τους και να αντιμετωπίζουν με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τη ροή πληροφοριών που λαμβάνουν.^[110]

Σύμφωνα με τον Alsharari (2019) οι ανάγκες της οικογένειας είναι αρκετές και διακρίνονται σε έξι κατηγορίες όπως οι ψυχο-κοινωνικο-

πρακτικές ανάγκες, οι οικονομικές, οι ανάγκες για πρόσβαση, για λήψη πληροφοριών, για παροχή φροντίδας στο ασθενή και τέλος οι ανάγκες στήριξης και κάλυψης των ηθικών διλημάτων.

Οι ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πρακτικές ανάγκες δημιουργούνται όταν τα άτομα εστιάζονται αποκλειστικά στον άρρωστο και στη φροντίδα του, παραθέτοντας τον εαυτό τους και τη ζωή τους στο περιθώριο και ταυτόχρονα οδηγούνται σε μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης.

Οι οικονομικές ανάγκες προκύπτουν λόγω της συνεχώς αυξανόμενης δαπάνης στη φροντίδα, προκαλώντας ανυπολόγιστες οικονομικές απώλειες και συναισθηματική δυσφορία στα μέλη της οικογένειας.

Το περιορισμένο επισκεπτήριο που εφαρμόζεται στις ΜΕΘ, δημιουργεί στον συγγενή την ανάγκη για πρόσβαση, ώστε να έχει την ευκαιρία να βρεθεί κοντά στο αγαπημένο του πρόσωπο.

Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν έντονα την ανάγκη για λήψη πληροφοριών σχετικά με την πρόγνωση, την πορεία και τις θεραπευτικές επιλογές του ασθενούς τους. Η διαφάνεια και η κατανοητή ενημέρωση, μαζί με απλές και ειλικρινείς απαντήσεις, ανακουφίζουν το άγχος τους και τους επιτρέπουν να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων με πιο θετικό τρόπο.

Επίσης, λόγω του περιορισμένου χρόνου που έχουν για να είναι μαζί με τον ασθενή και των περιορισμένων ιατρικών γνώσεών τους, η οικογένεια αισθάνεται την ανάγκη να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα στον άνθρωπό τους. Ως εκ τούτου, επιθυμεί από τους επαγγελματίες υγείας της μονάδας να αναλάβουν αυτό τον ρόλο, προκειμένου ο ασθενής να αναρρώσει όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Τέλος, οι συγγενείς είναι εκείνοι που φέρουν την ευθύνη για τις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία του νοσηλευόμενου, διότι εκπροσωπούν τα συμφέροντά του. Χρειάζονται, λοιπόν, την κατάλληλη

υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος που προκύπτει από αυτή τη διαδικασία.^[111]

Συχνά, αυτές οι αναδυόμενες ανάγκες είναι ικανές να οδηγήσουν σε αυξημένες απαιτήσεις που δεν αντανακλούν την κανονική συμπεριφορά ή στάση των μελών της οικογένειας, αλλά πηγάζουν από την ανάγκη να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο περιβάλλον για την άμεση και ασφαλή διάγνωση και θεραπεία του αγαπημένου τους προσώπου.^[112]

3.4 Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Το Ινστιτούτο Ιατρικής που προωθεί το μοντέλο φροντίδας με εστίαση στον ασθενή, προτείνει οδηγίες που περιλαμβάνουν: σαφής ενημέρωση, ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, συνεργασία και συμμετοχή στη φροντίδα, παροχή φυσικής άνεσης, παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, καθώς και φροντίδα με σεβασμό στην πολιτισμική ταυτότητα του ασθενούς.^[19] Από το 2014, έχει εκκινήσει ένα Διεθνές Ερευνητικό Πρόγραμμα προς την κατεύθυνση του ανθρωποκεντρικού σχεδιασμού των ΜΕΘ. Αυτό το μοντέλο φροντίδας εστιάζει στον άνθρωπο και περιλαμβάνει τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα, αξιοποιώντας τα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων και στη φροντίδα των ασθενών.^[113]

Παρά το γεγονός ότι ο κύριος στόχος των ΜΕΘ είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκαταστήσει την υγεία του στην προηγούμενη κατάσταση πριν από τη νόσο του, πολλές φορές αυτό δεν είναι δυνατόν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ηθικά διλήμματα, όπως η απόφαση για αποκλιμάκωση ή άρση της θεραπείας σε περιπτώσεις όπου η ίαση δεν είναι δυνατή. Μια άλλη ηθικά δύσκολη κατάσταση είναι η μετάβαση στην εφαρμογή

άσκοπων θεραπειών που θα παρέτειναν τον αναπόφευκτο θάνατο στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία στοχεύει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων έως ότου επέλθει ο θάνατος. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει εκφράσει εκ των προτέρων τις επιθυμίες του, οι συγγενείς συνήθως καλούνται να παίζουν ρόλο στη λήψη τέτοιων αποφάσεων και να δώσουν τη συγκατάθεσή τους.^[114]

Οι κλινικοί γιατροί πρέπει επίσης να λάβουν υπόψη το γεγονός ότι η ικανότητα των ασθενών με σοβαρή νόσο να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, μπορεί να μεταβληθεί κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειάς τους. Επιπλέον, οι προτιμήσεις τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους, ως προς τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, μπορεί να αλλάξουν με τον χρόνο.^[115,116] Ευκταίος στόχος πρωτίστως είναι να σέβονται και να υιοθετούν τις θεραπευτικές αποφάσεις που είναι ιατρικώς κατάλληλες και συμβαδίζουν με τις αξίες, τους στόχους και τις προτιμήσεις του ασθενή, είτε αυτός μπορεί να επιλέξει, είτε των συγγενών του όταν αυτοί αποτελούν το σημείο επαφής.^[117] Ωστόσο, μερικές φορές τέτοιες συνεργασίες μπορεί να αποτύχουν να παράγουν αποφάσεις που είναι αποδεκτές τόσο από την κλινική ομάδα όσο και από τον ασθενή ή το συγγενή.^[118]

Συνοψίζοντας, τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν σε μια ΜΕΘ δεν ακολουθούν πάντα έναν γενικό κανόνα, και η κατάλληλη στρατηγική λήψης αποφάσεων εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περίπτωσης. Μελετώντας αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορεί να αναπτυχτεί ένα ευρύ φάσμα ηθικά αποδεκτών μοντέλων που θα καθοδηγεί τόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και τα μέλη της οικογένειας προς τη σωστή και ορθή φροντίδα του ασθενούς.

3.5 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΚΑΙ Η ΚΛΙΜΑΚΑ FS-ICU

Η ανάπτυξη ενός εργαλείου που να μπορεί να μετρήσει και να αξιολογήσει την ύπαρξη ή όχι των διαφόρων παραμέτρων ποιότητας κρίνεται απαραίτητη, καθώς η βελτίωση της ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία, αποτελεί κύριο μέλημα. Ειδικότερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όπου η φροντίδα είναι εξειδικευμένη, η μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος έχει σημαντικό ρόλο. Για το σκοπό αυτό έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες κλίμακες μέτρησης, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η κλίμακα FS-ICU-24 (Family Satisfaction in Intensive Care Unit). Αυτή η κλίμακα δημιουργήθηκε με στόχο να αξιολογήσει την ικανοποίηση της οικογένειας του ασθενούς κατά τη νοσηλεία του στη μονάδα εντατικής θεραπείας (Παράρτημα II).^[119]

Η κλίμακα αποτελείται από 24 ερωτήσεις και διαιρείται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς από την παροχή φροντίδας σε αυτόν, ενώ το δεύτερο μέρος αναφέρεται στην ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος ως προς τη συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τον ασθενή. Οι απαντήσεις στην πλειοψηφία των ερωτήσεων βασίζονται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα μέτρησης Likert, η οποία περιλαμβάνει βαθμολογία από το 1 έως το 5, με το 1 να χαρακτηρίζει το "άριστα", το 2 το "πολύ καλά", το 3 το "καλά", το 4 το "μετρίως" και το 5 το "ελάχιστο".^[120]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Στην πραγματικότητα η μεταφορά και η παραμονή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον που είναι στενά συνδεδεμένο μαζί του.

Σκοπός της μελέτης είναι α) η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης της οικογένειας από την παροχή φροντίδας των ασθενών στη ΜΕΘ, β) η εξέταση της πιθανής εμφάνισης του συνδρόμου μετατραυματικού στρες στο οικογενειακό περιβάλλον που βιώνει μια τέτοια δύσκολη κατάσταση και τέλος γ) κατά πόσο η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να συμβάλει στην μείωση των αγχωδών διαταραχών που βιώνουν τα μέλη των οικογενειών των νοσηλευόμενων ασθενών στις ΜΕΘ.

4.2 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην παρούσα μελέτη το δείγμα αποτελείται από 78 συμμετέχοντες, (αρχικό δείγμα 80 εκ των οποίων οι 2 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν μέλη της οικογένειας, συγγενείς και συνοδοί των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", κατά τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος 2023- Απρίλιο 2024.

4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα κριτήρια συμμετοχής ήταν τα ακόλουθα:

- Άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς
- Άνω των 18 ετών
- Συχνότητα επίσκεψης : καθημερινά για τουλάχιστον 4 ημέρες
- Χρόνος παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ άνω των 48 ωρών

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα ακόλουθα:

- Ανήλικοι συγγενείς
- Συγγενείς που δεν επισκέφτηκαν τον ασθενή για 4 συνεχόμενες ημέρες από την εισαγωγή στη ΜΕΘ
- Ασθενείς που απεβίωσαν εντός των πρώτων 48 ωρών από την εισαγωγή τους

4.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία μοιράζονταν στα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς κατά την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν πλήρως ενημερωμένοι για το είδος και το σκοπό της έρευνας και συμμετείχαν οικιοθελώς στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η συμπλήρωση και η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν ανώνυμα, ενώ τα συμπληρωμένα έντυπα τοποθετούνταν απευθείας και μπροστά στους συμμετέχοντες μέσα σε έναν φάκελο. Η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων έγινε με τη χρήση κωδικού αριθμού, ο οποίος συμπληρώθηκε και στα δυο ερωτηματολόγια, ώστε να ταυτοποιηθούν αυτά που ανήκαν σε κάθε ερωτώμενο.

Όπως προαναφέρθηκε, για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο δομημένα ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο ήταν η νεότερη έκδοση του FS-ICU 24R (Family satisfaction with care in the intensive care unit). Το δεύτερο ήταν το ερωτηματολόγιο του Harvard για το τραύμα (HTQ), το οποίο όμως αφορούσε τους συγγενείς, προκειμένου να αξιολογήσει τα συμπτώματα του PTSD.

Η κλίμακα FS-ICU 24R αποτελείται από δυο μέρη: το πρώτο επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των συγγενών από την φροντίδα που

λαμβάνει ο αγαπημένος τους στη ΜΕΘ, ενώ το δεύτερο εκτιμά την ικανοποίηση των συγγενών από την ενημέρωση που λαμβάνουν σχετικά με την πορεία του ασθενούς και τη δυνατότητα που τους παρέχεται να συμμετέχουν και οι ίδιοι στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του στη ΜΕΘ. Η μετάφραση και η στάθμιση της κλίμακας FS-ICU 24R στον Ελληνικό πληθυσμό, περιλαμβάνονται στην έρευνα των Μαλλιαρού και συνεργατών τους.

Το ερωτηματολόγιο κατέγραψε επίσης, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ενώ ο συνολικός χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή του δεν υπερέβη τα 20 λεπτά.

Παράλληλα δόθηκε στους συμμετέχοντες και το ερωτηματολόγιο του Harvard για το τραύμα (HTQ), όπου αντιπροσωπεύει ένα ισχυρό μέτρο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του PTSD σε άτομα που έχουν βιώσει ένα έντονο γεγονός, όπως οι συγγενείς των ασθενών που εισήχθησαν και νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Το HTQ έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Δεν είναι σταθμισμένο στην Ελλάδα, παρά ταύτα σε πολλές χώρες έχει χρησιμοποιηθεί. Είναι σχετικά σύντομο και εύκολο να συμπληρωθεί.

4.5 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι κύριοι περιορισμοί της έρευνας συνδέονται με τη φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας που μελετάται. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα (συγγενείς και μέλη της οικογένειας που ήδη βρίσκονται σε μια δύσκολη ψυχολογική κατάσταση), αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να απαντήσουν γενικά στην έρευνα. Επιπλέον, η διεξαγωγή της έρευνας στον χώρο της ΜΕΘ, ο οποίος αποτελεί ένα ειδικό και ιδιαίτερο τμήμα του νοσοκομείου, αποτελεί καθαυτόν έναν περιορισμό.

4.6 ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Τα ηθικά ζητήματα που μπορούν να προκύψουν κατά τη διεξαγωγή της μελέτης περιλαμβάνουν την άδεια χρήσης των ερωτηματολογίων, την άδεια διεξαγωγής από τον χώρο μελέτης και τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

Αρχικά, και τα δύο ερωτηματολόγια υπήρχαν ήδη σε ιστοσελίδα με δωρεάν χρήση τους σε όλες τις εκδόσεις και σε διαφορετικές γλώσσες.

Έπειτα, ζητήθηκε άδεια έγκρισης διεξαγωγής της μελέτης από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου " Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ", για την πραγματοποίηση της έρευνας στους χώρους της ΜΕΘ. Μετά την υποβολή των αιτημάτων, λήφθηκε η απαραίτητη γραπτή έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο (Παράρτημα ΙΙΙ). Επίσης, εξασφαλίστηκε η απαραίτητη έγκριση από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, σύμφωνα με την οποία, η έρευνα δεν προσκρούει σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας (Παράρτημα ΙV).

Τέλος, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και τη διατήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας τους. Επιπλέον, πληροφορήθηκαν για το δικαίωμα απόσυρσης της συμμετοχής τους στην παρούσα μελέτη χωρίς την υποχρέωση αιτιολόγησης αυτής της απόφασης.

