

Διαστάσεις στην επικοινωνία ασθενών-νοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας

Στουφής Νικόλαος¹, Λεπίδου Μαρία²

1. Νοσηλεύτης ΜΕΘ, Κωνσταντοπούλειο Γεν. Νος. Ν. Ιωνίας

2. Νοσηλεύτρια ΜΕΘ Γεν.Νος. Χίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο νοσηλευτής μέσω της φυσικής του παρουσίας καλείται να δημιουργήσει το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον, ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η προσέγγιση του πολύ σύνθετου θέματος της επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν περισσότερα από 40 άρθρα τα οποία δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 30 χρόνια σε βιβλία και περιοδικά. Τα άρθρα αυτά αναζητήθηκαν μέσα από έγκυρες βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus, Mdconsult κ.α).

Αποτελέσματα: Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν δημοσιευθεί συνδέουν άμεσα την αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών, με επεισόδια διέγερσης και τρόμου τα οποία εμφάνισαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα- Συζήτηση: Αν και το πρόβλημα της επικοινωνίας των ασθενών στη ΜΕΘ έχει μελετηθεί επαρκώς, πολύ λίγες λύσεις έχουν προταθεί και ακόμα λιγότερες έχουν πρακτικά δοκιμαστεί στην πράξη. Η ιεράρχηση των αναγκών του ασθενούς, η καλή συνεργασία και η ανθρώπινη ολιστική προσέγγιση μέσα από τη νοσηλευτική διεργασία, συμβάλλουν στην κάλυψη βασικών αναγκών επικοινωνίας, και την παροχή ποιοτικής θεραπευτικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γνώση και η πρακτική εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών επικοινωνίας.

Λέξεις κλειδιά: ΜΕΘ, στρατηγικές επικοινωνίας, μη λεκτική επικοινωνία.

Εισαγωγή

Η εισαγωγή από την Frey του όρου «Νοσηλευτική διάγνωση» το 1973, συντέλεσε σε μεγάλο ποσοστό στο να αποκτήσει η νοσηλευτική, αυτονομία και επαγγελματικό χαρακτήρα. Το ειδικό αυτό διαγνωστικό σύστημα καθορίζεται από την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, επικοινωνία η οποία χαρακτηρίζεται από λεκτικές και μη λεκτικές αλληλεπιδράσεις, με στόχο τη συνεχή βελτίωση της νοσηλευτικής κλινικής πρακτικής. Σχεδόν το 40% των σοβαρά ασθενών που τελικά χάνουν τη ζωή τους στα νοσοκομεία, περνούν τις τελευταίες μέρες και ώρες της ζωής τους σε κάποιο κρεβάτι μονάδας εντατικής θεραπείας, και με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς πεθαίνουν χωρίς να τους δοθεί δυνατότητα να εκφράσουν σκέψεις, επιθυμίες και ανά-

γκες, ή ακόμα περισσότερο χωρίς να μπορέσουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους απέναντι σε αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ιδιαιτερότητες στην επικοινωνία νοσηλευτών – ασθενών στη ΜΕΘ

Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν δημοσιευθεί αναφορικά με τις εμπειρίες και το άγχος των ασθενών που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), συνδέουν άμεσα την αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας με συναισθήματα πανικού και ανασφάλειας, διαταραχές ύπνου και άγχος.

Ο Fowler κατέγραψε μέσω συνεντεύξεων τις εμπειρίες 10 χειρουργημένων ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ και χρειάστηκαν να παραμείνουν διασωληνομένοι για μικρό χρονικό διάστημα. Όλοι οι

συμμετέχοντες στη μελέτη FOWLER, λάμβαναν ηρεμιστικά ή και αναλγητικά φάρμακα, και οι μισοί από αυτούς τόνισαν την έλλειψη από μέρους του προσωπικού εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας μαζί τους. Οι ασθενείς περιγράφουν την αδυναμία τους να μιλήσουν ως «τρομακτική», «απογοητευτική», και «φρικτή», (Fowler SB, 1997).

