

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας από την παροχή φροντίδας στο νοσηλεύμενο

ΣΚΟΠΟΣ Η μεταφορά και η νοσηλεία ενός ασθενούς στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί αναμφίβολα ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός για την οικογένειά του, επιφέροντας αλλαγές στη δομή, στην οργάνωση και στον τρόπο λειτουργίας της. Για το λόγο αυτόν, τα τελευταία χρόνια, εκτός από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα και στο οικογενειακό του περιβάλλον (family-centered care). Αυτή η προσπάθεια προσέγγισης της οικογένειας του βαρέως πάσχοντα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθιστώντας έτσι τη μέτρησή της ιδιαίτερα σημαντική. Με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ ενός δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα FS-ICU 24 (family satisfaction in the intensive care unit-24), η οποία διανεμήθηκε με τη μορφή ανώνυμου ερωτηματολογίου στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ενός δημόσιου νοσοκομείου από τον Αύγουστο του 2008 έως το Σεπτέμβριο του 2010. Σε κάθε συγγενή πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις: Η πρώτη 7 ημέρες μετά από την εισαγωγή του στη ΜΕΘ και η δεύτερη 10–12 ημέρες από την πρώτη μέτρηση (συνολική παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ 17–20 ημέρες). Βαθμολογίες στην κλίμακα μέτρησης μεταξύ 60–75 αντιπροσώπευαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από την πρώτη μέτρηση, η μέση τιμή της βαθμολογίας από την ικανοποίηση σχετικά με τις παραμέτρους που αφορούν στην παροχή φροντίδας ήταν >80, ενώ παρουσίασε στατιστικά σημαντική μείωση ($p < 0,05$) κατά τη δεύτερη μέτρηση. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι συγγενείς που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν γενικά ικανοποιημένοι από την παραμονή του ασθενούς τους στη ΜΕΘ, με τη χαμηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης να δηλώνει την ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση στην παροχή φροντίδας προς τον ασθενή.

Η μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα από τα τμήματα του νοσοκομείου όπου αναμφίβολα οι συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών φαίνεται να υποφέρουν περισσότερο συγκριτικά με τους συγγενείς ασθενών σε άλλα τμήματα. Στις μισές τουλάχιστον από τις περιπτώσεις, τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς αδυνατούν να κατανοήσουν την ενημέρωση των ιατρών για ό,τι αφορά στη διάγνωση, στην πρόγνωση και στη θεραπεία του νοσηλεύμενου.¹ Βασικό εμπόδιο αποτελεί η ψυχολογική αναστάτωση την οποία βιώνουν τα εν λόγω άτομα μετά την είσοδο του ασθενούς στη ΜΕΘ.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν ή ακόμη και να αποφευχθούν τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις ΜΕΘ έχει καταβάλει προσπάθειες να υιοθετήσει μια παροχή φροντίδας προς τον ασθενή περισσότερο προσανατολισμένη προς την οικογένειά του και τις ανάγκες της (family-centered care).² Αυτή είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας, η οποία περιλαμβάνει δύο βασικά στάδια: Στο πρώτο, η οικογένεια ενημερώνεται σχετικά με την πορεία της υγείας του ασθενούς. Και παρ' όλο που η εν λόγω πληροφόρηση αποτελεί μόνο το πρώτο βήμα, εν τούτοις είναι πολύ ση-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(1):60–70
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(1):60–70

Μ. Κούρτη,¹
Γ. Φιλντίσης,¹
Ε. Χριστοφίλου,²
Ι. Φλώρος,²
Γ. Καλλέργης¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής,
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό
Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

Family satisfaction with the care of
patients in the intensive care unit

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ικανοποίηση οικογένειας
Κλίμακα FS-ICU 24
ΜΕΘ

Υποβλήθηκε 1.6.2013
Εγκρίθηκε 8.7.2013

μαντική αφού μπορεί να κατατοπίσει κατά τέτοιο τρόπο τους συγγενείς, ώστε η ανάμιξή τους σ' ό,τι αφορά στον ασθενή (α) να είναι ασφαλής για τον ίδιο και (β) να οδηγήσει στη λήψη ορθών αποφάσεων. Στο δεύτερο στάδιο, οι συγγενείς καλούνται να συμμετάσχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, από κοινού με τους ιατρούς της ΜΕΘ, με γνώμονα το συμφέρον, τις επιθυμίες και το γενικότερο καλό του ασθενούς.³ Η πληροφόρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς αποτελεί τρόπο προσέγγισης των αναγκών των συγγενών, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ αυτών και του προσωπικού που εργάζεται στη ΜΕΘ.⁴ Ακόμη, μειώνονται οι συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού και των συγγενών,^{5,6} ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και το μέσο ώστε να αποφευχθούν πιθανές ενδοοικογενειακές διαμάχες. Η κατανόηση της διάγνωσης, της πρόγνωσης και της θεραπείας είναι πολύ σημαντική προκειμένου οι συγγενείς να αντιληφθούν επαρκώς τη φύση της νόσου, να συμβιβάστούν με την πραγματικότητα, να αποκτήσουν μια πρώτη επαφή με την ιδέα ενός πιθανού επερχόμενου θανάτου και γενικότερα να έχουν μια σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς που νοσηλεύεται.⁷ Η ικανοποίηση των συγγενών αποτελεί επίσης ένδειξη ότι οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους και η συγκεκριμένη προσπάθεια δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να θεωρηθεί ως μια προσπάθεια απόκτησης ικανοποιημένων πελατών. Ενισχύοντας το αίσθημα της ικανοποίησης μειώνεται το συναισθηματικό φορτίο των συγγενών, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι πιθανότητες για μια καλύτερη συνεργασία μεταξύ συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ελαττώνοντας πιθανές διαμάχες.⁷

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ ενός δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας σ' ό,τι αφορά στην παροχή φροντίδας προς το νοσηλευόμενο ασθενή.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσε το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ενός Γενικού Νοσοκομείου της Αθήνας κατά τη χρονική περίοδο μεταξύ Αυγούστου 2008 και Αυγούστου του 2010, ενώ ο όρος «οικογενειακό περιβάλλον» χρησιμοποιήθηκε με την ευρύτερη έννοια, περιλαμβάνοντας το σύνολο των ατόμων που μπορεί να είχαν μια στενή σχέση με τον ασθενή.

Η διεξαγωγή της έρευνας επιτεύχθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν στα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς κατά την επίσκεψή τους στο νοσηλευόμενο και μετά το πέρας της ενημέρωσής τους από τον ιατρό της ΜΕΘ. Κατά την ενημέρωση, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ φρόντιζε να παρέχει στους συγγενείς όλες

τις απαραίτητες πληροφορίες, προκειμένου να διαμορφώσουν μια πλήρη εικόνα για το νοσηλευόμενο ασθενή. Η συμπλήρωση και η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ανώνυμα ενώ η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων με τη χρήση κωδικού αριθμού, ώστε να ταυτοποιηθούν αυτά που ανήκαν σε κάθε ερωτώμενο.

Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η FS-ICU 24 (family satisfaction in the intensive care unit-24),⁸ που περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε δύο υποκλίμακες: Η πρώτη περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις και αξιολογεί την ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος σ' ό,τι αφορά στην παροχή φροντίδας προς τον ασθενή και η δεύτερη περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις και αξιολογεί την ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος αναφορικά με τη συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον ασθενή. Σε όλες τις ερωτήσεις χρησιμοποιείται πεντάβαθμη κλίμακα Likert (άριστα-πολύ καλά-καλά-μέτρια-άσχημα), ενώ στον ερωτώμενο παρέχεται και η επιλογή «δεν γνωρίζω-δεν απαντώ». Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0-100, με τις βαθμολογίες που προσεγγίζουν περισσότερο στο 100 να σηματοδοτούν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης των ερωτηθέντων.⁹ Η μετάφραση και η στάθμιση της κλίμακας FS-ICU 24 στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Μαλλιαρού και συν.¹⁰

Ο συντελεστής άλφα του Cronbach της κλίμακας υπολογίστηκε και στις δύο μετρήσεις. Προέκυψε ότι η κλίμακα διέθετε πολύ καλή αξιοπιστία εφ' όσον και στις δύο μετρήσεις ο συντελεστής άλφα βρέθηκε >0,70.¹¹ Οι συντελεστές άλφα για την κλίμακα FS-ICU 24 και τις υποκλίμακές της παρατίθενται στον πίνακα 1.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο δόθηκε στους συγγενείς μόλις ο ασθενής συμπλήρωσε την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας του στη ΜΕΘ, δηλαδή από την 7η-10η ημέρα, ενώ το δεύτερο μετά τις επόμενες 10-12 ημέρες παραμονής του στη ΜΕΘ (συνολική διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ: 17-20 ημέρες). Οι πρώτες 7-10 ημέρες παραμονής του ασθενούς στη ΜΕΘ αποτελούν ένα χρονικό διάστημα ικανό ώστε το οικογενειακό του περιβάλλον να μπορέσει να σχηματίσει μια πρώτη εικόνα για τη ΜΕΘ όπου αυτός νοσηλεύεται. Στο χρονικό διάστημα των 20 περίπου ημερών παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ διερευνάται η ικανοποίηση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος όσον αφορά στην κάλυψη των μακροπρόθεσμων αναγκών που μπορεί να προκύψουν.¹²

Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν τα εξής: (α) Τα άτομα να έχουν επισκεφθεί τουλάχιστον δύο συνεχόμενες φορές το νοσηλευόμενο ασθενή στη μονάδα¹³ για διάστημα >10 min και (β) ο ασθενής να αερίζεται μηχανικά για διάστημα >48 ωρών.¹⁴

Πίνακας 1. Υπολογισμός του συντελεστή Cronbach's α για την κλίμακα FS-ICU 24 και τις επί μέρους υποκλίμακες.

FS-ICU 24 (family satisfaction in the intensive care unit-24)	Συντελεστής Cronbach's α	
	1η μέτρηση	2η μέτρηση
FS-ICU 24 total (συνολική κλίμακα)	0,96	0,951
FS-ICU 24 care (υποκλίμακα φροντίδας)	0,917	0,903

Η στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων της μελέτης επιτεύχθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), έκδοση 18.0. Για την αριθμητική περιγραφή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή, η μέση τιμή (MT), η διάμεσος, η τυπική απόκλιση (TA) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Κατά τη συσχέτιση των δεδομένων, θεωρήθηκε ότι υπάρχει σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ τους όταν το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας p (τιμή p) ήταν $\leq 0,05$. Η κανονικότητα των κατανομών των παρατηρήσεων κάθε μεταβλητής εξετάστηκε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας ονομαστικών (κατηγορικών) μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson.¹⁵ Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ των μέσων τιμών δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο δίπλευρος έλεγχος t (independent sample t -test),¹⁶ ενώ για τη διερεύνηση της μεταβολής μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης ο έλεγχος t κατά ζεύγη (paired t -test).¹⁷

Περιορισμοί της μελέτης

Δυσκολίες παρουσιάστηκαν σ'ό,τι αφορούσε στη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που επιλέχθηκαν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν οι συγγενείς των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ του νοσοκομείου, άτομα που ήδη αντιμετώπιζαν μια πάρα πολύ δυσάρεστη και στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον τους για την έρευνα να είναι περιορισμένο. Αν και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν προαιρετική και η συλλογή τους γινόταν ανώνυμα, δεν ήταν λίγοι οι συγγενείς εκείνοι οι οποίοι αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στην έρευνα, γεγονός το οποίο έχει παρατηρηθεί κατά τη διεξαγωγή και άλλων μελετών.¹⁸ Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μη γίνει γνωστή η άποψη των ατόμων που δεν συμμετείχαν στη μελέτη. Λιγότερο συχνά, κάποιοι συγγενείς δεν ήταν ελληνικής καταγωγής, με αποτέλεσμα να μην κατανοούν την ελληνική γλώσσα και να συναντούν δυσκολίες στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, το γεγονός ότι η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν υψηλού μέσου όρου ηλικίας, είχε ως αποτέλεσμα τον αυξημένο μέσο όρο ηλικίας και στους συνοδούς τους. Έτσι, δεν ήταν λίγες οι φορές όπου πολλοί από τους συνοδούς, αν και επιθυμούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, αδυνατούσαν γιατί δεν γνώριζαν ανάγνωση και γραφή. Ένα άλλο πρόβλημα που προέκυψε κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων αφορούσε στο γεγονός ότι κάποιοι συγγενείς καθυστερούσαν να επιστρέψουν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, με αποτέλεσμα είτε ο ασθενής να αποβιώνει, είτε να λαμβάνει εξιτήριο από τη ΜΕΘ. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, είτε πραγματοποιείτο μόνο η μία από τις δύο μετρήσεις, είτε δεν γινόταν κάποια μέτρηση, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα στη συλλογή των στοιχείων.

Ένας ακόμη περιορισμός, ο οποίος συναντήθηκε και σε άλλη μελέτη,¹³ ήταν ότι ο χρόνος επίσκεψης των συγγενών στο νοσηλευόμενο ασθενή καθορίστηκε στις δύο συνεχόμενες επισκέψεις, διάρκειας τουλάχιστον 10 min η κάθε μία, για τον κάθε επισκέπτη. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα για να

είναι σε θέση ο συνοδός να αξιολογήσει την παρεχόμενη φροντίδα και τις πληροφορίες από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να σχηματίσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη ΜΕΘ. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι η μελέτη εκπονήθηκε στην Ελλάδα, όπου η σχέση ιατρού-ασθενούς μπορεί να χαρακτηριστεί ως η πλέον «πατερναλιστική» συγκριτικά με άλλες χώρες και όπου οι ιατροί είναι αυτοί που λαμβάνουν εξ ολοκλήρου όλες τις αποφάσεις που αφορούν στον ασθενή. Επίσης, οι μετρήσεις της παρούσας μελέτης αφορούν μόνο στη ΜΕΘ ενός συγκεκριμένου νοσοκομείου και επομένως τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν για όλες τις ΜΕΘ της Ελλάδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, κατά τη διάρκεια της μελέτης ζητήθηκε από τους συγγενείς των 151 περιστατικών που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Από αυτούς, μόνο οι 102 δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη ενώ οι υπόλοιποι 49 αρνήθηκαν (ποσοστό ανταπόκρισης: 68%).