4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις ικανοποίησης φροντίδας ασθενών, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το δείγμα αποτελείται από 78 συμμετέχοντες, το 59,7% των οποίων ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν τα 51 έτη (SD=15,6 έτη). Επίσης, το 75,3% ζούσε στην πόλη που βρισκόταν το νοσοκομείο του ασθενούς. Το 35,1% είχε πανεπιστημιακή εκπαίδευση, το 27,3% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 14,3% Γυμνασίου, το 13% κατείχε Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο, ενώ το 10,4% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 1

Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων

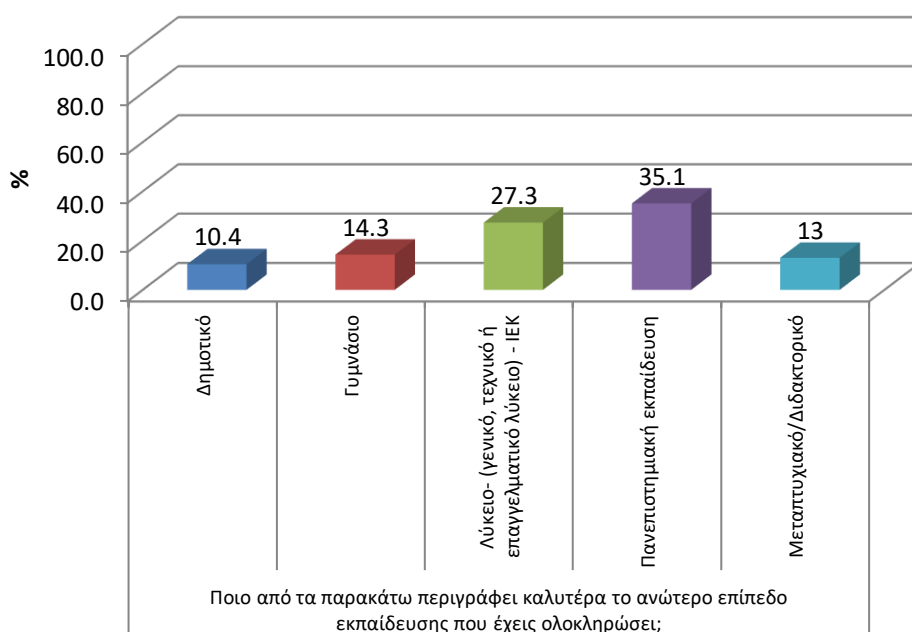
		N	%
Φύλο	Ανδρας	31	40,3
	Γυναίκα	46	59,7
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		51,01 (15,6)	
Που ζεις;	Στην πόλη που βρίσκεται το νοσοκομείο	58	75,3
	Εκτός πόλεως	19	24,7
Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχεις ολοκληρώσει;	Δημοτικό	8	10,4
	Γυμνάσιο	11	14,3
	Λύκειο- (γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό λύκειο) - ΙΕΚ	21	27,3
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	27	35,1
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	10	13,0

Σημείωση: Η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες και διαμένει στην ίδια πόλη όπου βρίσκεται το νοσοκομείο

Ακολουθεί το γράφημα για το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 1

Επίπεδο Εκπαίδευσης Συμμετεχόντων



Σημείωση: Η πλειοψηφία του δείγματος έχει ολοκληρώσει σπουδές στην ανώτατη εκπαίδευση

Στη συνέχεια παρατίθενται τα στοιχεία για τη σχέση των συμμετεχόντων με τον ασθενή στη ΜΕΘ. Το 24,7% ήταν γυναίκα σύζυγος και το ίδιο ποσοστό γιος τους ασθενούς. Το 13% ήταν κόρη, το 10,4% ήταν άντρας σύζυγος και το ίδιο ποσοστό αδερφή. Το 28,9% είχε εμπειρία στη ΜΕΘ και άλλο μέλος της οικογένειας πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν και το 51,9% ζούσε με τον ασθενή που νοσηλευόταν. Ανάμεσα σε αυτούς που δεν ζούσαν, το 40,7% τον έβλεπε πάνω από μία φορά την εβδομάδα, το 33,3% εβδομαδιαία, το 22,2% μηνιαία και το 3,7% ετήσια.

Πίνακας 2

Η σχέση των ερωτηθέντων με τον ασθενή που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ

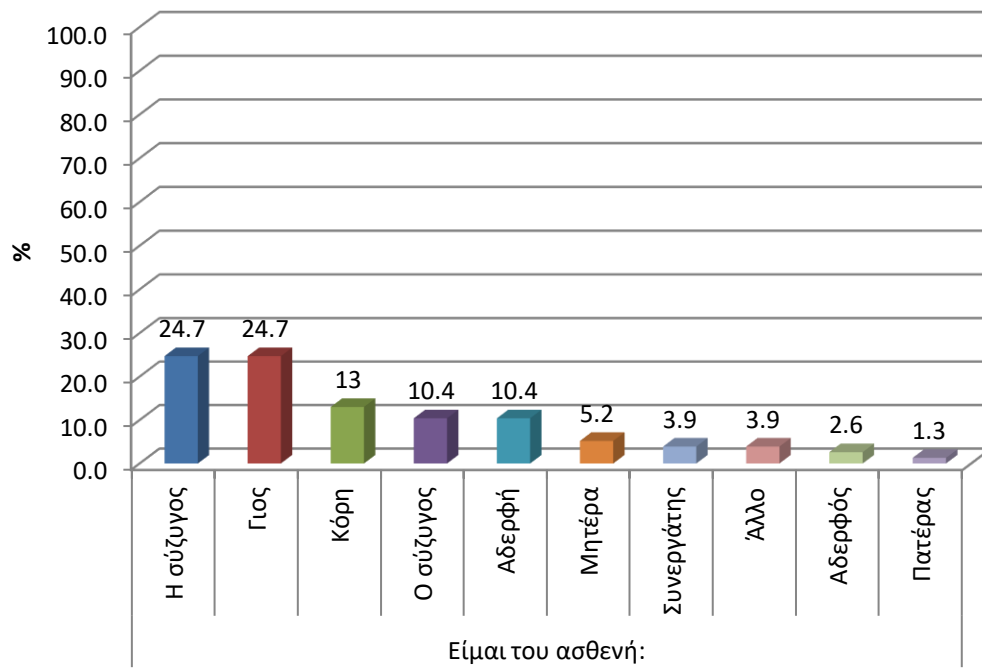
		N	%
Είμαι του ασθενή:	Η σύζυγος	19	24,7
	Ο σύζυγος	8	10,4
	Συνεργάτης	3	3,9
	Μητέρα	4	5,2
	Πατέρας	1	1,3
	Αδερφή	8	10,4
	Αδερφός	2	2,6
	Κόρη	10	13,0
	Γιος	19	24,7
	Άλλο	3	3,9
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ	Όχι	54	71,1
	Ναι	22	28,9
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή	Όχι	37	48,1
	Ναι	40	51,9
Εάν όχι, τότε κατά μέσο όρο πόσο συχνά βλέπεις τον ασθενή?	Πάνω από μια φορά την εβδομάδα	11	40,7
	Εβδομαδιαία	9	33,3
	Μηνιαία	6	22,2
	Ετήσια	1	3,7

Σημείωση: Η πλειοψηφία του δείγματος δεν είχε προηγούμενη εμπειρία από τη ΜΕΘ πέραν του πρόσφατου γεγονότος

Δίνεται το γράφημα για τη σχέση των συμμετεχόντων με τον ασθενή.

Γράφημα 2

Η συγγενική σχέση των συμμετεχόντων με τον νοσηλευόμενο ασθενή

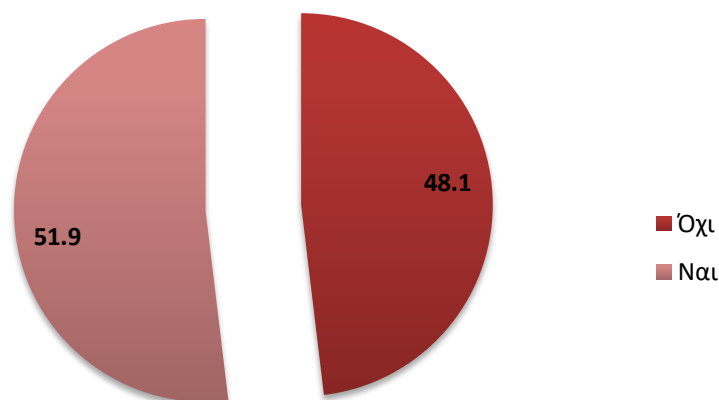


Σημείωση: Τα ποσοστά συγγένειας της συζύγου και του γιου είναι ίσα

Στη συνέχεια δίνεται και το γράφημα για το αν ζουν μαζί με αυτόν.

Γράφημα 3

Η διαμονή των ερωτηθέντων σε σχέση με τον ασθενή



Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή;

Σημείωση: Η πλειοψηφία των συγγενών ζει μαζί με τον ασθενή

5.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ (HARVARD)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο σχετικά με το τραύμα. Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μία κλίμακα από 1 έως 4 μονάδες, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «Καθόλου» και το 4 το «Πάρα πολύ». Υψηλότερες τιμές σε κάθε ερώτηση και στη συνολική κλίμακα που υπολογίστηκε ως μέσος όρος των ερωτήσεων αντιστοιχούν σε εντονότερα συμπτώματα τραύματος. Εντονότερο ήταν το πρόβλημα σχετικά με την αίσθηση εξάντλησης, για την οποία η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 2,42 μονάδες (SD=0,86 μονάδες). Ακολουθούσαν οι διαταραχές ύπνου και η ανάτρεξη σε σκέψεις ή μνήμες τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων με μέσες τιμές 2,32 μονάδες (SD=0,95 μονάδες) και 2,31 μονάδες αντίστοιχα (SD=0,86 μονάδες). Αντίθετα, λιγότερο έντονη ήταν η αίσθηση διαχωρισμού σε 2 άτομα όπου το ένα παρακολουθεί τι κάνει το άλλο και το αίσθημα εκδίκησης, με μέσες τιμές 1,53 μονάδες (SD=0,77

μονάδες) και 1,32 μονάδες αντίστοιχα (SD=0,61 μονάδες). Η συνολική κλίμα συμπτωμάτων τραύματος είχε μέση τιμή 1,92 μονάδες (SD=0,62 μονάδες).

Πίνακας 3

Η κλίμακα του Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) των συγγενών του νοσηλευόμενου ασθενή

	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Ανάτρεξη σε σκέψεις ή μνήμες τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων	2,31 (0,86)	2 (2 – 3)
Αίσθηση ότι το γεγονός συμβαίνει ξανά.	2,15 (0,88)	2 (1 – 3)
Συχνοί εφιάλτες	1,87 (0,77)	2 (1 – 2)
Αίσθηση αποκοπής από τους ανθρώπους	1,88 (0,98)	2 (1 – 3)
Ανικανότητα συναισθημάτων	1,81 (0,91)	2 (1 – 2)
Αίσθηση ασταθών, μικρών συναισθημάτων.	1,97 (0,74)	2 (1 – 3)
Δυσκολία συγκέντρωσης	2,27 (0,93)	2 (2 – 3)
Διαταραχή στον ύπνο	2,32 (0,95)	2 (2 – 3)
Αίσθηση επιφυλακής	2,26 (0,99)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ερεθισμού ή ξεσπασμάτων θυμού	2,13 (1,01)	2 (1 – 3)
Αποφυγή δραστηριοτήτων που θυμίζουν ένα τραυματικό ή οδυνηρό γεγονός	1,96 (1,02)	2 (1 – 3)
Ανικανότητα θύμησης των πιο τραυματικών και οδυνηρών γεγονότων	1,73 (0,86)	1 (1 – 2)
Λιγότερο Ενδιαφέρον σε καθημερινές δραστηριότητες	2,26 (0,97)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ότι δεν έχεις μέλλον	2,04 (0,97)	2 (1 – 3)
Αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων σχετικά με τραυματική ή οδυνηρά γεγονότα	1,91 (0,8)	2 (1 – 2)
Ξαφνική συναισθηματική ή φυσική αντίδραση στην θύμηση τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων	2,01 (0,95)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ότι έχεις λιγότερες δεξιότητες από πριν	2,01 (0,88)	2 (1 – 3)
Αίσθηση δυσκολίας αντιμετώπισης νέων καταστάσεων	2,13 (0,96)	2 (1 – 3)

Αίσθηση εξάντλησης	2,42 (0,86)	2 (2 – 3)
Σωματικός Πόνος	1,95 (0,84)	2 (1 – 2)
Ανησυχία από φυσικά προβλήματα	1,83 (0,73)	2 (1 – 2)
Φτωχή μνήμη	1,88 (0,91)	2 (1 – 2)
Ανακαλύπτεις από άλλους	1,76 (0,78)	2 (1 – 2)
Δυσκολία τήρησης προσοχής	1,85 (0,77)	2 (1 – 2)
Αίσθηση ότι χωρίζεσαι σε 2 άτομα όπου το ένα παρακολουθεί τι κάνει το άλλο.	1,53 (0,77)	1 (1 – 2)
Αίσθηση ανικανότητα οργάνωσης ημερήσιων σχεδίων	1,97 (0,92)	2 (1 – 3)
Ενοχή για πράγματα που έχουν συμβεί	1,96 (0,99)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ενοχής ότι έχεις επιζήσει	1,77 (0,9)	2 (1 – 2)
Χωρίς ελπίδα	1,74 (0,91)	1 (1 – 2)
Αίσθηση ντροπής των τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων που συνέβηκαν σε σένα	1,6 (0,8)	1 (1 – 2)
Αίσθηση ότι οι άνθρωποι δεν καταλαβαίνουν τι έχει συμβεί σε σένα	2,09 (0,91)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί απέναντί σου	1,6 (0,67)	1,5 (1 – 2)
Αίσθηση ότι δεν έχεις κάποιον να βασίζεσαι	1,77 (0,87)	2 (1 – 2)
Αίσθηση ότι κάποιος που εμπιστευόσουν σε πρόδωσε	1,67 (0,86)	1 (1 – 2)
Αίσθηση ταπείνωσης από τις εμπειρίες σου	1,55 (0,82)	1 (1 – 2)
Αίσθηση ότι δεν υπάρχει εμπιστοσύνη σε άλλους	1,78 (0,89)	2 (1 – 2)
Αίσθηση αδυναμίας στη βοήθεια άλλων	1,88 (0,93)	2 (1 – 2)
Ξοδεύοντας χρόνο σε σκέψεις γιατί τέτοια γεγονότα συνέβηκαν σε σένα	1,95 (0,98)	2 (1 – 3)
Αίσθηση ότι είσαι ο μόνος που έχεις υποφέρει καταστάσεις	1,79 (0,89)	2 (1 – 2)
Αίσθηση ανάγκη για εκδίκηση	1,32 (0,61)	1 (1 – 1)
Συνολική κλίμακα συμπτωμάτων τραύματος	1,92 (0,62)	1,79 (1,43 – 2,35)

Σημείωση: Η αίσθηση εξάντλησης έχει τη μεγαλύτερη μέση τιμή των απαντήσεων

Χρησιμοποιώντας σαν όριο τις 2,5 μονάδες, όσοι είχαν βαθμολογία πάνω από αυτό θεωρούταν ότι έχουν συμπτώματα τραύματος. Χρησιμοποιώντας το όριο αυτό στο συγκεκριμένο δείγμα το 17,9% προέκυψε ότι εμφανίζει συμπτώματα PTSD.

Πίνακας 4

Εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή

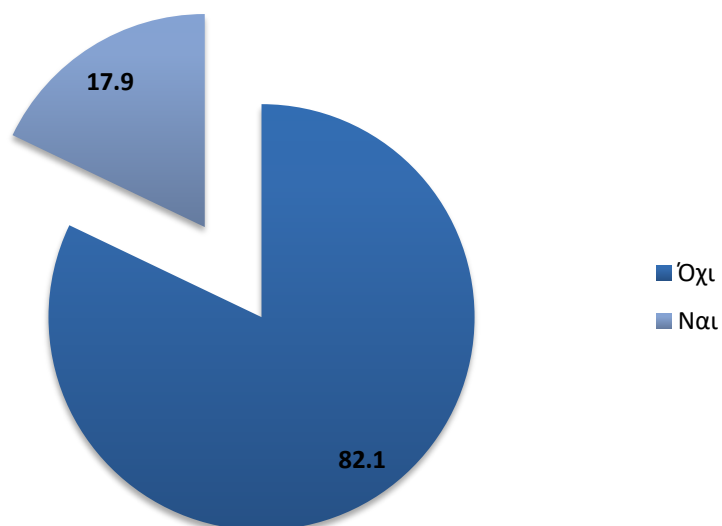
		N	%
Εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος	Όχι	64	82,1
	Ναι	14	17,9

Σημείωση: Συμπτώματα PTSD εμφάνισε το 17,9% του δείγματος

Δίνεται και το γράφημα σχετικά με την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων.