Πιο πρόσφατες μελέτες, περιγράφουν στρέβλωση των διαδικασιών σκέψης, παραλήρημα καθώς και διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών καθώς και της δυνατότητας λήψης αποφάσεων τα οποία αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη ΜΕΘ, και τα οποία εγείρουν σημαντικούς προβληματισμούς για το επίπεδο και τις πραγματικές ανάγκες επικοινωνίας αυτών των ασθενών (I. Rier DA, 2000, Bernard GR et al, 2001).

Σε μία πρόσφατη αναδρομική μελέτη σχετικά με τις στρεσογόνες εμπειρίες των ασθενών που έλαβαν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ΜΕΘ, το 78,1% θυμάται έντονα την αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας, περιγράφοντας την ως μέτρια ή πάρα πολύ ενοχλητική. Σε κάποιους από αυτούς τους ασθενείς αυτή η αδυναμία συνδέθηκε άμεσα με επεισόδια διέγερσης και τρόμου τα οποία εμφάνισαν κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού (Rotondi AJ, 2002). Ομοίως σε προοπτική μελέτη σχετικά με τον τρόπο που βιώνουν οι διασωληνομένοι ασθενείς τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, η σοβαρότητα της ασθένειάς τους, ο αριθμός των ημερών διασωλήνωσης με ταυτόχρονη αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας με το περιβάλλον, συνδέθηκε σημαντικά με αισθήματα θυμού ανησυχίας και φόβου, μεταξύ των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (Robillard AB, 1994). Τα ευρήματα αυτά, δείχνουν ότι ο θυμός, ο φόβος και η ανησυχία, είναι πιο έντονα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ οι οποίοι δεν μπορούν να μιλήσουν. Οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν δημοσιευθεί είναι αναδρομικές και αφορούν ασθενείς οι οποίοι επιβίωσαν από κάποια σοβαρή νόσο και εκ των υστέρων κλήθηκαν να περιγράψουν τις εμπειρίες και τα συναισθήματα τους. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν μελέτες που να αφορούν βαρέως πάσχοντες ασθενείς κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης και του μηχανικού αερισμού στη ΜΕΘ. Πολύ περισσότερο δε που να αφορούν το βαθμό με τον οποίο οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς οι οποίοι τελικά χάνουν τη μάχη με τη ζωή είναι σε θέση να επικοινωνούν με το περιβάλλον τους, τις ανάγκες και τα συναισθήματα που εκφράζουν.

Στα πλαίσια της καθημερινής εκτίμησης των προβλημάτων του ασθενή, είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς βιώνουν συχνά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους έντονα αισθήματα πόνου, πολλοί από τους οποίους δεν μπορούν να εκφράσουν την ανάγκη τους για άμεση ανακούφιση, λόγω ακριβώς του μηχανικού αερισμού. Αυτή ακρι-

βώς η μειωμένη επικοινωνία είναι ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο για την ακριβή αξιολόγηση και τη βέλτιστη διαχείριση του πόνου από μέρους του προσωπικού, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής αλλά και νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ (Puntillo KA, 1990, Desbiens NA, 1996). Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με αντίστοιχα ευρήματα άλλων μελετών οι οποίες καταδεικνύουν το γεγονός ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων ή επικοινωνία με το διασωληνομένο ασθενή κατευθύνεται στο μεγαλύτερο μέρος της από το νοσηλευτή του ασθενούς, είναι μικρής διάρκειας, και αφορά κυρίως πληροφορίες, εντολές και ζητήματα που προκύπτουν κατά τη φροντίδα του ασθενούς