Το δείγμα προς μελέτη αποτελείται από 102 άτομα, στην πλειοψηφία τους γυναίκες (60,8%) (πίν. 3), οι οποίες ήταν κυρίως οι σύζυγοι (25,5%) και οι θυγατέρες (24,5%) των νοσηλευόμενων ασθενών (πίν. 4). Οι ερωτηθέντες, σε ποσοστό 71%, δεν είχαν κάποια άλλη προηγούμενη επαφή με τη ΜΕΘ, εκτός από το συγκεκριμένο γεγονός (πίν. 5). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 48,5 έτη και δεν παρουσίαζε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, ενώ από αυτούς (πίν. 3), 52% διέμεναν στην ίδια οικία με τον ασθενή και άρα είχαν καθημερινή επαφή μαζί του (πίν. 6).

Πίνακας 2. Κατανομή συγγενών σύμφωνα με το ποσοστό ανταπόκρισής τους στη μελέτη.

	Συχνότητα συγγενών	Ποσοστό συγγενών (%)
Συγγενείς ασθενών που έδωσαν θετική απάντηση	102	68
Συγγενείς ασθενών που έδωσαν αρνητική απάντηση	49	32
Συνολικός αριθμός συγγενών που ερωτήθηκαν	151	100

Πίνακας 3. Η κατανομή των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, με βάση το φύλο.

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	ΜΟ ηλικίας±ΤΑ	p
Άνδρες	40	39,2	46,70±14,0	
Γυναίκες	62	60,8	49,66±15,4	0,05
Σύνολο	102	100		

ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 4. Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τη συγγενική τους σχέση με το νοσηλευόμενο ασθενή στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Είδος συγγενικής σχέσης με ασθενή	Συχνότητα συγγενών	Ποσοστό συγγενών (%)
Σύζυγος	26	25,5
Μητέρα	4	3,9
Θυγατέρα	25	24,5
Πατέρας	1	1
Υιός	24	23,5
Σύντροφος	2	2,0
Αδελφός	3	2,9
Αδελφή	3	2,9
Άλλο	14	13,8
Σύνολο	102	100

Πίνακας 5. Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με την ύπαρξη προηγούμενης επαφής τους με τη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), πριν από το συγκεκριμένο γεγονός.

Προηγούμενη επαφή με ΜΕΘ	Συχνότητα συγγενών	Ποσοστό συγγενών (%)
Ναι	30	29,4
Όχι	72	70,6
Σύνολο	102	100

Πίνακας 6. Κατανομή των ερωτηθέντων σύμφωνα με τον τόπο κατοικίας τους.

Τόπος κατοικίας συγγενών	Συχνότητα συγγενών	Ποσοστό συγγενών (%)
Στην ίδια οικία με τον ασθενή	53	52
Σε διαφορετική οικία από τον ασθενή	49	48
Σύνολο	102	100

Τα αποτελέσματα της πρώτης μέτρησης σ' ό,τι αφορά στην ικανοποίηση από την παροχή νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας προς τον ασθενή παρατίθενται στον πίνακα 7. Από το συγκεκριμένο πίνακα γίνεται αντιληπτό ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας των ερωτηθέντων ήταν αρκετά υψηλή (>60), γεγονός που καταδεικνύει ότι η ικανοποίηση για την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή κυμαινόταν από καλή έως άριστη. Σε επί μέρους ερωτήσεις, οι οποίες σχετιζόνταν με διάφορα θέματα που αφορούσαν στον ασθενή όπως το άλγος, η δυσχέρεια της αναπνοής και η συγχυτικότητα, ποσοστό >50% (52%, 57,1% και 53,6%, αντίστοιχα) των ερωτώμενων απάντησε ότι η αντιμετώπιση του προσωπικού ήταν άριστη, με τις αντίστοιχες επί μέρους βαθμολογίες να υπερβαίνουν το 80. Το γενικό ενδιαφέρον και η συνολική

προς τον ασθενή φροντίδα χαρακτηρίστηκαν επίσης άριστα, σε ποσοστό που προσέγγιζε το 52,6%, με μέση τιμή βαθμολογίας 84,14. Ακόμη, περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι αναφορικά με τα προσόντα και τις ικανότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργαζόταν στη ΜΕΘ. Αντίθετα, το ποσοστό ικανοποίησης των συγγενών σ' ό,τι αφορούσε στην παροχή συναισθηματικής και ψυχολογικής υποστήριξης προς τους ίδιους κυμαινόταν σε χαμηλότερα επίπεδα, με μόνο ένα 27% αυτών να είναι απόλυτα ευχαριστημένοι και με τη συνολική βαθμολογία να κυμαίνεται περίπου στο 66.

Αντίθετα, σε χαμηλότερα επίπεδα κυμαινόταν η ικανοποίησή τους αναφορικά με την αίσθηση αναμονής της ΜΕΘ (μόνο 22,5% των ερωτώμενων ήταν απόλυτα ευχαριστημένοι), γεγονός που φαίνεται και από τη σχετικά χαμηλή βαθμολογία η οποία δόθηκε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Τέλος, η ποσότητα και το επίπεδο της παρεχόμενης προς τον ασθενή φροντίδας χαρακτηρίστηκαν ως «πολύ καλά» από το 44,1% των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη, ενώ «άριστα» χαρακτηρίστηκαν μόνο από το 22,5% αυτών.

Στον πίνακα 8 εμφανίζονται τα αποτελέσματα της δεύτερης μέτρησης, η οποία αναφέρεται στην ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή φροντίδας προς το νοσηλευόμενο. Παρατηρείται ότι όλες οι απαντήσεις, με εξαίρεση αυτές που αφορούσαν στο χώρο αναμονής της ΜΕΘ, συγκέντρωσαν υψηλές βαθμολογίες (μέση τιμή >67), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση χαρακτηριζόταν από καλή έως άριστη. Στις επί μέρους ερωτήσεις όμως, που αφορούσαν στη διαχείριση της δυσχέρειας της αναπνοής και της συγχυτικότητας του ασθενούς, το ποσοστό των ερωτώμενων που ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι κυμαινόταν σε χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με αυτό της πρώτης μέτρησης (48,7% και 47,1% έναντι 57,1% και 53,6%, αντίστοιχα), ενώ οι αντίστοιχες επί μέρους βαθμολογίες ήταν περίπου ίδιες με εκείνες που συγκεντρώθηκαν από την πρώτη μέτρηση. Κάτι ανάλογο παρατηρήθηκε και με την παροχή συνολικής φροντίδας προς τον ασθενή, αφού το ποσοστό των ατόμων που τη χαρακτήρισε άριστη ήταν μόνο 42,9%, συγκριτικά με το 52,6% της πρώτης μέτρησης. Και σε αυτή την περίπτωση όμως η τελική βαθμολογία ήταν υψηλή (μέση τιμή >80). Επί πλέον, λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι από τα προσόντα και τις ικανότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργαζόταν στη ΜΕΘ. Όπως στην πρώτη, έτσι και στη δεύτερη μέτρηση το ποσοστό ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης κυμαινόταν σε χαμηλά επίπεδα, με μόνο το 22,5% των συγγενών να δηλώνουν απόλυτα ευχαριστημένοι και με την τελική βαθμολογία να ανέρχεται μόλις στο 67,7.