Γράφημα 4

Η εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος στο οικείο περιβάλλον του ασθενή



Σημείωση: Η πλειοψηφία του δείγματος δεν εμφάνισε συμπτώματα μετατραυματικού στρες

5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ (FS-ICU24)

Παρακάτω δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα ικανοποίησης της οικογένειας από τη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ (FS-ICU24). Η κλίμακα αποτελείται από 24 ερωτήσεις 14 από τις οποίες αφορούν στην ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα και 10 στην ικανοποίηση από τη συμμετοχή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων. Τα σκορ ικανοποίησης κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες και υψηλότερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Αρχικά παρατίθεται ο πίνακας των αναλυτικών απαντήσεων των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της ικανοποίησης από τη φροντίδα. Μεγαλύτερο ποσοστό μεγάλης έως απόλυτης ικανοποίησης, 75,4%, παρατηρήθηκε σχετικά με τις δεξιότητες και ικανότητες των νοσηλευτών στη ΜΕΘ και ακολουθούσε με 65% η ικανοποίηση από το πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε την δύσπνοια του μέλους της οικογένειας. Αντίθετα, μικρότερη ήταν η ικανοποίηση από το επίπεδο ή την ποσότητα φροντίδας υγείας που έλαβε το μέλος της οικογένειάς σας στη ΜΕΘ (41% μεγάλη έως απόλυτη ικανοποίηση) και με την ατμόσφαιρα (διάθεση) στην αίθουσα αναμονής της ΜΕΘ (41,4% μεγάλη έως απόλυτη ικανοποίηση).

Πίνακας 5

Κλίμακα ικανοποίησης της οικογένειας από τη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ (FS-ICU24)

		N	%	% Πολύ- Απόλυτα ικανοποιημένοι
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Ανησυχία και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	5	6,4	53,9
	Λίγο δυσαρεστημένοι	4	5,1	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	27	34,6	
	Πολύ ικανοποιημένοι	29	37,2	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	13	16,7	
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε τον πόνο του μέλους της οικογένειάς σας;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,1	62,8
	Λίγο δυσαρεστημένοι	3	3,8	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	22	28,2	
	Πολύ ικανοποιημένοι	33	42,3	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	16	20,5	
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε την δύσπνοια του μέλους της οικογένειάς σας;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,2	65,0
	Λίγο δυσαρεστημένοι	3	3,9	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	20	26,0	
	Πολύ ικανοποιημένοι	30	39,0	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	20	26,0	
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε την ανησυχία του μέλους της οικογένειάς σας;	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,9	51,3
	Λίγο δυσαρεστημένοι	11	14,5	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	23	30,3	
	Πολύ ικανοποιημένοι	26	34,2	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	13	17,1	
Εκτίμηση των αναγκών σας;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	50,7
	Λίγο δυσαρεστημένοι	11	14,3	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	25	32,5	
	Πολύ ικανοποιημένοι	27	35,1	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	12	15,6	
Συναισθηματική υποστήριξη;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,3	44,7
	Λίγο δυσαρεστημένοι	15	19,7	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	23	30,3	
	Πολύ ικανοποιημένοι	22	28,9	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	12	15,8	
Συντονισμός της περίθαλψης;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	54,6
	Λίγο δυσαρεστημένοι	3	3,9	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	30	39,0	
	Πολύ ικανοποιημένοι	26	33,8	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	16	20,8	

Ανησυχία και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,9	54,3
	Λίγο δυσαρεστημένοι	8	10,4	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	25	32,5	
	Πολύ ικανοποιημένοι	26	33,8	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	15	19,5	
Δεξιότητες και ικανότητες των νοσηλευτών της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	75,4
	Λίγο δυσαρεστημένοι	4	5,2	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	13	16,9	
	Πολύ ικανοποιημένοι	34	44,2	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	24	31,2	
Συχνότητα επικοινωνίας με νοσηλευτές της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,3	45,4
	Λίγο δυσαρεστημένοι	10	13,3	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	27	36,0	
	Πολύ ικανοποιημένοι	23	30,7	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	11	14,7	
Δεξιότητες και ικανότητες των ιατρών της ΜΕΘ (Όλοι οι γιατροί, συμπεριλαμβανομένων των ειδικευομένων);	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,8	62,8
	Λίγο δυσαρεστημένοι	5	6,4	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	21	26,9	
	Πολύ ικανοποιημένοι	33	42,3	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	16	20,5	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ατμόσφαιρα (διάθεση) στην αίθουσα αναμονής της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	41,4
	Λίγο δυσαρεστημένοι	18	23,1	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	26	33,3	
	Πολύ ικανοποιημένοι	19	24,4	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	13	16,7	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ατμόσφαιρα (διάθεση) της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,1	48,7
	Λίγο δυσαρεστημένοι	11	14,1	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	25	32,1	
	Πολύ ικανοποιημένοι	26	33,3	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	12	15,4	
Πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από την συμμετοχή σας στις ημερήσιες επισκεψεις (των γιατρών και νοσηλευτών);	Πολύ δυσαρεστημένοι	6	8,0	46,7
	Λίγο δυσαρεστημένοι	9	12,0	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	25	33,3	
	Πολύ ικανοποιημένοι	21	28,0	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	14	18,7	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τη συμμετοχή σας στη φροντίδα του ασθενούς σε κρίσιμη κατάσταση μέλους της οικογένειάς σας;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,1	46,1
	Λίγο δυσαρεστημένοι	12	15,4	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	26	33,3	
	Πολύ ικανοποιημένοι	22	28,2	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	14	17,9	

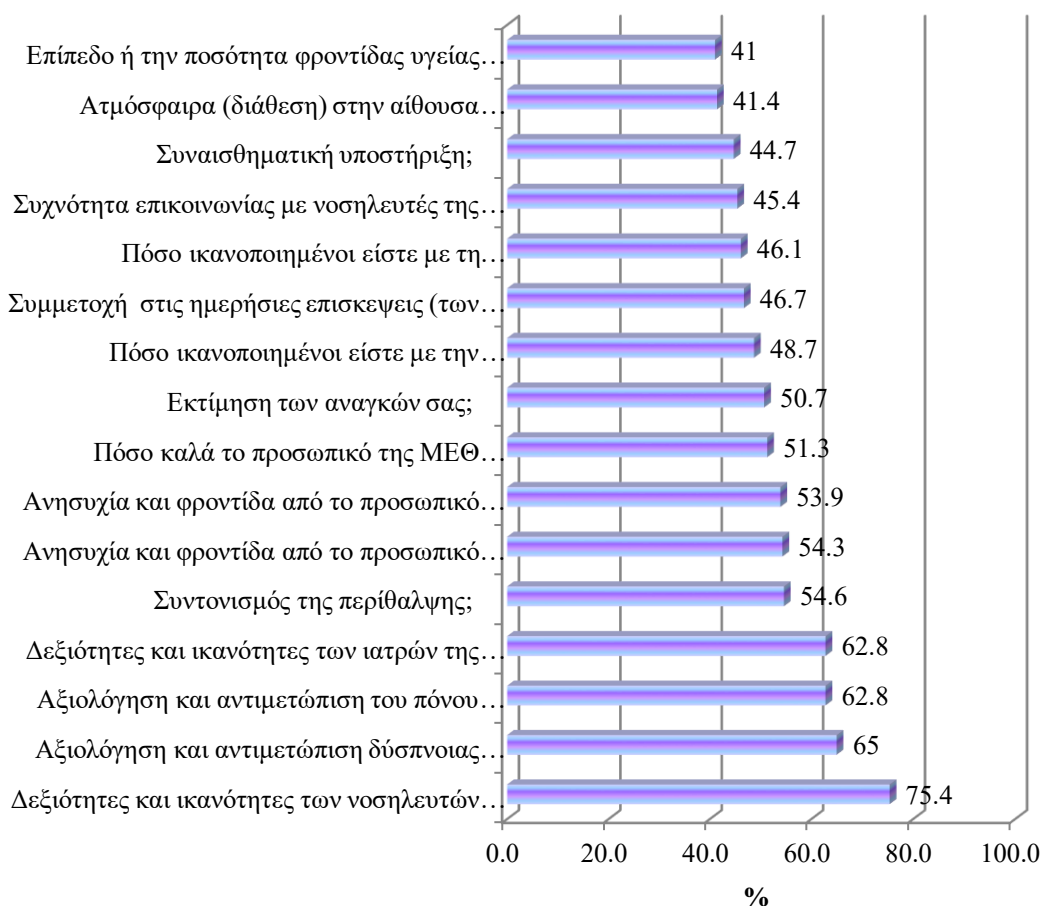
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το επίπεδο ή την ποσότητα φροντίδας υγείας που έλαβε το μέλος της οικογένειάς σας στη ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,8	41,0
	Λίγο δυσαρεστημένοι	4	5,1	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	39	50,0	
	Πολύ ικανοποιημένοι	22	28,2	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	10	12,8	

Σημείωση: Τα σκορ ικανοποίησης κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες και υψηλότερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση

Έπεται το γράφημα των ερωτήσεων για την ικανοποίηση σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς, σε φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 5

Η Κλίμακα ικανοποίησης των συγγενών από την παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ (FS-ICU24)



Σημείωση: Μικρότερη είναι η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την ατμόσφαιρα που επικρατεί στην αίθουσα αναμονής της ΜΕΘ

Όσον αφορά την ικανοποίηση από τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων το 49,4% ήταν πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι από την ευκολία στη λήψη των πληροφοριών και το 48,1% από την ειλικρίνεια αυτών. Μικρότερη ήταν η ικανοποίηση από την αίσθηση ελέγχου της φροντίδας του ασθενούς και από την επάρκεια του χρόνου για τη διατύπωση ανησυχιών και ερωτημάτων (31,6% και 26% αντίστοιχα).

Πίνακας 6

Κλίμακα ικανοποίησης του συγγενικού περιβάλλοντος από τη λήψη αποφάσεων γύρω από την φροντίδα ασθενών στη ΜΕΘ (FS-ICU24)

		N	%	% Πολύ-Απόλυτα ικανοποιημένοι
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Συχνότητα επικοινωνίας με τους γιατρούς της ΜΕΘ;	Πολύ δυσαρεστημένοι	0	0,0	46,8
	Λίγο δυσαρεστημένοι	9	11,7	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	32	41,6	
	Πολύ ικανοποιημένοι	20	26,0	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	16	20,8	
Ευκολία στη λήψη πληροφοριών;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	49,4
	Λίγο δυσαρεστημένοι	10	13,0	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	27	35,1	
	Πολύ ικανοποιημένοι	25	32,5	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	13	16,9	
Κατανόηση των πληροφοριών;	Πολύ δυσαρεστημένοι	4	5,2	45,5
	Λίγο δυσαρεστημένοι	11	14,3	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	27	35,1	
	Πολύ ικανοποιημένοι	23	29,9	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	12	15,6	
Ειλικρίνεια των πληροφοριών;	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,9	48,1
	Λίγο δυσαρεστημένοι	9	11,7	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	28	36,4	
	Πολύ ικανοποιημένοι	20	26,0	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	17	22,1	
Πληρότητα των πληροφοριών;	Πολύ δυσαρεστημένοι	2	2,6	43,6
	Λίγο δυσαρεστημένοι	8	10,3	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	34	43,6	

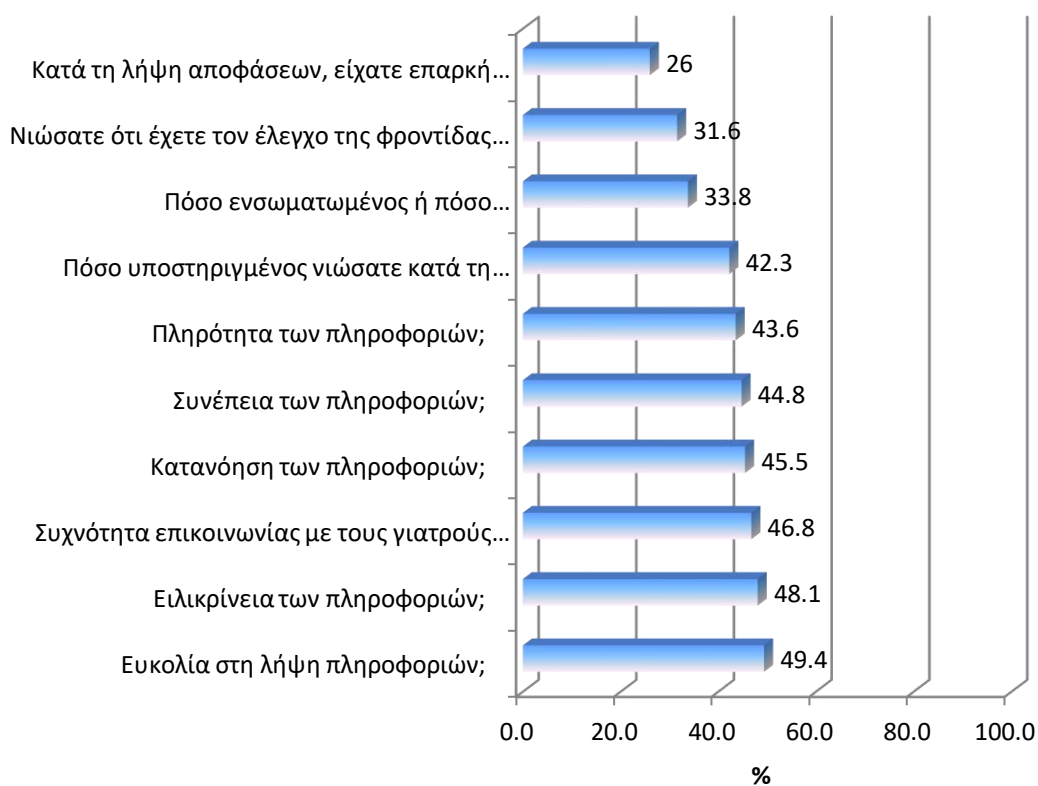
	Πολύ ικανοποιημένοι	25	32,1	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	9	11,5	
Συνέπεια των πληροφοριών;	Πολύ δυσαρεστημένοι	3	3,8	44,8
	Λίγο δυσαρεστημένοι	5	6,4	
	Κυρίως ικανοποιημένοι	35	44,9	
	Πολύ ικανοποιημένοι	26	33,3	
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	9	11,5	
Πόσο ενσωματωμένος ή πόσο αποκλεισμένος αισθάνθηκες από την διαδικασία λήψης απόφασης;	Ένωσα πολύ αποκλεισμένος	6	7,8	33,8
	Ένωσα κάπως αποκλεισμένος	15	19,5	
	Δεν ένωσα ούτε ενσωματωμένος ούτε αποκλεισμένος από την διαδικασία λήψης απόφασης	30	39,0	
	Ένωσα κάπως ενσωματωμένος	21	27,3	
	Ένωσα πολύ ενσωματωμένος	5	6,5	
Πόσο υποστηριγμένος νιώσατε κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων;	Ένωσα εντελώς ανυποστήρικτος	4	5,1	42,3
	Ένωσα λίγο ανυποστήρικτος	18	23,1	
	Ένωσα ούτε ότι είχα υποστήριξη ούτε ανυποστήρικτος	23	29,5	
	Ένωσα ότι είχα υποστήριξη	26	33,3	
	Ένωσα ότι είχα πολύ υποστήριξη	7	9,0	
Νιώσατε ότι έχετε τον έλεγχο της φροντίδας του μέλους της οικογένειάς σας;	Ένωσα πραγματικά εκτός ελέγχου και ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανέλαβε και υπαγόρευσε τη φροντίδα	4	5,3	31,6
	Ένωσα κάπως εκτός ελέγχου και ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανέλαβε και υπαγόρευσε τη φροντίδα	18	23,7	
	Ένωσα ούτε ότι είχα τον έλεγχο ούτε ότι ήμουν εκτός ελέγχου	30	39,5	
	Ένωσα ότι είχα κάποιο έλεγχο στην φροντίδα που το μέλος της οικογένειας μου έλαβε	19	25,0	
	Ένωσα ότι είχα τον έλεγχο στην φροντίδα που το μέλος της οικογένειας μου έλαβε	5	6,6	
Κατά τη λήψη αποφάσεων, είχατε επαρκή χρόνο για να διατυπώσετε τις ανησυχίες σας και να απαντηθούν τα ερωτήματά σας	Ο χρόνος που είχα ήταν σίγουρα ανεπαρκής	9	11,7	26,0
	Ο χρόνος που είχα ήταν ελαφρώς ανεπαρκής	15	19,5	
	Ο χρόνος που είχα ήταν επαρκής	33	42,9	
	Ο χρόνος που είχα ήταν παραπάνω από επαρκής	17	22,1	
	Ο χρόνος που είχα ήταν πολύ περισσότερο από αρκετός	3	3,9	