Οι χειρονομίες οι οποίες αποτελούν την κύρια μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας, συχνά αναστέλλεται από τη χρήση περιοριστικών μέτρων, τα οποία συχνά συναντώνται στις ΜΕΘ για λόγους ασφάλειας και προστασίας του ασθενούς (Harrp MB, 2000). Επιπλέον αυτοί οι περιορισμοί, εμποδίζουν τη χρήση εναλλακτικών μεθόδων επικοινωνίας, όπως πίνακες, ηλεκτρονικά μέσα, γραπτά μηνύματα. Αυτό το γεγονός έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη δημιουργία αισθημάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική απόσυρση τους ασθενείς που λαμβάνουν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι ακόμα και η διακεκομμένη χρήση περιορισμού των χεριών είχαν περισσότερο αρνητικά αποτελέσματα από όταν δεν ήταν καθόλου σε χρήση. Τα αποτελέσματα αυτά σε κάθε περίπτωση πρέπει να ερμηνεύονται με κάποια επιφύλαξη, λόγω της έλλειψης πληροφοριών που αφορούν τη φύση των περιστατικών, καθώς και το επίπεδο επικοινωνίας των νοσηλευόμενων ασθενών. Σε κάθε περίπτωση πάντως προέχει η μέγιστη δυνατή ασφάλεια των ασθενών και η τάση είναι πιο συχνή επικοινωνία και μεγαλύτερη ακόμα ευαισθητοποίηση για τις ανάγκες των ασθενών στους οποίους γίνεται χρήση περιοριστικών μεθόδων στο κρεβάτι της ΜΕΘ. Διαταραχές στο επίπεδο συνείδησης λόγω επιδείνωσης διαφόρων οργανικών παραμέτρων, αποτελεί το μεγαλύτερο εμπόδιο στην κατανόηση των μη λεκτικών μηνυμάτων των ασθενών (Rier DA, 2000). Περιγραφικές μελέτες αναφορικά με την επικοινωνία νοσηλευτών-ασθενών στη ΜΕΘ, κατέδειξαν ότι οι νοσηλευτές επικοινωνούν πιο συχνά και πιο θετικά με τους ασθενείς που εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ανταπόκρισης από ότι με αυτούς που έχουν μειωμένη ανταπόκριση (Salyer J, 1985, Baker C 1996). Η επίδραση της παρουσίας μελών της οικογένειας του ασθενούς στο επίπεδο της επικοινωνίας του με το περιβάλλον είναι υπό μελέτη, και σίγουρα αποτελεί ένα αρκετά πολύπλοκο θέμα όταν αναφερόμαστε σε ασθενείς στη ΜΕΘ, (Leathart AJ, 1994, Harrp MB, 2000,). Τα περισσότερα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος φαίνονται ανέτοιμα να παίξουν το ρόλο του «διερ-

μνέα», στην περίπλοκη και συναισθηματικά φορτισμένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής τους, και αποφασίζουν να παίξουν το ρόλο της «φωνής» του ασθενή, εκφράζοντας τις προσωπικές τους θέσεις και απόψεις για τις ανάγκες του ασθενή, αλλά και για το μέλλον της θεραπευτικής αγωγής. Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαία περαιτέρω έρευνα για τις αλληλεπιδράσεις στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους μια και αυτή αφορά επιπλέον και την οργάνωση του επισκεπτηρίου στις μονάδες εντατικής θεραπείας, που τουλάχιστον στην Ελλάδα είναι ακόμα πολύ περιορισμένο.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας των ασθενών της ΜΕΘ

Ο νοσηλευτής μέσω της φυσικής του παρουσίας, της διάθεσής του να πληροφορεί, να εξηγεί και να απαντά στις ερωτήσεις του ασθενούς, δημιουργεί το κατάλληλο «θεραπευτικό πεδίο», ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στις φυσικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί, η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή. Η νοσηλευτική διεργασία, ως επιστημονική μέθοδος άσκησης της νοσηλευτικής, επιτυγχάνεται με το διάλογο, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και ειδικές δεξιότητες της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Ολόκληρη η νοσηλευτική άλλωστε είναι διαπροσωπική επικοινωνία.

Μία σπουδαία νοσηλεύτρια-ερευνήτρια η Patricia Ashworth, μελέτησε πλήθος παραμέτρων που αφορούν την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς της ΜΕΘ, και δημοσίευσε τα αποτελέσματα της το 1980 σε ένα βιβλίο με τίτλο «care to communicate». Στην έρευνα της η Ashworth περιγράφει τη φύση και το περιεχόμενο των αλληλεπιδράσεων σε ένα δείγμα 39 ασθενών και 112 νοσηλευτών. Στο 71% των περιπτώσεων που μελετήθηκαν η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή ήταν μικρής διάρκειας (<1 λεπτό), και αφορούσε κυρίως θέματα φυσικής φροντίδας του ασθενή. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία μπορεί να επιδεινώσουν τη λεγόμενη «ψύχωση της ΜΕΘ», (Assworth 1987, Black-deeny & Mckenna 1997) μία κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από διαταραχές συμπεριφοράς, που μπορούν να φτάσουν μέχρι παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων, και η οποία πυροδοτείται από το στρεσογόνο περιβάλλον της ΜΕΘ.