Πίνακας 7. Η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς από την παροχή φροντίδας προς το νοσηλευόμενο στην πρώτη μέτρηση.

	Η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή						ΤΑ
	Άριστα (%)	Πολύ καλά (%)	Καλά (%)	Μέτρια (%)	Άσχημα (%)	Μέση τιμή βαθμολογίας απάντησης	
Ενδιαφέρον και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ προς τον ασθενή	52,6	35,9	7,7	3,8	0	84,18	19,126
Διαχείριση άλγους του ασθενούς	52	34,7	11,2	2	0	84,29	19,783
Διαχείριση δυσχέρειας αναπνοής του ασθενούς	57,1	32,1	6	4,8	0	85,42	20,243
Διαχείριση συγχυτικότητας του ασθενούς	53,6	27,5	11,6	7,2	0	81,88	23,438
Ενδιαφέρον προσωπικού για τις ανάγκες του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς	32,3	33,3	21,2	13,1	0	71,21	25,596
Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης από το προσωπικό προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς	27,1	33,3	18,8	20,8	0	66,67	27,306
Συντονισμός της φροντίδας ως προς τον ασθενή	39,6	45,8	8,3	6,3	0	79,69	20,936
Ευγένεια, σεβασμός και συμπόνια προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς	45,5	28,3	18,2	8,1	0	77,78	24,456
Προσόντα και ικανότητες των νοσηλευτών της ΜΕΘ	49,5	39,6	10,8	3,2	0	83,06	19,905
Συχνότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ	32,6	37,9	11,6	17,9	0	71,32	26,789
Προσόντα και ικανότητες των ιατρών της ΜΕΘ	49	42,9	6,1	2	0	84,69	17,451
Συχνότητα επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ	49	35	12	4	0	82,25	20,89
Το περιβάλλον στο χώρο της ΜΕΘ	40,2	40,2	12,7	6,9	0	78,43	22,261
Το περιβάλλον στο χώρο αναμονής της ΜΕΘ	22,5	26,5	26,5	24,5	0	61,76	27,41
Ικανοποίηση οικογενειακού περιβάλλοντος από το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας στη ΜΕΘ	22,5	44,1	30,4	2	1	71,32	20,633

Βαθμολογία: Άριστα=100, πολύ καλά=75, καλά=50, μέτρια=25, άσχημα=0. ΜΕΘ: Μονάδα εντατικής θεραπείας, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Τέλος, χαμηλή ικανοποίηση υπήρχε και σ' ό,τι αφορούσε στον ίδιο το χώρο της ΜΕΘ και ιδιαίτερα στην αίθουσα αναμονής, με τα ποσοστά των ατόμων που δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι να μειώνονται από 22,5% σε 11% και την τελική βαθμολογία να κυμαίνεται στο 52,47, αρκετά χαμηλότερα από το 61,76 που είχε παρατηρηθεί κατά την πρώτη μέτρηση. Παρ' όλα αυτά, η ποσότητα και το επίπεδο της παρεχόμενης προς τον ασθενή φροντίδας χαρακτηρίστηκαν ως «πολύ καλά» από το 48,4% των ερωτηθέντων, με τη βαθμολογία να ανέρχεται στο 72,8.

Σχετικά με τη μεταβολή στο επίπεδο ικανοποίησης

των συγγενών του ασθενούς, μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης, αυτή προέκυψε στατιστικά σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, κατά την πρώτη μέτρηση η ΜΤ της βαθμολογίας ήταν περίπου 76, ενώ κατά τη δεύτερη μέτρηση μειώθηκε στο 71 (πίν. 9). Το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας προέκυψε σε $p < 0,0001$. Παρατηρήθηκε δηλαδή ότι οι συγγενείς των ασθενών εμφανίζονταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που παρείχε η ΜΕΘ στον ασθενή τους κατά την πρώτη μέτρηση, ενώ το επίπεδο ικανοποίησής τους μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου.

Πίνακας 8. Η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς από την παροχή φροντίδας προς το νοσηλεύόμενο στη δεύτερη μέτρηση.

	Η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή						ΤΑ
	Άριστα (%)	Πολύ καλά (%)	Καλά (%)	Μέτρια (%)	Άσχημα (%)	Μέση τιμή βαθμολογίας απάντησης	
Ενδιαφέρον και φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ προς τον ασθενή	42,9	39,6	15,4	1,1	1,1	80,49	20,684
Διαχείριση άλγους του ασθενούς	53,2	34,2	8,9	3,8	0	84,18	20,087
Διαχείριση δυσχέρειας αναπνοής του ασθενούς	48,7	39,7	6,4	5,1	0	83,01	20,343
Διαχείριση συγχυτικότητας του ασθενούς	47,1	30	12,9	8,6	1,4	78,21	25,862
Ενδιαφέρον προσωπικού για τις ανάγκες του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς	32,2	36,8	24,1	5,7	1,1	73,28	23,746
Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης από το προσωπικό προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς	22,5	38,2	28,1	10,1	1,1	67,7	24,192
Συντονισμός της φροντίδας ως προς τον ασθενή	40,2	39,1	18,4	1,1	1,1	79,02	21,184
Ευγένεια, σεβασμός και συμπόνια προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς	36,3	39,6	17,6	6,6	0	76,37	22,473
Προσόντα και ικανότητες των νοσηλευτών της ΜΕΘ	41,6	41,6	13,5	2,2	1,1	80,06	21,045
Συχνότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ	33,7	33,7	22,5	9	1,1	72,47	25,295
Προσόντα και ικανότητες των ιατρών της ΜΕΘ	42,9	40,7	12,1	3,3	1,1	80,22	21,576
Συχνότητα επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ	46,2	37,4	12,1	4,4	0	81,32	20,947
Το περιβάλλον στο χώρο της ΜΕΘ	34,1	38,5	18,7	7,7	1,1	74,18	24,281
Το περιβάλλον στο χώρο αναμονής της ΜΕΘ	11	27,5	24,2	35,2	2,2	52,47	26,888
Ικανοποίηση οικογενειακού περιβάλλοντος από το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας στη ΜΕΘ	24,2	48,4	24,2	1,1	2,2	72,8	21,294

Βαθμολογία: Άριστα=100, πολύ καλά=75, καλά=50, μέτρια=25, άσχημα=0. ΜΕΘ: Μονάδα εντατικής θεραπείας, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όλοι οι συγγενείς των ασθενών συγκέντρωσαν σχετικά

Πίνακας 9. Η μεταβολή της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

	ΜΤ βαθμολογίας ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή στη ΜΕΘ	95% διάστημα εμπιστοσύνης
1η μέτρηση	75,68±16,90	
2η μέτρηση	71,27±14,92	1,936–6,879