Σημείωση: Τα σκορ ικανοποίησης κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες και υψηλότερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση

Έπειτα δίνεται το γράφημα των ερωτήσεων για την ικανοποίηση σχετικά με τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα του ασθενούς, σε φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 5

Η Κλίμακα ικανοποίησης των συγγενών από τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για την παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ (FS-ICU24)



Σημείωση: Μικρότερη είναι η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την επάρκεια χρόνου για τη διατύπωση ανησυχιών και ερωτημάτων στο προσωπικό της ΜΕΘ

Έπεται ο πίνακας με τα επιπλέον σχόλια των ασθενών για την νοσηλεία των συγγενών/γνωστών στη ΜΕΘ. Οι προτάσεις βελτίωσης αφορούσαν κυρίως στην επάρκεια του προσωπικού και του εξοπλισμού. Στα θετικά αναφέρθηκε η ενσυναίσθηση/ αυταπάρνηση, η άρτια εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη, ενώ ζητούμενο ήταν κυρίως ο επιπλέον χρόνος στο επισκεπτήριο και οι περισσότερες πληροφορίες και διευκρινίσεις.

Πίνακας 6

Προτάσεις βελτίωσης

	N	%
Έχεις κάποιες προτάσεις για το πώς θα βελτιώσουμε την παρεχόμενη φροντίδα στη ΜΕΘ?		
Επαρκές προσωπικό για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών	3	3,9
Καλύτερο εξοπλισμό-Καλύτερη διάθεση από το προσωπικό	2	2,6
Καλύτερο επισκεπτήριο	1	1,3
Λιγότεροι ασθενείς στους νοσηλευτές ώστε να δίνεται καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς	2	2,6
Να υπάρχει το κατάλληλο υλικό	1	1,3
Σχολαστικά μέτρα αντισηψίας	1	1,3
Ψυχολογική υποστήριξη στους γονείς	1	1,3
Έχεις κάποια σχόλια για το τι κάναμε καλά;		
Ενσυναίσθηση-Αυταπάρνηση	1	1,3
Άρτια εκπαίδευση και επαρκές γνώσεις	1	1,3
Με το υπάρχων προσωπικό γίνονται πράγματα με το παραπάνω	1	1,3
Τα πάντα ήταν καλά	3	3,9
Ψυχολογική υποστήριξη των μελών της οικογένειας	1	1,3
Έχεις κάποιες προτάσεις πως θα μπορούσε να βελτιωθεί η εμπειρία σας στην ΜΕΘ για εσένα και το μέλος της οικογένειας σου?		
Ευέλικτο επισκεπτήριο-Περισσότερη ώρα	8	10,4
Περισσότερες διευκρινίσεις και πληροφορίες	4	5,2
Λιγότεροι επισκέπτες σε κάθε ασθενή	1	1,3
Μουσική που να μην του ξυπνάει κακές αναμνήσεις σύμφωνα με τα ακούσματα του	1	1,3
Να είναι ένα ιατρός για ενημέρωση, οι πολλοί μπερδεύουν	1	1,3
Να φροντίζω τον άνθρωπο μου	1	1,3
Περισσότερες προσλήψεις ώστε να αντιμετωπίζονται όλα τα προβλήματα που προκύπτουν	1	1,3
Περισσότερη επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και μελών της οικογένειας όταν αυτό είναι εφικτό	1	1,3

Περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό-Συνεχόμενα επιμορφωτικά σεμινάρια	3	3,9
---	---	-----

Σημείωση: Πρόταση για βελτίωση κυρίως αποτελεί ο επιπλέον χρόνος στο επισκεπτήριο

Τα περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων ικανοποίησης δίνονται στον πίνακα 7. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η ικανοποίηση από τη φροντίδα κυμαινόταν από 7,8 έως 100 μονάδες, με μέση τιμή 62,9 μονάδες (SD=22,2 μονάδες) και η ικανοποίηση από τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων από 7,5 μονάδες έως 100 με μέση τιμή 57,3 μονάδες (SD=20,2 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν 0,92 και για τις δύο διαστάσεις, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Πίνακας 7

Τα περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων ικανοποίησης

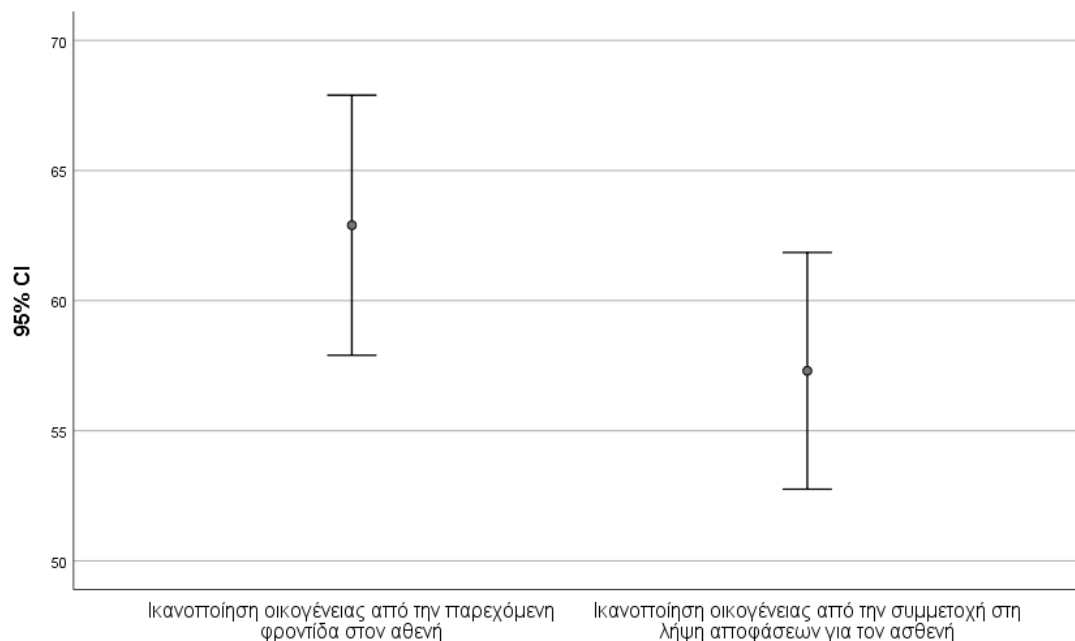
	Ελάχιστ η τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Ικανοποίηση οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή	7,8	100,0	62,9 (22,2)
Ικανοποίηση οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή	7,5	100,0	57,3 (20,2)

Σημείωση: Η βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης της οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή κυμαίνεται από 7,8 έως 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 62,9 μονάδες (SD=22,2 μονάδες), ενώ για τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή η βαθμολογία κυμαίνεται από 7,5 έως 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 57,3 μονάδες (SD=20,2 μονάδες)

Δίνεται το γράφημα των βαθμολογιών στις διαστάσεις ικανοποίησης.

Γράφημα 6

Οι διαστάσεις της ικανοποίησης



Σημείωση: Η ικανοποίηση της οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την ικανοποίηση των συγγενών από τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων

5.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων ικανοποίησης ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος. Η βαθμολογία βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος, καθώς όσοι εμφάνιζαν συμπτώματα είχαν μικρότερη ικανοποίηση και στις δύο διαστάσεις, σε σχέση με όσους δεν εμφάνιζαν.

Πίνακας 8

Τα περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων ικανοποίησης ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος

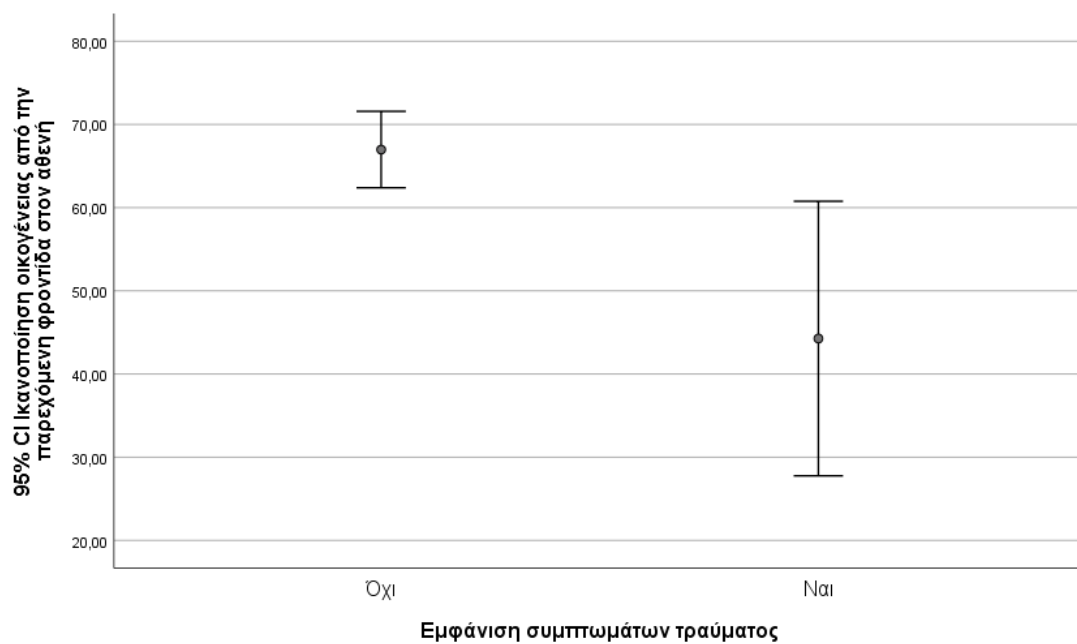
	Εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος		P
	Όχι	Ναι	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Ικανοποίηση οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή	67,0 (18,4)	44,3 (28,6)	0,012+
Ικανοποίηση οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή	60,9 (17,9)	40,8 (22,5)	<0,001+

+Student's t-test

Ακολουθεί το γράφημα ικανοποίησης από την φροντίδα ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος.

Γράφημα 7

Η ικανοποίηση της οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα του ασθενή ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες

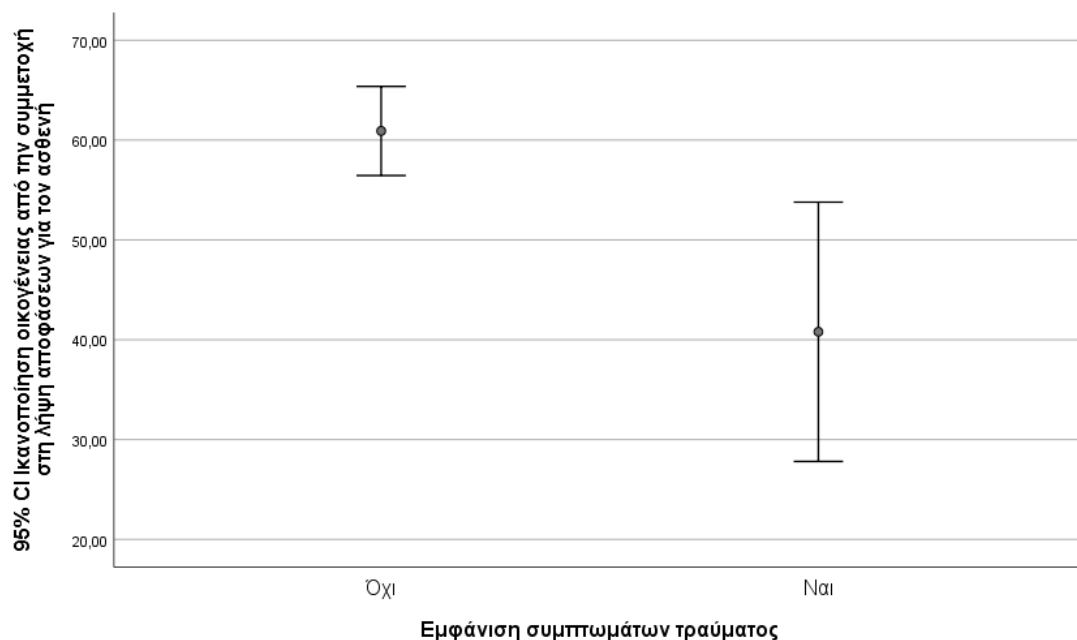


Σημείωση: Σε αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης η εμφάνιση συμπτωμάτων του τραύματος μειώνεται

Δίνεται και το γράφημα ικανοποίησης από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος.

Γράφημα 8

Η ικανοποίηση της οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες



Σημείωση: Η εμφάνιση συμπτωμάτων του τραύματος μειώνεται καθώς τα ποσοστά ικανοποίησης αυξάνονται

5.5 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Παρατίθεται ακολούθως ο πίνακας 9 για την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η εμφάνιση τραύματος δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με αυτά.