$p < 0,0001$

ΜΤ: Μέση τιμή

υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες μέτρησης ικανοποίησης (ΜΤ βαθμολογίας: ≥ 70), γεγονός που υποδεικνύει μια μέτρια προς καλή εικόνα όσον αφορά στην ικανοποίησή τους από την παροχή φροντίδας στη ΜΕΘ. Ειδικότερα, το επίπεδο ικανοποίησης παρουσίασε μεταβολή μεταξύ των δύο μετρήσεων και η ΜΤ της βαθμολογίας αναφορικά με την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή από $75,68 \pm 16,9$ (ΜΤ±ΤΑ) μειώθηκε στο $71,27 \pm 14,92$. Παρ' όλα αυτά, το οικογενειακό περιβάλλον των νοσηλευόμενων δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από τη νοσηλεία του συγγενικού του προσώπου στη ΜΕΘ, αναμφισβήτητα όμως αυτή επιδέχεται περαιτέρω βελτίωσης. Παρόμοιες μελέτες που εκπονήθηκαν έδειξαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σ' ό,τι αφορούσε στους παραπάνω τομείς. Σύμφωνα με τους Stricker et al,¹³ σε έρευνα που διεξήχθη στη ΜΕΘ ενός πανεπιστημιακού

νοσοκομείου στην Ελβετία, η ΜΤ βαθμολογίας από την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή βρέθηκε υψηλότερη (79 ± 14), ενώ από άλλες μελέτες^{19,20} προέκυψε ότι δυσανεμία στους συγγενείς προκαλούσαν και οι εναλλαγές μεταξύ των νοσηλευτών που αναλάμβαναν κάθε φορά τον ασθενή, καθώς και το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ιατρών ήταν υπεύθυνος για την παραμονή του ασθενούς στη ΜΕΘ, αντί ένας να παρακολουθεί την πορεία του από την αρχή έως το τέλος.²⁰ Σύμφωνα όμως και με άλλες μελέτες,^{2,27} η ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος αυξανόταν όταν η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ήταν < 3 . Στη μελέτη των Heyland et al,¹⁴ στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες ήταν ικανοποιημένοι από τη συνολική φροντίδα που λάμβανε ο ασθενής τους στη ΜΕΘ ($84,3 \pm 15,7$). Πιο συγκεκριμένα, οι οικογένειες των ασθενών δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε θέματα που αφορούσαν στα προσόντα και στις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού ($92,4 \pm 14$), στο σεβασμό και στη συμπόνια που αυτό επέδειξε προς τον ασθενή ($91,8 \pm 15,4$), καθώς και στον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό διαχειριζόταν τον πόνο του ασθενούς ($89,1 \pm 16,7$). Τα εν λόγω αποτελέσματα παρουσιάζουν κάποιες διαφορές από αυτά της παρούσας μελέτης. Ενώ λοιπόν προκύπτει ότι οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του ελληνικού νοσοκομείου ήταν σε γενικές γραμμές ευχαριστημένες, οι βαθμολογίες τους κυμαίνονταν σε χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με εκείνες της μελέτης των Stricker et al¹³ και Heyland et al,¹⁴ καθώς η ικανοποίησή τους από τη φροντίδα προς τον ασθενή και τη διαχείριση του πόνου του κυμαινόταν στο $82 \pm 19,1$ και $84,2 \pm 20$, αντίστοιχα. Επίσης, σχετικά με τις ικανότητες των νοσηλευτών, παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι συγγενείς δήλωναν πολύ ικανοποιημένοι, οι βαθμολογίες τους μόλις που υπερέβαιναν το 83 ($83,06 \pm 19,9$). Φαίνεται ότι οι συγγενείς των ασθενών, λόγω του χρονικά μειωμένου επισκεπτηρίου, επικοινωνούσαν με το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα από σύντομες συνομιλίες κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου, με συνέπεια το σχετικά χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης και τη ΜΤ βαθμολογίας που δεν υπερέβαινε το 72 σε καμία από τις δύο μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν. Στην έρευνα των Stricker et al¹³ προέκυψε επίσης ότι οι συγγενείς είχαν την τάση να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι όσο μικρότερος ήταν ο χρόνος που είχαν στη διάθεσή τους κατά την ώρα του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ, γεγονός το οποίο επιδέχεται περαιτέρω έρευνας και στην παρούσα μελέτη. Αντίθετα, χαμηλή ικανοποίηση προέκυψε σχετικά με το χώρο αναμονής στη ΜΕΘ. Οι βαθμολογίες και στις δύο μετρήσεις ήταν πολύ κάτω του μετρίου (ΜΤ βαθμολογίας: 60 για την πρώτη μέτρηση και 53 για τη δεύτερη), με τις αντίστοιχες βαθμολογίες άλλων ερευνών^{13,14} να κυμαίνονται σε επίσης χαμηλά επίπεδα (ΜΤ βαθμολογίας: 65). Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στο νοσοκομείο

όπου διεξήχθη η μελέτη δεν υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος που να χρησιμοποιείται ως χώρος αναμονής. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιος χώρος στον οποίο οι επισκέπτες να μπορούν να αφήνουν με ασφάλεια τα προσωπικά τους αντικείμενα, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται πολλές φορές να τα φέρουν μέσα στο χώρο των ασθενών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία,²² ο χώρος αναμονής πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλα έπιπλα και εξοπλισμό, προκειμένου να ικανοποιεί κάποιες βασικές ανάγκες των επισκεπτών, όπως είναι η κόπωση και η έλλειψη φαγητού. Η έλλειψη ύπνου αποτελεί ένα από τα πλέον βασικά προβλήματα, που θέτει τους συγγενείς των ασθενών σε κίνδυνο τόσο για σωματική εξάντληση όσο και για ευερεθιστότητα και έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής.²² Η ικανοποίηση από το περιβάλλον μέσα στο χώρο της ΜΕΘ ήταν σχετικά καλή, με τη ΜΤ βαθμολογίας να κυμαίνεται στο 76 ± 22 . Παρόμοιο αποτέλεσμα προέκυψε και από τη μελέτη των Heyland et al,¹⁴ όπου ο βαθμός ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος για το χώρο της ΜΕΘ ήταν $80,43 \pm 22,5$, ενώ υψηλή βαθμολογία συγκεντρώθηκε και στη μελέτη των Myhnen et al²³ σε έρευνα που διεξήχθη στη Νορβηγία. Παρ' όλα αυτά και σύμφωνα με άλλες μελέτες,²⁴ η διαμόρφωση του χώρου αναμονής και του εσωτερικού χώρου μιας ΜΕΘ δεν συγκαταλέγονται στα πλέον σημαντικά και επείγοντα θέματα που πρέπει να διευθετηθούν.

Όσον αφορούσε στην ικανοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος από τα προσόντα και τις ικανότητες των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονταν στη ΜΕΘ, αυτή δεν παρουσίασε μεταβολή μεταξύ των δύο μετρήσεων και η ΜΤ βαθμολογίας της κυμαινόταν περίπου στο 81. Υψηλότερη βρέθηκε σε μετρήσεις άλλων μελετών, που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν,^{14,18} με βαθμολογίες που υπερέβαιναν το 85 για τους ιατρούς και το 92 για τους νοσηλευτές. Ένας λόγος που θα μπορούσε να εξηγήσει το παραπάνω είναι ότι στην παρούσα μελέτη οι συγγενείς θεωρούσαν πολύ περιορισμένη την επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που ενδέχεται να επηρέαζε την εικόνα την οποία σχημάτιζαν οι συγγενείς για τους νοσηλευτές. Ο βαθμός ικανοποίησης για το συγκεκριμένο θέμα ήταν αρκετά χαμηλός και για τις δύο μετρήσεις (ΜΤ: 70). Αντίθετα, η ικανοποίηση από την επικοινωνία και την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό ήταν αρκετά υψηλότερη (ΜΤ > 82), αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες περισσότεροι από τους μισούς συγγενείς εξέφρασαν δυσανεμία για την επικοινωνία τους με τους ιατρούς της ΜΕΘ.^{1,25}

Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των συγγενών αναφορικά με το ενδιαφέρον του προσωπικού για τις ανάγκες του οικογενειακού περιβάλλοντος και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης προς αυτό μπορεί να οφείλεται

στη γενικότερη έλλειψη επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η ΜΤ βαθμολογίας για κάθε μια από τις ερωτήσεις που αφορούσαν στα παραπάνω ανερχόταν στο 71–73 για την πρώτη ερώτηση και στο 66–67 για τη δεύτερη, και στις δύο μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν. Τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς θεωρούσαν ότι οι νοσηλευτές, ευρισκόμενοι τις περισσότερες ώρες με τον ασθενή και αναπτύσσοντας μεγαλύτερη επαφή μαζί του, είναι καταλληλότεροι για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την επακόλουθη παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, τόσο στον ασθενή όσο και στο συγγενή του. Είναι σε θέση να ακούσουν τις ανησυχίες τους και να τους δώσουν κουράγιο και ελπίδα σχετικά με μια αίσια κατάληξη της όλης κατάστασης. Η σημαντικότητα του ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει το νοσηλευτικό προσωπικό στην επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών αναφέρεται και σε άλλες μελέτες.^{7,26,27}

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι όσον αφορά στην ικανοποίηση των συγγενών η ΜΤ της βαθμολογίας κυμαίνεται στο 70–75, ενισχύοντας έτσι την άποψη ότι το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών έμεινε γενικά ικανοποιημένο, η ικανοποίησή του όμως επιδέχεται και περαιτέρω βελτίωση. Θα μπορούσε να αναφερθεί λοιπόν ότι το προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ οφείλει να προσπαθεί για την παροχή της καλύτερης δυνατής και ολοκληρωμένης φροντίδας προς τον ασθενή, αφήνοντας έτσι ικανοποιημένο τόσο τον ίδιο, όσο και τον οικογενειακό του περίγυρο.

Ένας τρόπος προσέγγισης της οικογένειας και αύξησης του βαθμού ικανοποίησής της από τις ΜΕΘ θα μπορούσε να είναι η εφαρμογή ενός νέου προγράμματος που θα λειτουργεί μέσα στη ΜΕΘ του κάθε νοσοκομείου, το οποίο θα δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτή.²⁸ Πιο συγκεκριμένα, επισημαίνεται η ανάγκη δημιουργίας τουλάχιστον δύο θέσεων εργασίας νοσηλευτών, οι οποίοι, έχοντας προύπηρεσία στον κλινικό τομέα με τους ασθενείς, αναλαμβάνουν πλέον μόνο την εξ ολοκλήρου διαχείριση της οικογένειας (family care specialist, FCS). Η αλλαγή αυτή βελτιώνει την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή και θέτει τις βάσεις για μεταβολή της «κουλτούρας» στη ΜΕΘ, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον και προς την πλευρά της οικογένειας των ασθενών. Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ όπου εφαρμόστηκε το πρόγραμμα αυτό παραδέχθηκαν ότι μειώθηκε κατά πολύ ο φόρτος εργασίας τους, αφού μοναδική τους απασχόληση αποτελούσε πλέον ο ασθενής και όχι η ενημέρωση και η πληροφόρηση των συγγενών του. Οι συγγενείς, από τη δική τους πλευρά, παρέμεναν ευχαριστημένοι γιατί, σ' ό,τι

αφορούσε στους νοσηλευτές, είχαν πάντοτε ένα συγκεκριμένο σημείο αναφοράς όπου μπορούσαν να απευθύνονται για όλες τους τις απορίες. Αυτή η καθημερινή επαφή είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ τους και την ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας που ένιωθαν οι συγγενείς των ασθενών. Εξ άλλου, είναι ήδη γνωστό ότι ο βαθμός ικανοποίησης των συγγενών μειωνόταν καθώς παρουσίαζε αύξηση ο αριθμός των νοσηλευτών που ασχολούνταν σε καθημερινή βάση με τον ασθενή τους και, σύμφωνα με τους Cuthbertson et al,²⁹ η συνέπεια στην επικοινωνία που δημιούργησε ο θεσμός των FCS αποτέλεσε το «κλειδί» για την ικανοποίηση των οικογενειών των νοσηλευομένων.³⁰ Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι κάτι τέτοιο είναι σχετικά δύσκολο στα ελληνικά νοσοκομεία. Η έλλειψη νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού από όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, και ειδικότερα από τις ΜΕΘ, καθιστά δυσχερή την εκπαίδευση των νοσηλευτών για αποκλειστική απασχόληση σε αντικείμενο διαφορετικό από το καθιερωμένο. Παρ' όλα αυτά, μια πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος στις ΜΕΘ των νοσοκομείων, όπου είναι εφικτό, θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για την περαιτέρω καθιέρωσή του, επιφέροντας τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η παροχή στήριξης από τους νοσηλευτές, τους ιατρούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς, ακόμη και τους κληρικούς που μπορεί να απασχολούνται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, είναι βασική για την αποτελεσματικότητα στην προσέγγιση του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών. Κατά τους Chien et al,³¹ οι οικογένειες που είχαν εξατομικευμένη επαφή με νοσηλευτές οι οποίοι τους ενημέρωναν για τον ασθενή τους έτειναν να έχουν λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τις οικογένειες που είχαν περιορισμένη επικοινωνία με το προσωπικό. Μια πρώτη προσπάθεια προώθησης βασικών θεμάτων επικοινωνίας ανάμεσα σε συγγενείς και νοσηλευτές είναι η δημιουργία και η λειτουργία μέσα στις ΜΕΘ «βασικών» και «μερικών» ομάδων παρακολούθησης των ασθενών. Πιο ειδικά, ο κάθε ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του θα παρακολουθείται από μια «μερική» ομάδα ιατρών και νοσηλευτών, η οποία όμως θα συμπεριλαμβάνεται στην ευρύτερη «βασική» ομάδα των ιατρών και των νοσηλευτών της ΜΕΘ. Η μερική ομάδα θα αναλαμβάνει την ευθύνη της πορείας του ασθενούς εντός της ΜΕΘ, αλλά και την επικοινωνία με τους συγγενείς του. Επί πλέον, οι «μερικές» ομάδες θα συντονίζονται στο πλαίσιο της «ολικής» ομάδας νοσηλευτών και ιατρών της ΜΕΘ έτσι ώστε κάθε μερική ομάδα να μπορεί να φροντίσει, αν χρειαστεί, οποιονδήποτε ασθενή, καθώς και την οικογένειά του. Ο συντονιστής διαχείρισης συνεργασίας των «μερικών» ομάδων θα ορίζεται κάθε φορά από την «ολική» ομάδα της ΜΕΘ. Φαίνεται ότι

οι νοσηλευτές με ανάλογη εκπαίδευση θα μπορούσαν να έχουν «εκ περιτροπής» έναν τέτοιο συντονιστικό ρόλο, όσον αφορά στην επικοινωνία των μερικών ομάδων τόσο μεταξύ τους όσο και με το οικογενειακό περιβάλλον των νοσηλευόμενων ασθενών.