Πίνακας 9

Η εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		Εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	25	39,7	6	42,9	0,827+
	Γυναίκα	38	60,3	8	57,1	
Συγγένεια με ασθενή	Σύζυγος	23	36,5	4	28,6	0,871++
	Παιδί	23	36,5	6	42,9	
	Άλλο	17	27,0	4	28,6	
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ	Όχι	46	74,2	8	57,1	0,212++
	Ναι	16	25,8	6	42,9	
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή	Όχι	30	47,6	7	50,0	0,872+
	Ναι	33	52,4	7	50,0	
Που ζεις;	Στην πόλη που βρίσκεται το νοσοκομείο	47	74,6	11	78,6	0,999++
	Εκτός πόλεως	16	25,4	3	21,4	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό/Γυμνάσιο	18	28,6	1	7,1	0,337++
	Λύκειο- (γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό λύκειο) - ΙΕΚ	17	27,0	4	28,6	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	20	31,7	7	50,0	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	8	12,7	2	14,3	

+Pearson's X^2 test ++Fisher's exact test

Ακολούθως ελέγχθηκε και η εμφάνιση τραύματος ανάλογα με την ηλικία, χωρίς να προκύψει επίσης στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 10

Η εμφάνιση τραύματος ανάλογα με την ηλικία των ερωτηθέντων

	Εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος		P
	Όχι	Ναι	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Ηλικία	50,6 (16,0)	53,0 (14,2)	0,602+

+Student's t-test

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την ικανοποίηση από την φροντίδα και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Οι διαστάσεις ικανοποίησης λόγω της υψηλής συσχέτισής τους εισήχθησαν εκ περιτροπής στο μοντέλο και τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Μόνο οι διαστάσεις ικανοποίησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος. Μεγαλύτερη ικανοποίηση σε κάθε έναν τομέα σχετιζόταν συγκεκριμένα με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης τραύματος.

Πίνακας 11

Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και την ικανοποίηση από την φροντίδα και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

	OR (95% ΔΕ)÷	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,515 (0,093 – 2,860)	0,448
Ηλικία	1,060 (0,993 – 1,132)	0,082
Εκπαίδευση		
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs	0,050 (0,02 – 1,123)	0,059
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό		
Λύκειο- ΙΕΚ vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,195 (0,015 – 2,562)	0,214
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση vs	1,167 (0,129 –	0,891
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	10,596)	
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ; (Ναι vs Όχι)	3,650 (0,591 – 22,564)	0,164
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή; (Ναι vs Όχι)	1,689 (0,262 – 10,905)	0,582
Που ζεις; (Εκτός πόλεως Στην πόλη του νοσοκομείου)	0,884 (0,141 – 5,525)	0,895
Ικανοποίηση οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή	0,922 (0,877 – 968)	0,001
Ικανοποίηση οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή	0,936 (0,900 – 0,974)	0,001

÷Σχετικός λόγος (95% Διάστημα εμπιστοσύνης)

5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Παρακάτω ελέγχθηκαν οι διαστάσεις ικανοποίησης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ούτε η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, ούτε αυτή σχετικά με τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12

Οι διαστάσεις ικανοποίησης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		Ικανοποίηση οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	62,7 (21,4)	0,994+
	Γυναίκα	62,6 (22,9)	
Συγγένεια	Σύζυγος	67 (21,4)	0,276++
	Παιδί	62,9 (22,5)	
	Άλλο	56,6 (22,4)	
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ;	Όχι	62,3 (20,8)	0,840+
	Ναι	63,5 (26,2)	
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή;	Όχι	61,2 (24,8)	0,587+
	Ναι	64 (19,7)	
Που ζεις;	Στην πόλη που βρίσκεται το νοσοκομείο	63,5 (23,1)	0,576+
	Εκτός πόλεως	60,1 (19,4)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό/Γυμνάσιο	61,8 (18,3)	0,481++
	Λύκειο- (γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό λύκειο) - ΙΕΚ	58,4 (25,4)	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	63,1 (22,7)	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	71,8 (20,7)	

+Student's t-test ++ANOVA

Πίνακας 12

Ανάλυση για την ικανοποίηση της οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή

		Ικανοποίηση οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή	
		Μέση τιμή (SD)	P
Φύλο	Ανδρας	58,7 (19)	0,548+
	Γυναίκα	55,8 (20,9)	
Συγγένεια	Σύζυγος	60,5 (18)	0,244++
	Παιδί	58,1 (21,9)	
	Άλλο	50,9 (19,6)	
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ;	Όχι	54,8 (18,7)	0,161+
	Ναι	62 (23,2)	
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή;	Όχι	56,7 (22,4)	0,906+
	Ναι	57,2 (18)	
Που ζεις;	Στην πόλη που βρίσκεται το νοσοκομείο	58,2 (21,1)	0,361+
	Εκτός πόλεως	53,3 (16,8)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό/Γυμνάσιο	58 (16,9)	0,694++
	Λύκειο- (γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό λύκειο) - ΙΕΚ	55,1 (26,4)	
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	55,3 (17,3)	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	63,5 (19,1)	

+Student's t-test ++ANOVA

Στη συνέχεια δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson ανάμεσα στις διαστάσεις ικανοποίησης και την ηλικία. Οι συσχετίσεις δεν βρέθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 13

Οι διαστάσεις της ικανοποίησης των συμμετεχόντων σε σχέση με την ηλικία τους

		Ηλικία
Ικανοποίηση οικογένειας από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή	r	0,07
	P	0,554
Ικανοποίηση οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή	r	0,08
	P	0,485

Σημείωση: Οι συσχετίσεις δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την ικανοποίηση της οικογένειας από την νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή.

Κανένας από τους παρακάτω παράγοντες δεν σχετιζόταν ανεξάρτητα με την ικανοποίηση στη διάσταση αυτή.

Πίνακας 14

Η ικανοποίηση της οικογένειας από την νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία

	β +	SE++	b±	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-2,174	5,865	-0,048	0,712
Ηλικία	0,165	0,224	0,115	0,465
Εκπαίδευση				
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-13,835	10,202	-0,270	0,180
Λύκειο- ΙΕΚ vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-14,395	8,957	-0,290	0,113

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-9,195	8,850	-0,197	0,303
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ; (Ναι vs Όχι)	1,462	6,577	0,030	0,825
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή; (Ναι vs Όχι)	2,217	6,311	0,050	0,727
Που ζεις; (Εκτός πόλεως Στην πόλη του νοσοκομείου)	-2,270	6,262	-0,044	0,718
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής				

Σημείωση: Κανένας από τους παραπάνω παράγοντες δεν σχετίζονται ανεξάρτητα με την ικανοποίηση στη διάσταση αυτή

- Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση ικανοποίησης από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή.

Πίνακας 15

Η ικανοποίηση της οικογένειας από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή στη ΜΕΘ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία

	β+	SE++	b±	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-6,040	5,253	-0,148	0,254
Ηλικία	0,075	0,201	0,058	0,710
Εκπαίδευση	-6,292	9,137	-0,136	0,493
Δημοτικό/Γυμνάσιο vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-10,157	8,022	-0,226	0,210
Λύκειο- ΙΕΚ vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-7,728	7,926	-0,182	0,333
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση vs Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	7,769	5,890	0,175	0,192
Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ; (Ναι vs Όχι)	2,329	5,652	0,058	0,682
Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή; (Ναι vs Όχι)	-3,305	5,608	-0,071	0,558
Που ζεις; (Εκτός πόλεως Στην πόλη του νοσοκομείου)	-2,270	6,262	-00,044	0,718
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής				

Σημείωση: Κανένας από τους παραπάνω παράγοντες δεν σχετίζονται ανεξάρτητα με την ικανοποίηση από την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΥΤΗΣΗ

Το δείγμα προς μελέτη αποτελούνταν από 78 συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους γυναίκες (59,7%) οι οποίες ήταν κυρίως οι σύζυγοι (24,7%) και οι κόρες (13%) των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 71,1% δεν είχαν καμία άλλη προηγούμενη επαφή με την ΜΕΘ, πέραν του συγκεκριμένου περιστατικού. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν τα 51 έτη. Εξ' αυτών, 51,9% διέμεναν στην ίδια οικία με τον ασθενή, έχοντας καθημερινή επαφή μαζί του.

Όλοι οι συγγενείς των νοσηλευόμενων συγκέντρωσαν σχετικά μέτριες προς υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης, γεγονός που φανερώνει μια μέτρια προς καλή εικόνα όσον αφορά την ικανοποίησή τους από την παροχή φροντίδας στη ΜΕΘ (Μ.Τ 62,9 μονάδες). Η ικανοποίηση των συγγενών, όσον αφορούσε τη συμμετοχή τους για την λήψη αποφάσεων για τον ασθενή, κυμάνθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα (Μ.Τ 57,3 μονάδες). Το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών εξέφρασε ικανοποίηση από την νοσηλεία του συγγενικού του προσώπου στη ΜΕΘ, αναμφισβήτητα όμως αναγνωρίζεται ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης, κυρίως όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει το καλό επίπεδο ικανοποίησης, συμπίπτοντας με τα ευρήματα πολλών άλλων ερευνητών όπως των Hajj και συν., Ali και συν., Clark και συν. και των Χαλκίδη και συν., που χρησιμοποίησαν παρόμοιες αναλύσεις με το ερωτηματολόγιο FS-ICU 24R.^[45,121-123] Παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκριτικά με αυτά που προαναφέρθηκαν, σε ότι αφορούσε τους παραπάνω τομείς. Η έρευνα των Stricker και συν. που πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ Πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Ελβετίας, έδειξε ότι η βαθμολογία από την παροχή φροντίδας προς στον ασθενή ήταν υψηλότερη (Μ.Τ 79), ενώ όσον αφορά τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η μέση τιμή της

βαθμολογίας ήταν 78 μονάδες.^[116] Επιπλέον, όπως σε αυτή τη μελέτη έτσι και στη δική μας, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων δε σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο και την συγγενική τους σχέση με τον ασθενή.

Σε άλλες μελέτες, όπως αυτή των Heyland και συνεργατών του, παρατηρήθηκαν υψηλές βαθμολογίες σχετικά με την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή, με ποσοστό ικανοποίησης πάνω από 80%, ενώ όσον αφορά τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, το ποσοστό ήταν πάνω από 75%. Συγκεκριμένα, οι οικογένειες των ασθενών ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε θέματα που αφορούσαν τις ικανότητες και τα προσόντα του νοσηλευτικού προσωπικού (92,4%), τον σεβασμό και την συμπόνια που επέδειξε προς τον ασθενή, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό αντιμετώπιζε τον πόνο του νοσηλευόμενου.^[119] Η έρευνά μας ανέδειξε ότι οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ του Ελληνικού νοσοκομείου ήταν γενικά ικανοποιημένες, αν και οι βαθμολογίες τους κινούνταν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τις μελέτες των Heyland και συν., καθώς και των Stricker και συν. Η ικανοποίησή τους από τη φροντίδα του ασθενούς και την αξιολόγηση και αντιμετώπιση της δύσπνοιας καταγράφηκε στο 75,4% και 65% αντίστοιχα. Από την άλλη, χαμηλό ποσοστό (41%) εμφανίστηκε όσον αφορά το επίπεδο ή την ποσότητα φροντίδας υγείας. Τα ποσοστά αυτά μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι οι συγγενείς των ασθενών, λόγω του περιορισμένου επισκεπτηρίου, δεν είχαν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν λεπτομερώς τη δουλειά του νοσηλευτικού προσωπικού, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους. Έτσι, τα συμπεράσματά τους προέκυπταν κυρίως από τις σύντομες συνομιλίες που είχαν μαζί τους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Αυτές οι σύντομες συνομιλίες είχαν ως αποτέλεσμα επίσης, το σχετικά χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης στον τομέα

της επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό, με ποσοστό 46,8% και με το νοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 45,4%.

Στην έρευνα των Stricker και συν. προέκυψε ότι οι συγγενείς είχαν την τάση να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι, όσο λιγότερος ήταν ο χρόνος που είχαν στη διάθεσή τους κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ.^[116] Το γεγονός αυτό φαίνεται και στην έρευνά μας, από τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης που εμφανίστηκαν σε ερωτήσεις που σχετίζονταν με αυτές τις παραμέτρους. Μόνο το 41% των συγγενών δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένο από την ατμόσφαιρα στην αίθουσα αναμονής, ενώ ακόμα χαμηλότερο ποσοστό, το 26%, δήλωσε ότι ο χρόνος για να διατυπώσει τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες του ήταν επαρκής την ώρα του επισκεπτηρίου. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος που να χρησιμοποιείται ως αίθουσα αναμονής. Έτσι, το οικείο περιβάλλον των ασθενών είναι υποχρεωμένοι να περιμένουν έξω από τη ΜΕΘ όσο χρειάζεται προκειμένου να εισέλθουν. Επιπλέον, δεν υπάρχει κάποιος ασφαλής χώρος στον οποίο οι επισκέπτες να μπορούν να αφήσουν με ασφάλεια τα πράγματά τους.

Ένας τομέας που συγκέντρωσε χαμηλή βαθμολογία και, συνακόλουθα, δυσαρέσκεια από την πλευρά των συγγενών, ήταν αυτός που αφορούσε τη λήψη των αποφάσεων. Ειδικότερα, οι συγγενείς δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση σχετικά με τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούσαν τον ασθενή, με το ποσοστό για αυτήν την ερώτηση να κυμαίνεται περίπου στο 42%. Επίσης, στη συγκεκριμένη μελέτη προέκυψε ότι άτομα που είχαν μικρή ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις, είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Σχετικά με την ευκολία και την ειλικρινά στη λήψη των πληροφοριών που λαμβάνουν οι συγγενείς από το προσωπικό της ΜΕΘ, ποσοστό 49,4% και 48,1% αντίστοιχα, ήταν πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι.

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι ο υπεύθυνος για την παροχή πληροφοριών και την πλήρη ενημέρωση είναι ο θεράπων ιατρός, αλλά μπορεί επίσης να συμμετέχουν συμπληρωματικά και άλλοι συνεργάτες στην ενημέρωση.

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας ήταν, ότι το 17,9% των συμμετεχόντων εμφάνισε συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Εντονότερο ήταν το πρόβλημα σχετικά με την αίσθηση εξάντλησης, για την οποία η μέση τιμή των απαντήσεων ήταν 2,42 μονάδες (SD=0,86 μονάδες). Ακολουθούσαν οι διαταραχές ύπνου και η ανάτρεξη σε σκέψεις ή μνήμες τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων με μέσες τιμές 2,32 μονάδες (SD=0,95 μονάδες) και 2,31 μονάδες αντίστοιχα (SD=0,86 μονάδες). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες δε σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο και την συγγενική τους σχέση με τον ασθενή. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με αυτό των Anderson και συν. όπου η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α.^[52]

Μόνο οι διαστάσεις ικανοποίησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος. Μεγαλύτερη ικανοποίηση σε κάθε έναν τομέα σχετιζόταν συγκεκριμένα με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης τραύματος.

Στη μελέτη των Azoulay και συν. που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία, συμμετείχαν συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν σε 21 ΜΕΘ. Βρέθηκε ότι το 33,3% των ερωτηθέντων εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα PTSD. Η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός, όπως η εισαγωγή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ, μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος και ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.^[79]

Στην παρούσα έρευνα δεν έχει εξεταστεί η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού των συμμετεχόντων, οπότε δεν μπορούμε να αποκλείσουμε αν η δυσαρέσκεια των συγγενών τους προκαλεί το PTSD ή αν το PTSD προκαλεί τη δυσαρέσκεια λόγω της μειωμένης συμμετοχής των συγγενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, για τον ίδιο λόγο, δεν είναι δυνατό να υποθέσουμε με ακρίβεια εάν τα άτομα που αντιμετωπίζουν έντονο στρες, θεωρούν ότι οι πληροφορίες που λαμβάνουν στη ΜΕΘ χαρακτηρίζονται από έλλειψη πληρότητας ή εάν το ίδιο το άγχος τους είναι αυτό που τους προκαλεί την αίσθηση ότι οι πληροφορίες δεν είναι επαρκείς.

Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος που εμφανίζουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένα από την παρεχόμενη φροντίδα του ασθενούς τους στη ΜΕΘ, συγκριτικά με τα άτομα που δεν εμφάνιζαν συμπτώματα στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων της παρούσας μελέτης, προέκυψε ότι η εισαγωγή και η παραμονή ενός συγγενικού προσώπου στη μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου επηρεάζει ψυχολογικά το οικείο περιβάλλον του, δημιουργώντας την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων του PTSD, στην παρούσα μελέτη, έδειξε ότι δεν σχετίζεται με το φύλο, το μορφωτικό τους επίπεδο, την συγγενική τους σχέση με τον ασθενή, αλλά ούτε με την ηλικία των ερωτηθέντων.

Εντονότερο φάνηκε να είναι το πρόβλημα σχετικά με την αίσθηση εξάντλησης, τις διαταραχές ύπνου και την ανάτρεξη σε σκέψεις ή μνήμες

τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων στους συγγενείς του νοσηλευόμενου. Αντίθετα, λιγότερο έντονη είναι η αίσθηση διαχωρισμού της προσωπικότητας σε δύο άτομα και το αίσθημα εκδίκησης.

Γεγονός αποτελεί, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, ότι όσοι συγγενείς εμφανίζουν μικρή ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα του ασθενούς τους στη ΜΕΘ, καθώς και από τη λήψη αποφάσεων, παρουσίαζαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Συγκεκριμένα ως προς το ζήτημα της ικανοποίησης των συγγενών αποδείχθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι απολύτως ικανοποιημένο με τις δεξιότητες και τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ. Αντιθέτως, τα ποσοστά ικανοποίησης των συγγενών όσον αφορά την ποσότητα στην παροχή φροντίδας υγείας του ασθενούς από το υγειονομικό προσωπικό της μονάδας εντατικής θεραπείας και την επικρατούσα ατμόσφαιρα στην αίθουσα αναμονής, κυμαίνονται σε χαμηλότερα επίπεδα.

Επιπροσθέτως, στον τομέα της λήψης των αποφάσεων και τις επικοινωνίας, το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς φάνηκε να είναι αρκετά ικανοποιημένο, όσον αφορά την ευκολία και την ειλικρίνεια των πληροφοριών που λάμβαναν από το προσωπικό της μονάδας εντατικής θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, όμως, η έλλειψη επάρκειας χρόνου για τη διατύπωση ερωτήσεων και ανησυχιών ως προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, φαίνεται να δυσαρεστεί τους συγγενείς των ασθενών.

Σταχυολογώντας εκ των αποτελεσμάτων που πρόέκυψαν από την παρούσα έρευνα, φανερώνεται η επαρκής ικανοποίηση των συγγενών από την παροχή φροντίδας των ασθενών στη ΜΕΘ και την διαδικασία λήψης των αποφάσεων από το οικογενειακό του περίγυρο.

Συνοψίζοντας, το προσωπικό της ΜΕΘ, εφαρμόζοντας εξατομικευμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των συγγενών, συμβάλλει στη βελτίωση και

την ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς, ενισχύοντας την ικανοποίηση τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του. Αυτό οδηγεί σε καλύτερη προσέγγιση και ποιοτικότερη επικοινωνία, επιτρέποντας την έγκαιρη ανίχνευση πρώιμων συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στους συγγενείς, αποφεύγοντας έτσι μελλοντικά και σοβαρότερα προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με την ανάδυση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες (PTSD) στους συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας, προβάλλεται η ανάγκη για σχεδιασμό και εφαρμογή παρεμβάσεων, προκειμένου να αποφευχθούν οι επιπτώσεις αυτής της διαταραχής στη ζωή των ατόμων που τη βιώνουν.

Η πλήρης και ειλικρινής ενημέρωση καθώς και η ποιοτική επικοινωνία των συγγενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ, αποτελούν τις επιτακτικότερες ανάγκες του οικογενειακού περιβάλλοντος του νοσηλευόμενου.

Η ανάγκη μερικών συγγενών για ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και στην φροντίδα των δικών τους ανθρώπων, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ, φανερώνει την επιθυμία τους να μην παραμένουν απλοί επισκέπτες, αλλά να αναλαμβάνουν έναν πιο ενεργό ρόλο και δράση. Έτσι, η προώθηση μια ισχυρής συνεργασίας μεταξύ συγγενών και υγειονομικού προσωπικού, ολοένα και περισσότερο φαίνεται να κερδίζει έδαφος.

Για την καλύτερη προσέγγιση της οικογένειας και την αύξηση του βαθμού ικανοποίησής τους από τις ΜΕΘ, δύναται να εφαρμοστεί ένα νέο πρόγραμμα που θα λειτουργεί εντός των μονάδων εντατικής

θεραπείας του κάθε νοσοκομείου, στο οποίο μερικοί νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ, αναλαμβάνουν πλέον μόνο την εξολοκλήρου διαχείριση της οικογενείας (Family Care Specialist-FCS). Με αυτόν τον θεσμό οι συγγενείς θα εξασφαλίσουν ένα σταθερό σημείο αναφοράς, όπου θα έχουν την δυνατότητα να απευθυνθούν για όλες τους τις απορίες. Επιπλέον, η καθημερινή επαφή μαζί τους θα ενισχύσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και θα δημιουργήσει αίσθημα ασφάλειας στους συγγενείς. Το σύστημα FCS λειτούργησε με θετική αποδοχή όπου εφαρμόστηκε.^[124] Η έλλειψη κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, καθιστά την καθιέρωση του θεσμού των FCS δύσκολη αλλά όχι ανέφικτη.

Επίσης, η παρουσία ενός ενημερωτικού φυλλαδίου θα μπορούσε αρχικά και σε μεγάλο βαθμό να ικανοποιήσει την ανάγκη των συγγενών για ενημέρωση. Αυτό το φυλλάδιο θα περιείχε πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα και την ιδιότητα κάθε μέλους του προσωπικού της ΜΕΘ, τις ώρες επισκεπτηρίου, χρήσιμα τηλέφωνα, ώστε οι συγγενείς να μπορούν να ενημερώνονται ακόμα και τις ώρες που δεν βρίσκονται εκεί, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τα άτομα στα οποία πρέπει να απευθύνονται κάθε φορά που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Η εφαρμογή του είχε θετικά αποτελέσματα σε ΜΕΘ των ΗΠΑ, αυξάνοντας την ικανοποίηση των συγγενών σχετικά με τη λήψη πληροφοριών^[125] και σε μερικές περιπτώσεις, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης PTSD.^[126]

Μια ιδιαίτερη παρέμβαση για τον περιορισμό των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες των συγγενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, είναι τα ημερολόγια νοσηλείας (HN), όπου εφαρμόζονται κυρίως στις Σκανδιναβικές χώρες. Πρόκειται για ένα τετράδιο όπου αναγράφονται από το προσωπικό της ΜΕΘ τα στοιχεία εισαγωγής του ασθενή, τα καθημερινά γεγονότα και μερικές φορές εμπεριέχονται φωτογραφίες του ατόμου που νοσηλεύεται και του περιβάλλοντα χώρου, με τα σχετικά

σχόλια, πάντα με τη συγκατάθεση των συγγενών ή του ασθενούς, αν δεν είναι δυνατή η άποψή του. Στη συμπλήρωση του ημερολογίου συμμετέχει και το οικογενειακό περιβάλλον του νοσηλευόμενου κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου. Το ημερολόγιο φυλάσσεται ως έγγραφο προσωπικών δεδομένων ως την στιγμή της παράδοσης του στον ίδιο τον ασθενή από το προσωπικό του νοσοκομείου.^[127-129] Εκτιμάται ότι βοηθά τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τους συγγενείς του, καλύπτοντας τα κενά μνήμης, αυξάνοντας τις πληροφορίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και διευρύνοντας την κατανόηση των πραγματικών γεγονότων στη ΜΕΘ, ενώ διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και των συγγενών του.^[128-130] Τα ημερολόγια νοσηλείας φαίνεται να αποτελούν μια ενδιαφέρουσα επιλογή προληπτικής παρέμβασης για τους ασθενείς και το οικείο του περιβάλλον, χρήζει όμως περισσότερη διερεύνηση. ^[25,126,131]

Μια επιπλέον παρέμβαση είναι η ύπαρξη ενός ειδικά διαμορφωμένου χώρου πλησίον της ΜΕΘ, όπου οι συγγενείς των ασθενών μπορούν να παραμένουν με ηρεμία μέχρι την ώρα του επισκεπτηρίου. Η ύπαρξη ενός τέτοιου χώρου ενισχύει τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και την ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ των συνοδών των ασθενών. Σε αυτόν τον χώρο, μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες και τις απορίες τους στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διατηρώντας την ιδιωτικότητά τους. Έτσι, ενισχύεται η ικανότητα λήψης αποφάσεων και καθίσταται δυνατή η μείωση των συναισθημάτων του άγχους και του στρες που τους διακατέχει.^[22]

Η εφαρμογή ενός ευέλικτου ωραρίου για το επισκεπτήριο, θα εξυπηρετούσε αρκετά τους συγγενείς όπου έρχονται από επαρχία.

Τέλος, η συμμετοχή των συγγενών σε παρεμβάσεις που αφορούν τον ασθενή, όταν είναι εφικτό, όπως το καθημερινό λουτρό του, τους δημιουργεί αίσθημα χαράς, ικανοποίησης και τους καθιστά να

αισθάνονται χρήσιμοι. Βέβαια δεν πρέπει να παραλείπουμε το γεγονός, ότι η ΜΕΘ αποτελεί ένα ιδιαίτερο περιβάλλον και ότι η κάθε οικογένεια πρέπει να εκτιμάται μεμονωμένα από το προσωπικό της ΜΕΘ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Halpern NA, Pastores SM. Critical care medicine in the United States 2000–2005: An analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical care medicine*. 2010;38(1):65-71.
2. Zimmerman JE, Kramer AA, Knaus WA. Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. *Critical care*. 2013;17(2):R81.
3. Davidson J.E. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical care nurse*. 2009;29(3):28-34.
4. Pant U, Vyas K, Meghani S, Park T, Norris CM, Papathanassoglou E. Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review. *Australian critical care*. 2023;36(5):863-871.
5. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Critical care medicine*. 2008;36(6):1722-8.
6. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American journal of critical care*. 2012;21(6):386-93.
7. Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *Public Library of Science one*. 2015;10(1):e0115332.
8. Σιδηράς Γ. & συν. Σύνδρομο μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας (PICS), Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής; 2018;35(4):454-463.

9. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*. 2012;40(2):618-24.
10. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*. 2011;28(2):103-17.
11. Koukouli S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive and critical care nursing*. 2018;45:44-51.
12. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine*. 2017;45(1):103-128.
13. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current opinion in critical care*. 2012;18(5):540-7.
14. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Barriers to regaining control within a constructivist grounded theory of family resilience in ICU: Living with uncertainty. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(23-24):4390-4403.
15. Giannouli V, Mistracchi G, Umbrello M. ICU experience for patients' relatives: is information all that matters? : Discussion on "A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study". *Intensive care medicine*. 2017;43(5):722-723.
16. Gaeeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients:

the perspectives of families and nurses. Global journal of health science. 2014;7(2):8-19.

17. Bolosi M, Peritogiannis V, Tzimas P, Margaritis A, Milios K, Rizos DV. Depressive and Anxiety Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients and the Perceived Need for Support. Journal of neurosciences in rural practice. 2018;9(4):522-528.

18. Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. NursingOpen. 2019;6(3):698-712.

19. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Critical care medicine. 2007;35(2):605-22.

20. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. Critical care medicine. 2010;38(4):1078-85.

21. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. Critical care medicine. 2009;37:448-56.

22. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B. French FAMIREA Group. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. American journal of respiratory and critical care medicine. 2001;163(1):135-9.

- 23.** Σπυρόπουλος Β. Το σύγχρονο νοσοκομείο. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Εκδόσεις Καλλίππος; 2015
- 24.** Maley, Jason H., Rogan, J., & Mikkelsen, M.E. Life After the ICU: Post-intensive Care Syndrome in Family Members. In : Netzer, G., Springer International Publishing, 2018.119- 131.
- 25.** Jackson JC, Jutte JE, Hunter CH, Ciccolella N, Warrington H, Sevin C, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder (PTSD) after critical illness: A conceptual review of distinct clinical issues and their implications. *Rehabilitation psychology*. 2016;61(2):132-40.
- 26.** Sanson G, Lobefalo A, Fascì A. "Love Can't Be Taken to the Hospital. If It Were Possible, It Would Be Better": Patients' Experiences of Being Cared for in an Intensive Care Unit. *Qualitative health research*. 2021;31(4):736-753.
- 27.** Frivold G, Dale B, Slettebø Å. Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: a phenomenological hermeneutical study. *Intensive & critical care nursing*. 2015;31(4):232-40.
- 28.** van Mol MM, Boeter TG, Verharen L, Kompanje EJ, Bakker J, Nijkamp MD. Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(19-20):3212-3223.
- 29.** Γιούρντα, Α. και Τούλια, Γ. Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Αθήνα: Το Βήμα του Ασκληπιού. 2015. 14(1).

- 30.** Κωνσταντή, Ζ., Γκούβα, Μ. και Κουλούρας, Β. Οικογενειακή Κρίση και Συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Αθήνα: Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2015;7(1):1-7
- 31.** Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*. 2004;30(3):456-60.
- 32.** Chrousos, GP. Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 2009;5(7):374-81.
- 33.** Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Vinsonneau C, Grassin M, Lemaire F, Hervé C, Schlemmer B, Zittoun R, Dhainaut JF. French PROTOCETIC Group. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. *Critical Care Medicine*. 2001;29:1887-92.
- 34.** Bucknall T. The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43:310-9
- 35.** Söderström IM, Benzein E, Saveman BI. Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:185-92.
- 36.** Small DC, Small RM. Patients first! Engaging the hearts and minds of nurses with a patient-centered practice model. *Online Journal Issues Nursing*. 2011;16(2):2.
- 37.** Kang, J., & Shin, E.-J. The Relationship between Person Centered Nursing and Family Satisfaction in ICUs. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2019;12(3), 1–12.