Επίσης, σε συνδυασμό με τα προηγούμενα, η ύπαρξη κάποιου ενημερωτικού φυλλαδίου θα μπορούσε να ικανοποιήσει αρχικά και σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη των συγγενών για ενημέρωση. Το εν λόγω φυλλάδιο θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα και την ιδιότητα του κάθε μέλους του προσωπικού της ΜΕΘ, τις ώρες επισκεπτηρίου, χρήσιμα τηλέφωνα ώστε ο συνοδός να μπορεί να ενημερώνεται ακόμη και τις ώρες που δεν βρίσκεται εκεί, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τα άτομα στα οποία πρέπει να απευθύνεται κάθε φορά που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα. Η εφαρμογή του είχε καλά αποτελέσματα σε ΜΕΘ των ΗΠΑ, αυξάνοντας την ικανοποίηση των συγγενών σχετικά με τη λήψη πληροφοριών.³²

Θεμιτή είναι και η ύπαρξη ειδικά διαμορφωμένου χώρου πλησίον της ΜΕΘ, όπου οι συγγενείς των ασθενών θα μπορούν να αναμένουν με ηρεμία μέχρι την ώρα του επισκεπτηρίου. Στο χώρο αυτόν θα τους παρέχεται η ευκαιρία να αναπαύονται, κυρίως οι συγγενείς εκείνοι που προέρχονται από την περιφέρεια, και το βασικότερο θα μπορούν να εκφράζουν τις ανησυχίες και τις απορίες τους στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό, διατηρώντας την ιδιωτικότητά τους. Η ύπαρξη ενός τέτοιου χώρου ενισχύει τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων και την ανάπτυξη επικοινωνίας και ανάμεσα στους συνοδούς των ασθενών. Έτσι, ενισχύεται η ικανότητά τους για τη λήψη αποφάσεων και καθίσταται δυνατή η μείωση των συναισθημάτων άγχους, κατάθλιψης και stress που βιώνουν συνήθως.³³

Η ελαστικότητα στις ώρες του επισκεπτηρίου, καθώς και η συμμετοχή των συγγενών, στο βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εφικτό, σε παρεμβάσεις που αφορούν στον ασθενή (π.χ. συμμετοχή στο λουτρό του ασθενούς με τη βοήθεια του νοσηλευτή), τους δημιουργούν αισθήματα χαράς και, κάνοντάς τους να αισθάνονται χρήσιμοι, βελτιώνουν τα επίπεδα ικανοποίησής τους. Βέβαια, η κάθε οικογένεια πρέπει να εκτιμηθεί μεμονωμένα από το προσωπικό της ΜΕΘ σχετικά με τις δυνατότητες που έχει προκειμένου να αναμιχθεί στη φροντίδα του ασθενούς, γιατί δεν πρέπει να λησμονείται ότι η ΜΕΘ αποτελεί ένα ιδιαίτερο περιβάλλον και πολλές φορές οι συγγενείς στη θέα του ειδικού τεχνολογικού εξοπλισμού αισθάνονται εντονότερα το φόβο επικείμενου λάθους.³⁴ Επίσης, ωφέλιμο θα ήταν στο χώρο αναμονής να υπάρχει κάθε φορά ένας «συντονιστής» νοσηλευτής, ο οποίος θα υποδέχεται τους συγγενείς των ασθενών και θα συζητά μαζί τους για θέματα που μπορεί

να τους προβληματίζουν. Η ανάπτυξη ομάδων πριν και μετά από το επισκεπτήριο, σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες, θα μπορούσε να προωθήσει σε μεγάλο βαθμό τα θέματα επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών και ενδεχομένως να μειώσει το άγχος και το stress από το οποίο διακατέχονται τα συγκεκριμένα άτομα.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να αναφερθεί γενικά ότι τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ βιώνουν μια κρίσιμη κατάσταση, η οποία, εισβάλλοντας στην καθημερινότητά τους, εμποδίζει τη φυσιολογική ροή της και ανατρέπει τους ρόλους των μελών της οικογένειας. Το νοσηλευτικό προσωπικό, έχοντας μεγαλύτερη και αμεσότερη επαφή τόσο με τον ασθενή όσο και με το περιβάλλον του, μπορεί να συνδράμει στην προσαρμογή της οικογένειας στην παρούσα κατάσταση, τόσο μέσω αναγνώρισης των αναγκών της όσο και διά μέσου παροχής ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης. Τα μέλη των οικογενειών εμφανίζουν μια πληθώρα αναγκών, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται η ανάγκη πληροφόρησης, στήριξης και διαβεβαίωσης για αίτια κατάληξη της κατάστασης, που πρέπει να καλυφθούν αφού έχουν αντίκτυπο και στους ασθενείς.² Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ, παρά τον καθημερινό φόρτο εργασίας τους, είναι οι επαγγελματίες που μπορούν να προσεγγίσουν αποτελεσματικότερα τις οικογένειες των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι οικογένειες αποτελούν πολύπλοκα συστήματα, τα οποία αλληλεπιδρούν δυναμικά με τον ασθενή και πρέπει να διατηρηθεί ισορροπία μεταξύ τους. Η δυναμική αυτή πρέπει να καταστεί κατανοητή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και γι' αυτό είναι σημαντικό νοσηλευτές και ιατροί³⁵ να είναι δεκτικοί σε εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, τα χαρακτηριστικά που τον διέπουν, καθώς και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών ειδικότερα πρέπει να στοχεύουν στη διατήρηση της λειτουργικότητας της οικογένειας, στην αποφυγή της περαιτέρω ψυχολογικής της εξασθένησης, αλλά και στην ομαλή προσαρμογή της στην κρίση.^{36,37} Βασική προϋπόθεση για όλα τα παραπάνω αποτελεί η εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού που εργάζεται στις ΜΕΘ σε θέματα που διέπουν τον ασθενή και την οικογένειά του, γιατί χωρίς αυτή δεν θα υπάρχει η δυνατότητα να αξιολογηθεί και να καθοριστεί το επίπεδο στο οποίο η κάθε οικογένεια είναι ικανή να αναμιχθεί με τον ασθενή που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ. Η ανάμιξη της οικογένειας αποτελεί μια «κερδοφόρα» επιλογή όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά ταυτόχρονα για την ίδια την οικογένειά του, το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό και σε τελική φάση για όλο το νοσοκομείο, ως φορέα, στόχοι του οποίου είναι τόσο η παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας υγείας, όσο και η βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας με τους χρήστες του.