- 38.** Ludmir J, & Netzer G. Family-Centered Care in the Intensive Care Unit - What Does Best Practice Tell Us? *Seminars in respiratory and critical care medicine*. 2019;40(05), 648-654.
- 39.** Serrano P., Kheir YNP., Wang S., Khan S., Scheunemann L., & Khan B. Aging and postintensive care syndrome- family: a critical need for geriatric psychiatry. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2019;27(04), 446-454.
- 40.** Ψαθάς Χ., Αργυρίου Γ., Καδδά Ο., Νέστωρ Α., Ρούτση Χ., Βασιλόπουλος Β., Μαρβάκη Χ. Διερεύνηση Απόψεων Ιατρών και Νοσηλευτών σχετικά με το Επισκεπτήριο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Αθήνα Νοσηλευτική*. 2012;51(2): 195–205.
- 41.** Fumis RR, da Silva Ramos FJ, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of intensive care*. 2013;3(1):34.
- 42.** Plakas S., Cant B. and Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25: 10-20
- 43.** Chatzaki M. Klimathianaki M. Anastasaki M., Chatzakis G., Apostolalou E. and Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *Intensive and Critical Care*. 2012;21: 1831–1839.
- 44.** Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*. 2015;30: 557–561.

45. Hajj M., Gulgulian T., Haydar L., Saab A., Dirany F., & Badr LK. The satisfaction of families in the care of their loved ones in CCUs in Lebanon. *British Association of Critical Care Nurses*. 2015;22(4).
46. Jones C., Bäckman C., & Griffiths RD. Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *American journal of critical care*. 2012;21(03), 172-176.
47. JanardhanIyengar SM., Srinivasan R., Venkateshmurthy BM., Katari Y., & Hiremathada S. Family Satisfaction in a Medical College Multidisciplinary Intensive Care Unit (ICU)-How Can We Improve? *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2019;23(2), 83–88.
48. Rudolph CW., & Zacher H. Family demands and satisfaction with family life during the COVID-19 pandemic. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2021;10(4).
49. Zazpe-Oyarzum MC. Informing families of patients admitted to an ICU. *Enferm Intensiva*. 1996;7:147-151.
50. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*. 2000;28(8):3044-9.
51. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2008;34(6):1097-101.
52. Anderson W., Angus D., Arnold R. and Bryce C. Passive decision making preference is associated with anxiety and depression in relatives

of patients in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2009;24(2): 249-254.

53. Engström A, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Critical Care Nursing*. 2004;20(5):299-310.

54. McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M et al. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing*. 2002;18(1):27-36.

55. Jakimowicz S., Perry L., Lewis J. Insights of compassion and patient centered nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(7-8):1599-1611.

56. Warren AM., Rainey EE., Weddle RJ. et al. The intensive care unit experience: Psychological impact on family members of patients with and without traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*. 2016;61,(2),pg.179-185.

57. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002;346:108–114.

58. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric critical care medicine*. 2004;5(6):547-53.

59. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2010;17(3):230-7.

- 60.** Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. DEPRESS study working group. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BioMed Central psychiatry*. 2014;14:21.
- 61.** Harvey MA. Evolving toward--but not to--meeting family needs. *Critical care medicine*.1998;26(2):206-7.
- 62.** Almerud O.S. Vigilance & Invisibility: Care in technologically intense environments. Sweden. Växjö University. 2007.
- 63.** Elbilgahy A., A.,Hashem, S., F., & Alemam, D., S., A. Mothers' Satisfaction with Care Provided for their Children in Pediatric Intensive Care Unit. *Middle East Journal of Nursing*. 2019;13(2): 17-28.
- 64.** Andersen M., Guic E., Orellana A., Diaz M. and Castro R. Posttraumatic stress disorder symptoms in close relatives of intensive care unit patients: Prevalence data resemble that of earthquake survivors in Chile. *Journal of Critical Care*. 2015;30(5).
- 65.** Philip R. Lee. UCSF. Institute for Health Policy Studies. «ICU Outcomes». healthpolicy.ucsf.edu. 2020.
- 66.** Young MP., Birkmeyer JD. "Potential reduction in mortality rates using an intensivist model to manage intensive care units". *Effective Clinical Practice*. 2000;3(6): 284-289.
- 67.** Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility--being a patient in technologically intense environments. *Nursing in critical care*.2007;12(3):151-8.

- 68.** Pisani M., Frieze R., Gehlbach B., Schwab R., Weinhouse G. and Jones S. Sleep in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015;191 (7).
- 69.** Athanasiou A., Papathanassoglou E., Patiraki E., McCarthy M. and Giannakopoulou M. Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspectives. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(4).
- 70.** Righy C., Rosa RG., da Silva RTA, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*. 2019;23(1):213.
- 71.** Asimakopoulou E., Madianos M. Depression and post-traumatic stress disorder among patients in intensive care units. *Psychiatriki*. 2014;25(4):257-69.
- 72.** McGiffin JN, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. *Rehabilitation Psychology*. 2016;61(2):120-31.
- 73.** Milton A., Schandl A., Soliman IW., et al. Development of an ICU discharge instrument predicting psychological morbidity: a multinational study. *Intensive Care Medicine*. 2018;44(12):2038-2047.
- 74.** Parker AM., Sricharoenchai T., Raparla S., et al. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Critical Care Medicine*. 2015;43(5):1121-9.
- 75.** Wade D, Hardy R, Howell D, Mythen M. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anestesiologica*. 2013;79(8):944-63.

76. Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Medicine*. 2018;44(1):38-47.
77. Myhren H., Tøien K., Ekeberg O., et al. Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives. *Intensive Care Medicine*. 2009;35(12):2078-86.
78. Anderson, W., Arnold, R., Angus, D. and Bryce, C. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(11): 1871–1876.
79. Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2005;171: 987–994.
80. Paparigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;61: 719– 722.
81. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. Αθήνα. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2013;2(2):73-83.
82. Pillai L.V., Ambike D., Husainy S., et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in relatives of severe trauma patients admitted to the intensive care unit. *Indian Journal Critical Care Medicine*. 2006;10(3):181-186.
83. Schoeman T., Sundararajan K., Micik S., Sarada P., Edwards S., Poole A., et al. The impact on new-onset stress and PTSD in relatives of

critically ill patients explored by diaries study (The “INSPIRED” study). Australian critical care. 2017;31(6):382-389.

84. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. 2013.

85. van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. Dialogues in clinical neuroscience. 2000;2(1):7-22.

86. Halepota AA, Wasif SA. Harvard Trauma Questionnaire Urdu translation: the only cross-culturally validated screening instrument for the assessment of trauma and torture and their sequelae. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2001;51(8):285-90.

87. Tay AK, Mohsin M, Rees S, et al. The factor structures and correlates of PTSD in post-conflict Timor-Leste: an analysis of the Harvard Trauma Questionnaire. BioMed Central Psychiatry. 2017;17(1):191.

88. De Fouchier C., Blanchet A., Hopkins W,. Validation of a French adaptation of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. European Journal of Psychotraumatol.2012;3.

89. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R. The Harvard trauma questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. The International journal of social Psychiatry. 2007;53(5):447-63.

90. Tay AK, Jayasuriya R, Jayasuriya D, Silove D. Assessing the factorial structure and measurement invariance of PTSD by gender and ethnic groups in Sri Lanka: An analysis of the modified Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). Journal of anxiety disorders. 2017;47:45-53.

- 91.** Chantal D. The Harvard Trauma Questionnaire: Reliability and Validity Generalization Studies of the Symptom Scales. Canada: Faculty of Social Sciences University of Ottawa; 2017.
- 92.** Vindbjerg E, Carlsson J, Mortensen EL, et al. A Rasch-based validity study of the Harvard Trauma Questionnaire. *Journal of affective disorders*. 2020;277:697-705.
- 93.** Fawzi MC, Pham T, Lin L, et al. The validity of posttraumatic stress disorder among Vietnamese refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 1997;10(1):101-8.
- 94.** Ameer F. Al-Shawi, Jawad K. Al-Diwan, Nesif J. Al-Hemary. Post Traumatic Stress Disorder among University Students in Baghdad: A Preliminary Report. *Iraqi Journal of Community Medicine*. 2011;24(4):287-289
- 95.** Ward CL, Flisher AJ, Zissis C, et al. Measuring adolescents' exposure to violence and related PTSD symptoms: Reliability of an adaptation of the Harvard Trauma Questionnaire. *Journal of child and adolescent mental health*. 2004;16(1):31-7.
- 96.** Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, et al. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*. 1992;180(2):111-6.
- 97.** Bohland HK, Kimbel R, Kegel P, et al. Depression and anxiety in female refugees from East Africa and the Middle East displaced to Germany: cross-sectional results of the female refugee study, taking sociodemographic and migration-related factors into account. *Frontiers in psychiatry*. 2024;14:1303009.

- 98.** Malliarou M, Tsapakidi D, Gouva M, et al. Depression, Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Asylum-seeker War Refugees. *Mater Sociomedica*. 2021;33(1):26-29.
- 99.** Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;11(11):CD012701.
- 100.** Iglesias-Rios L, Harlow SD, Burgard SA, et al. Mental health, violence and psychological coercion among female and male trafficking survivors in the greater Mekong sub-region: a cross-sectional study. *BioMed Central Psychology*. 2018;6(1):56.
- 101.** Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής – Μεθοδολογία μέτρησης, Αθήνα. Αρχεία ελληνικής ιατρικής. 2001.
- 102.** Υφαντόπουλος, ΓΝ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Αθήνα. Αρχεία Ελληνικής ιατρικής. 2007;24(1):6-18.
- 103.** Τούντας Γ., Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Γενιά, 2008.
- 104.** Καραϊσκού Π. Η Μέτρηση Ικανοποίησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος από την Παροχή Φροντίδας Νοσηλευόμενων Ασθενών με ή χωρίς COVID19 σε ΜΕΘ: Η περίπτωση του Γ.Ν.Ε. ΘΡΙΑΣΙΟ. ΑΘΗΝΑ. 2021.
- 105.** Merkouris A., Ifantopoulos J., ,Lanara V., Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*.1999;7(1):19–28.

- 106.** Shirley ED, Sanders JO. Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores. The Journal of bone and joint surgery. American volume. 2016;98(19):e83.
- 107.** Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Αθήνα. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 2014;1(1).
- 108.** Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, et al. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspectives in Public Health. 2017;137(2):89-101.
- 109.** McLennan M, Aggar C. Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. Australian critical care. 2020;33(6):518-525.
- 110.** Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, et al. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. Critical care medicine. 2006;34(6):1679-85.
- 111.** Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient preference and adherence. 2019;13:465 - 473.
- 112.** Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., et al. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective, Journal of Research in Nursing , 2015; 20, 401–422.
- 113.** Rodríguez-Huerta MD, Álvarez-Pol M, Fernández-Catalán ML, et al. An informative nursing intervention for families of patients admitted to the intensive care unit regarding the satisfaction of their needs: The INFOUCI study. Intensive and critical care nursing. 2019;55:102755

- 114.** Polikandrioti M., Ntokou M. Needs of hospitalized patients. Health Science Journal. 2011;5(1):15-22.
- 115.** Liang Y, Li J, Pan W. Family satisfaction in the intensive care unit: The influence of disease severity, care relationship, patient anxiety and patient pain. Intensive and critical care nursing. 2021;63:102-995.
- 116.** Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, et al. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? Intensive Care Medicine. 2009;35(12):2051-9.
- 117.** Howard PB, Rayens MK, El-Mallakh P, et al. Predictors of satisfaction among adult recipients of medicaid mental health services. Archives of psychiatric nursing. 2007;21(5):257-69.
- 118.** Bostan S, Acuner T, Yilmaz G. Patient (customer) expectations in hospitals. Health Policy. 2007;82(1):62-70.
- 119.** Heyland DK and Trammer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. Journal of Critical Care. 2001;16:142-149.
- 120.** Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σωτηριάδου, Κ., Μουστάκα, Ε., & Ζυγά, Σ. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου FS ICU 24 για την εκτίμηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη φροντίδα στη ΜΕΘ. Αθήνα. Υγεία & εργασία. 2012;3(1):127- 134.
- 121.** Ali A., Krishnareddy K., Loney T. & Hon H. Family satisfaction with intensive care services: A survey from three tertiary hospital units. Ibmossina Journal of Medicine and Biomedical Sciences.2019;11: 62-7.

- 122.** Clark K, Milner KA, Beck M, Mason V. Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Critical care nurse*. 2016;36(6):8-14.
- 123.** Χαλκίδη, Ε., Μπελλάλη, Θ., Κυρομίτη, Α., Κοσμάς, Α., Ποπότη, Σ., & Καπραβέλος, Ν. Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. *Ηράκλειο. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2016;9(3):44-55.
- 124.** Cuthbertson SJ, Margetts MA, Streat SJ. Bereavement follow-up after critical illness. *Critical care medicine*. 2000;28(4):1196-201.
- 125.** Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*. 2002;22(6):12-9.
- 126.** Tilden VP, Tolle SW, Nelson CA, Fields J. Family decision-making to withdraw life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nursing research*. 2001;50(2):105-15.
- 127.** Barreto BB, Luz M, Rios MNO, Lopes AA, Gusmao-Flores D. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*. 2019;23(1):411.
- 128.** Egerod I, Christensen D, Schwartz-Nielsen KH, Agård AS. Constructing the illness narrative: a grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Critical care medicine*. 2011;39(8):1922-8.
- 129.** Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Périer A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, Philippart F, Vesin A, Bruel C, Blel Y, Angeli S, Cousin N, Carlet J, Misset B. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives*. *Critical care medicine*. 2012;40(7):2033-40.

130. Ednell AK, Siljegren S, Engström Å. The ICU patient diary-A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive and critical care nursing*. 2017;40:70-76.

131. McIlroy PA, King RS, Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Ramanan M. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*. 2019;47(2):273-279.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Έντυπο Υλικό: Ερωτηματολόγιο για το Τραύμα (Harvard)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα παρακάτω είναι συμπτώματα που μερικές φορές παρουσιάζονται σε ανθρώπους μετά από τραυματικά ή οδυνηρά γεγονότα στη ζωή τους. Παρακαλώ διάβαστε ένα από τα παρακάτω συμπτώματα και αποφασίστε πόσο σας ενόχλησαν **την περασμένη εβδομάδα**.