ABSTRACT

Family satisfaction with the care of patients in the intensive care unit

M. KOURTI,¹ G. FILDISIS,¹ E. CHRISTOFILOU,² I. FLOROS,² G. KALLERGIS¹¹Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²Intensive Care Unit, "Laiko" General Hospital, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(1):60–70*

OBJECTIVE To evaluate family satisfaction with the care of patients in the intensive care unit (ICU). **METHOD** A prospective study with repeated measurements was conducted, in which 102 relatives (62 female and 40 male), aged 19–82 years, of patients in the ICU of a large public hospital in Athens participated. Study questionnaires were distributed to the family members during the period August 2008 to August 2010, always after they had been informed by the attending doctor about the patient's condition. The family satisfaction in the intensive care unit-24 (FS-ICU 24) was used, which measures family satisfaction with care and family satisfaction with decision making. Two measurements were made on the same relative, the first 7–10 days after the admission of the patient to the ICU and the second after 15–20 days of care in the ICU. The criteria for enrolment in the study were that the patient was intubated for at least 48 hours and the relative had made two consecutive visits of more than 10 minutes duration. **RESULTS** Family satisfaction with care (mean score on the FS-ICU 24) diminished from 76 at the first measurement to 71 at the second measurement ($p < 0.001$). **CONCLUSIONS** ICU relatives appear to be satisfied with the patient care in general, but lower scores on the FS-ICU 24 scale indicate the need for further improvement in the provision of patient care by the ICU staff.

Key words: Family satisfaction, FS-ICU 24 scale, ICU, Patient care

Βιβλιογραφία

1. AZOULAY E, CHEVRET S, LELEU G, POCHARD F, BARBOTEU M, ADRIE C ET AL. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000, 28:3044–3049
2. DAVIDSON JE. Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse* 2009, 29:28–34
3. AZOULAY E, SPRUNG CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004, 32:2323–2328
4. WAY J, BACK AL, CURTIS JR. Withdrawing life support and resolution of conflict with families. *Br Med J* 2002, 325:1342–1345
5. BREEN CM, ABERNETHY AP, ABBOTT KH, TULSKY JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001, 16:283–289
6. FINS JJ, SOLOMON MZ. Communication in intensive care settings: The challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001, 29(Suppl 2):N10–N15
7. MOLTER NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung* 1979, 8:332–339
8. HEYLAND D, KORAD J. FS-ICU 24; version 11, 2006. Available at: <http://www.thecarenet.ca>
9. WALL RJ, ENGELBERG RA, DOWNEY L, HEYLAND DK, CURTIS JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med* 2007, 35:271–279
10. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π, ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗ Κ, ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ Κ, ΜΟΥΣΤΑΚΑ Ε, ΖΥΓΑΣ Σ. Αξιολογία ερωτηματολογίου FS ICU 24 για την εκτίμηση της ικανοποίησης οικογένειας από τη φροντίδα στη ΜΕΘ. *Hygeia@εργασία* 2012, 3:127–134
11. HOWITT D, CRAMER D. *Introduction to SPSS in psychology for version 16 and earlier*. 4th ed. Pearson, Harlow, 2008:295
12. DAVIS-MARTIN S. Perceived needs of families of long-term critical care patients: A brief report. *Heart Lung* 1994, 23:515–518
13. STRICKER KH, KIMBERGER O, SCHMIDLIN K, ZWAHLEN M, MOHR U, ROTHEN HU. Family satisfaction in the intensive care unit: What makes the difference? *Intensive Care Med* 2009, 35:2051–2059
14. HEYLAND DK, ROCKER GM, DODEK PM, KUTSOGIANNIS D, KONOPAD E, COOK DJ ET AL. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002, 30:1413–1418
15. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ, ΚΑΤΟΣΤΑΡΑΣ Θ. Στατιστική συσχέτιση – συντελεστής συσχέτισης – συντελεστής προσδιορισμού. Στο: *Βιοστατιστική και μεθοδολογία έρευνας*. Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1996:196
16. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ, ΚΑΤΟΣΤΑΡΑΣ Θ. Το χ^2 κατά ζεύγη. Στο: *Βιοστατιστική και μεθοδολογία έρευνας*. Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1996:183
17. ΓΑΛΑΝΗΣ Π. Η λανθασμένη εφαρμογή των τιμών p και του ελέγχου των υποθέσεων στη βιοϊατρική έρευνα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:691–707
18. HEYLAND DK, TRANMER JE; KINGSTON GENERAL HOSPITAL ICU RESEARCH WORKING GROUP. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001, 16:142–149

19. DAVIDSON JE, POWERS K, HEDAYAT KM, TIESZEN M, KON AA, SHEPARD E ET AL. 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. *Crit Care Med* 2007, 35:605–622
20. JOHNSON D, WILSON M, CAVANAUGH B, BRYDEN C, GUDMUNDSON D, MOODLEY O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998, 26:266–271
21. AZOULAY E, POCHARD F, CHEVRET S, JOURDAIN M, BORNSTAIN C, WERNET A ET AL. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002, 165:438–442
22. LEE LY, LAU YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003, 12:490–500
23. MYHREN H, EKEBERG Ø, LANGEN I, STOKLAND O. Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian University Hospital. *Intensive Care Med* 2004, 30:1791–1798
24. KOSCO M, WARREN NA. Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Crit Care Nurs Q* 2000, 23:60–72
25. ABBOTT KH, SAGO JG, BREEN CM, ABERNETHY AP, TULSKY JA. Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001, 29:197–201
26. GELLING L. The role of hope for relatives of critically ill patients: A review of the literature. *Nurs Stand* 1999, 14:33–38
27. WONG DT, KNAUS WA. Predicting outcome in critical care: The current status of APACHE prognostic scoring system. *Can J Anaesth* 1991, 38:374–383
28. NELSON DP, PLOST G. Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. *Crit Care Nurse* 2009, 29:46–52
29. CUTHBERTSON BH, HULL A, STRACHAN M, SCOTT J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med* 2004, 30:450–455
30. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Β, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Γ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:73–82
31. CHIEN WT, CHIU YL, LAM LW, IP WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006, 43:39–50
32. HENNEMAN EA, CARDIN S. Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse* 2002, 22:12–19
33. AZOULAY E, POCHARD F, CHEVRET S, LEMAIRE F, MOKHTARI M, LE GALL JR ET AL. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001, 163:135–139
34. LEON AM, KNAPP S. Involving family systems in critical care nursing: Challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs* 2008, 27:255–262
35. ΤΣΙΜΤΣΙΟΥ Ζ, ΚΑΛΤΣΟΣ Κ. Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:272–276
36. LESKE JS. Comparison of family stresses, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN Clin Issues* 2003, 14:33–41
37. LESKE JS, JIRICKA MK. Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critical injury. *Am J Crit Care* 1998, 7:383–392

Corresponding author:

M. Kourti, 47 G. Papandreou street, GR-157 73 Athens, Greece
e-mail: nursemak@yahoo.gr