		(1) Καθόλου	(2) Λίγο	(3) Αρκετά	(4) Πάρα πολύ
1.	Ανάτρεξη σε σκέψεις ή μνήμες τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων				
2.	Αίσθηση ότι το γεγονός συμβαίνει ξανά.				
3.	Συχνοί εφιάλτες				
4.	Αίσθηση αποκοπής από τους ανθρώπους				
5.	Ανικανότητα συναισθημάτων				
6.	Αίσθηση ασταθών, μικρών συναισθημάτων.				
7.	Δυσκολία συγκέντρωσης				
8.	Διαταραχή στον ύπνο				
9.	Αίσθηση επιφυλακής				
10.	Αίσθηση ερεθισμού ή ξεσπασμάτων θυμού				
11.	Αποφυγή δραστηριοτήτων που θυμίζουν ένα τραυματικό ή οδυνηρό γεγονός				
12.	Ανικανότητα θύμησης των πιο τραυματικών και οδυνηρών γεγονότων				

13.	Λιγότερο ενδιαφέρον σε καθημερινές δραστηριότητες				
14.	Αίσθηση ότι δεν έχεις μέλλον				
15.	Αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων σχετικά με τραυματική ή οδυνηρά γεγονότα				
16.	Ξαφνική συναισθηματική ή φυσική αντίδραση στην θύμηση τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων				
17.	Αίσθηση ότι έχεις λιγότερες δεξιότητες από πριν				
18.	Αίσθηση δυσκολίας αντιμετώπισης νέων καταστάσεων				
19.	Αίσθηση εξάντλησης				
20.	Σωματικός Πόνος				
21.	Ανησυχία από φυσικά προβλήματα				
22.	Φτωχή μνήμη				
23.	Ανακαλύπτεις από άλλους ότι έχεις κάνει κάτι που δεν μπορείς να θυμηθείς				
24.	Δυσκολία τήρησης προσοχής				
25.	Αίσθηση ότι χωρίζεσαι σε 2 άτομα όπου το ένα παρακολουθεί τι κάνει το άλλο.				
26.	Αίσθηση ανικανότητα οργάνωσης ημερήσιων σχεδίων				
27.	Ενοχή για πράγματα που έχουν συμβεί				
28.	Αίσθηση ενοχής ότι έχεις επιζήσει				
29.	Χωρίς ελπίδα				

30.	Αίσθηση ντροπής των τραυματικών ή οδυνηρών γεγονότων που συνέβηκαν σε σένα				
31.	Αίσθηση ότι οι άνθρωποι δεν καταλαβαίνουν τι έχει συμβεί σε σένα				
32.	Αίσθηση ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί απέναντί σου				
33.	Αίσθηση ότι δεν έχεις κάποιον να βασίζεσαι				
34.	Αίσθηση ότι κάποιος που εμπιστευόσουν σε πρόδωσε				
35.	Αίσθηση ταπείνωσης από τις εμπειρίες σου				
36.	Αίσθηση ότι δεν υπάρχει εμπιστοσύνη σε άλλους				
37.	Αίσθηση αδυναμίας στη βοήθεια άλλων				
38.	Ξοδεύοντας χρόνο σε σκέψεις γιατί τέτοια γεγονότα συνέβηκαν σε σένα				
39.	Αίσθηση ότι είσαι ο μόνος που έχεις υποφέρει καταστάσεις				
40.	Αίσθηση ανάγκη για εκδίκηση				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ " FS- ICU 24R"

Μέρος 1: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Παρακαλώ επιλέξτε αυτό που αντικατοπτρίζει τις απόψεις σας. Αν μια ερώτηση δεν ισχύει για τη διαμονή του μέλους της οικογένειάς σας, στη συνέχεια, επιλέξτε την απάντηση «Δεν Ισχύει» (Δ/Ι).

Πως συμπεριφερθήκαμε στο μέλος της οικογένειάς σας (ασθενή); Πόσο ικανοποιημένοι είστε από

1. **Ανησυχία και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ;**
την ευγένεια, το σεβασμό και τη συμπόνια που δόθηκε στο μέλος της οικογένειάς σας (ασθενής)

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐
2. **Διαχείριση συμπτωμάτων;**
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε τα συμπτώματα του μέλους της οικογένειάς σας.

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

A. Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε τον πόνο του μέλους της οικογένειάς σας;

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

B. Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε την δύσπνοια του μέλους της οικογένειάς σας;

Γ. Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ αξιολόγησε και αντιμετώπισε την ανησυχία του μέλους της οικογένειάς σας.

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

Πως σας συμπεριφερθήκαμε; Πόσο ικανοποιημένοι είστε από ...

3. **Εκτίμηση των αναγκών σας;**
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ έδειξε ενδιαφέρον για τις ανάγκες σας;

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

4. **Συναισθηματική υποστήριξη;**
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ σας έδωσε συναισθηματική υποστήριξη;

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

5. **Συντονισμός της περίθαλψης;**
την ομαδικότητα του συνόλου του προσωπικού της ΜΕΘ που φροντίζει το μέλος της οικογένειάς σας;

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

6. **Ανησυχία και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ;**
την ευγένεια, το σεβασμό και τη συμπόνια που σας δόθηκαν;

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

Το προσωπικό της ΜΕΘ

7. **Δεξιότητες και ικανότητες των νοσηλευτών της ΜΕΘ;**
Πόσο καλά οι νοσηλευτές φρόντισαν το μέλος της οικογένειάς σας.

					
Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐

8. **Συχνότητα επικοινωνίας με νοσηλευτές της ΜΕΘ;**
Πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας γνωστοποίησαν την κατάσταση του μέλους της οικογένειάς σας.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

9. **Δεξιότητες και ικανότητες των ιατρών της ΜΕΘ (Όλοι οι γιατροί, συμπεριλαμβανομένων των ειδικευμένων);**
Πόσο καλά φρόντισαν οι γιατροί για το μέλος της οικογένειάς σας.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

10. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ατμόσφαιρα (διάθεση) στην αίθουσα αναμονής της ΜΕΘ;
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

ΜΕΘ

11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ατμόσφαιρα (διάθεση) της ΜΕΘ;
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

12. Πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από την συμμετοχή σας στις ημερήσιες επισκεψεις (των γιατρών και νοσηλευτών);
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

13. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τη συμμετοχή σας στη φροντίδα του ασθενούς σε κρίσιμη κατάσταση μέλους της οικογένειάς σας;
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

14. Μερικοί άνθρωποι θέλουν τα πάντα για τα προβλήματα υγείας τους, ενώ άλλοι δεν θέλουν πολλά να γίνουν. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το επίπεδο ή την ποσότητα φροντίδας υγείας που έλαβε το μέλος της οικογένειάς σας στη ΜΕΘ;
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------------------|
|  |  |  |  |  | |
| Πολύ
δυσανεστημένοι | Λίγο
δυσανεστημένοι | Κυρίως
ικανοποιημένοι | Πολύ
ικανοποιημένοι | απόλυτα
ικανοποιημένοι | Δεν
ισχύει |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ |

ΜΕΡΟΣ 2: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου έχει σχεδιαστεί για να μετράει τον τρόπο που αισθάνεστε για τη συμμετοχή σας στις αποφάσεις που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας του μέλους της οικογένειάς σας. Στη ΜΕΘ, το μέλος της οικογένειάς σας μπορεί να έχει λάβει φροντίδα από διαφορετικούς ανθρώπους. Θα θέλαμε να σκεφτείτε όλη τη φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειάς σας όταν απαντάτε στις ερωτήσεις.

Παρακαλώ επιλέξτε αυτό που αντικατοπτρίζει τις απόψεις σας. Αν μια ερώτηση δεν ισχύει για τη διαμονή του μέλους της οικογένειάς σας, στη συνέχεια, επιλέξτε την απάντηση «Δεν Ισχύει» (Δ/Ι).

ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

		Πόσο ικανοποιημένος είστε από...					
							
		Πολύ δυσανεστημένοι	Λίγο δυσανεστημένοι	Κυρίως ικανοποιημένοι	Πολύ ικανοποιημένοι	Απόλυτα ικανοποιημένοι	Δεν ισχύει
		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
15	Συχνότητα επικοινωνίας με τους γιατρούς της ΜΕΘ; Πόσο συχνά οι γιατροί σας πληροφόρησαν σχετικά με την κατάσταση του μέλους της οικογένειάς σας.						☐
16	Ευκολία στη λήψη πληροφοριών; Προθυμία του προσωπικού της ΜΕΘ να απαντήσει στις ερωτήσεις σας.						☐
17	Κατανόηση των πληροφοριών; Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ σας έδωσε εξηγήσεις που καταλάβατε.						☐
18	Ειλικρίνεια των πληροφοριών; την ειλικρίνεια των πληροφοριών που σας παρέχονται σχετικά με την κατάσταση του μέλους της οικογένειάς σας.						☐

- 19 **Πληρότητα των πληροφοριών;**
Πόσο καλά το προσωπικό της ΜΕΘ σας ενημέρωσε για το τι συνέβαινε με το μέλος της οικογένειάς σας και γιατί γίνονταν ενέργειες.
-  Πολύ
δυσανεστημένοι ☐ 1
  Λίγο
δυσανεστημένοι ☐ 2
  Κυρίως
ικανοποιημένοι ☐ 3
  Πολύ
ικανοποιημένοι ☐ 4
  Απόλυτα
ικανοποιημένοι ☐ 5
 Δεν ισχύει ☐
- 20 **Συνέπεια των πληροφοριών;**
Η συνοχή των πληροφοριών που σας παρείχαν σχετικά με την κατάσταση του μέλους της οικογένειάς σας (Λάβατε παρόμοια ενημέρωση από τον γιατρό, το νοσηλευτή κλπ.)
-  Πολύ
δυσανεστημένοι ☐ 1
  Λίγο
δυσανεστημένοι ☐ 2
  Κυρίως
ικανοποιημένοι ☐ 3
  Πολύ
ικανοποιημένοι ☐ 4
  Απόλυτα
ικανοποιημένοι ☐ 5
 Δεν ισχύει ☐

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Κατά τη διάρκεια της παραμονής του μέλους της οικογένειάς σας στη ΜΕΘ, ελήφθησαν πολλές σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα υγείας που αυτός / αυτή έλαβε. Από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε μόνο μία απάντηση από κάθε ένα από τα παρακάτω σύνολα ιδεών που ταιριάζει καλύτερα με τις απόψεις σας:

21. **Πόσο ενσωματωμένος ή πόσο αποκλεισμένος αισθάνθηκε από την διαδικασία λήψης απόφασης;**
- ☐ 1 Ένωσα πολύ αποκλεισμένος
☐ 2 Ένωσα κάπως αποκλεισμένος
☐ 3 Δεν ένωσα ούτε ενσωματωμένος ούτε αποκλεισμένος από την διαδικασία λήψης απόφασης
☐ 4 Ένωσα κάπως ενσωματωμένος
☐ 5 Ένωσα πολύ ενσωματωμένος
22. **Πόσο υποστηριγμένος νιώσατε κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων;**
- ☐ 1 ένωσα εντελώς ανυποστήρικτος
☐ 2 ένωσα λίγο ανυποστήρικτος
☐ 3 ένωσα ούτε ότι είχα υποστήριξη ούτε ανυποστήρικτος
☐ 4 ένωσα ότι είχα υποστήριξη
☐ 5 ένωσα ότι είχα πολύ υποστήριξη
23. **Νιώσατε ότι έχετε τον έλεγχο της φροντίδας του μέλους της οικογένειάς σας;**
- ☐ 1 Ένωσα πραγματικά εκτός ελέγχου και ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανέλαβε και υπαγόρευσε τη φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειάς μου
☐ 2 Ένωσα κάπως εκτός ελέγχου και ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανέλαβε και υπαγόρευσε τη φροντίδα που έλαβε το μέλος της οικογένειάς μου
☐ 3 Ένωσα ούτε ότι είχα τον έλεγχο ούτε ότι ήμουν εκτός ελέγχου
☐ 4 Ένωσα ότι είχα κάποιο έλεγχο στην φροντίδα που το μέλος της οικογένειάς μου έλαβε
☐ 5 Ένωσα ότι είχα τον έλεγχο στην φροντίδα που το μέλος της οικογένειάς μου έλαβε
24. **Κατά τη λήψη αποφάσεων, είχατε επαρκή χρόνο για να διατυπώσετε τις ανησυχίες σας και να απαντηθούν τα ερωτήματά σας;**
- ☐ 1 ο χρόνος που είχα ήταν σίγουρα ανεπαρκής
☐ 2 ο χρόνος που είχα ήταν ελαφρώς ανεπαρκής
☐ 3 ο χρόνος που είχα ήταν επαρκής
☐ 4 ο χρόνος που είχα ήταν παραπάνω από επαρκής
☐ 5 ο χρόνος που είχα ήταν πολύ περισσότερο από αρκετός

28. Έχεις καποιες προτάσεις για το πώς θα βελτιώσουμε την παρεχόμενη φροντίδα στη ΜΕΘ?

29. Έχεις καποια σχόλια για το τι κάναμε καλά;

30. Έχεις καποιες προτάσεις πως θα μπορούσε να βελτιωθεί η εμπειρία σας στην ΜΕΘ για εσένα και το μέλος της οικογένειάς σου?

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ:

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω για να μας βοηθήσετε να γνωρίσουμε εσάς και την σχέση σας τον ασθενή.

1. Είμαι: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο
2. Είμαι _____ χρονών
3. Είμαι του ασθενή:
☐ η Σύζυγος ☐ ο σύζυγος ☐ συνεργάτης
☐ Μητέρα ☐ Πατέρας ☐ αδερφή ☐ αδερφός
☐ Κόρη ☐ Γιος ☐ άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε): _____
4. Πριν από αυτό το πιο πρόσφατο συμβάν, έχεις συμμετάσχει ως μέλος της οικογένειας του ασθενούς στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας)?
☐ ναι ☐ όχι
5. Ζεις την παρούσα στιγμή με τον ασθενή? ☐ ναι ☐ όχι
εάν όχι, τότε κατά μέσο όρο πόσο συχνά βλέπεις τον ασθενή?
☐ πάνω από μια φορά την εβδομάδα ☐ εβδομαδιαία ☐ μηνιαία ☐ ετήσια ☐ λιγότερο από μια φορά τον χρόνο
6. Που ζεις?
☐ στην πόλη που βρίσκεται το νοσοκομείο ☐ εκτός πόλεως
7. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχεις ολοκληρώσει;
☐ Δημοτικό
☐ Γυμνάσιο
☐ λύκειο- (γενικό, τεχνικό ή επαγγελματικό λύκειο) - ΙΕΚ
☐ πανεπιστημιακή εκπαίδευση
☐ μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Master's, or PhD)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 29-11-2023
ΑΡ.ΠΡΩΤ. : 495

Προς: Την κ. Κατσιαμπούρα Γεωργία-Φωτεινή

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή εργασία

Το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ – ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ στην 13^η Τακτική Συνεδρίαση της 28-11-2023, συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, την διεξαγωγή ερευνητικού πρωτοκόλλου στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με θέμα: «**Διερεύνηση της συσχέτισης του μετατραυματικού στρες (PTSD) συγγενών βαρέως πασχόντων ασθενών και του βαθμού ικανοποίησης τους από την παροχή φροντίδας των νοσηλευομένων της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**», της κ. Κατσιαμπούρα Γεωργία-Φωτεινή, που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στους συγγενείς των ασθενών στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου.

Σημειώνεται ότι η μελέτη θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου και θα τηρηθεί η προστασία προσωπικών δεδομένων. Επίσης υπάρχει η σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της ΚΕΘ Καθηγήτριας κ.Ι.-Μ.Δημοπούλου.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.
Β. Παπασταμοπούλος

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΕΛΕΥΣΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

ΒΙΟΠΟΛΙΣ, 41500 Λάρισα Τηλ.: 2410685716 Fax: 2410685546
www.med.uth.gr e-mail: gmed-didaktika@uth.gr



Πληροφορίες: Παπαχατζοπούλου Βικτωρία
Τηλέφωνο: 2410685702

Λάρισα, 20 Σεπτεμβρίου 2023
Αριθμ. πρωτ.:496

Προς την
κα Γεωργία-Φωτεινή Κατσιαμπούρα
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
του ΤΙ ΣΕΥ ΠΘ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την 1^η/18-09-2023 συνεδρίασή της έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας, με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD) ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», από την κα Γεωργία-Φωτεινή Κατσιαμπούρα.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής

Ο Πρόεδρος

Τα μέλη

Σωκράτης Βαρυτιμίδης
Καθηγητής Ορθοπαιδικής

Θεόδωρος Ελευθεριάδης
Αν. Καθηγητής
Νεφρολογίας

Αλέξανδρος Δαμαλάς
Επ. Καθηγητής
Ιατρικής Βιολογίας