Επικοινωνία κατά το τέλος της ζωής στη ΜΕΘ

Η μονάδα εντατικής θεραπείας σχετίζεται με υψηλό ποσοστό βαρύτητας και θνητότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Φροντίδα ασθενούς σε τελικό στάδιο ζωής, ορίζεται ως η ολιστική φροντίδα ασθενών των οποίων η ασθένεια τους δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Η φιλοσοφία αυτής της φροντίδας είναι να δώσει τη μέγιστη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας που να καλύπτουν όλες τις φυσι-

κές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η φροντίδα ασθενών κατά το τελικό στάδιο της ζωής αποτελεί για τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά για όσους εργάζονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και που καταξιώνει τη νοσηλευτική επιστήμη.

Η επικοινωνία με αυτήν την κατηγορία ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό κομμάτι αυτής της φροντίδας.

Πρόσφατες μελέτες σχετικά με φροντίδα τελικού σταδίου στη ΜΕΘ, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία παροχής πνευματικής και συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που περιλαμβάνονται θα χρειαστεί να εξατομικεύονται για κάθε ασθενή. Η επικοινωνία με τον ασθενή ακόμα και αυτή τη λεπτή φάση της νοσηλείας του στη ΜΕΘ, μπορεί να απαιτήσει το ίδιο επίπεδο επαγρύπνησης και το χρόνο, που απαιτεί η επιθετική υποστήριξη της ζωής.

Ο Buckman στο βιβλίο του "communication in palliative care. A practical guide», τονίζει ότι το βασικότερο σημείο στην επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου, είναι η συνειδητοποίηση ότι η πραγματικότητα είναι πάντα πιο περίπλοκη από οποιονδήποτε σχεδιασμό. Απαιτεί δε από το προσωπικό της ΜΕΘ μία στάση που χαρακτηρίζεται από μεγάλη σοβαρότητα και αίσθημα ευθύνης.

Τα βήματα που προτείνει ο ερευνητής προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της επικοινωνίας περιλαμβάνουν:

- Να μάθει ο νοσηλευτής τι γνωρίζει η οικογένεια του ασθενή για τη διάγνωση.
- Να ανταποκριθεί στα συναισθήματα του ασθενή και της οικογένειάς του.
- Να αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Να σχεδιάσει ένα ρεαλιστικό πλάνο φροντίδας που να κατευθύνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

Συμπεράσματα

Η προσπάθεια αποκωδικοποίησης των αναγκών των ασθενών κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης, οδηγεί σε κοινά συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς, εκφράζουν συχνά την ανάγκη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, είτε αυτά αφορούν την εξέλιξη της ασθένειάς τους, είτε την οικογένεια και το σπίτι τους. Αυτή η ανάγκη τους όμως φαίνεται να είναι μικρότερη από εκείνη που αφορά τις άμεσες φυσικές τους ανάγκες ή κλινικά συμπτώματα.

Από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, οι παράγοντες που εντοπίστηκαν να περιορίζουν την επι-

κοινωνία τους με τους διασωληνομένους ασθενείς, περιλαμβάνουν το μεγάλο φόρτο εργασίας, τη δυσκολία στην ανάγνωση των χειριών, την αδυναμία των ασθενών να γράψουν, τη σοβαρότητα της ασθένειας που επέβαλε την ενασχόληση με τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενή, της προσωπικότητας του ασθενούς.

αλλά και της έλλειψης τεχνικών μέσων υποβοηθούμενης επικοινωνίας.

Ο νοσηλευτής καλείται σε ένα περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας, να ισορροπήσει ανάμεσα στις προσωπικές του αξίες τους φόβους και τις απογοητεύσεις, κάνοντας τον ασθενή το επίκεντρο της φροντίδας.

ABSTRACT

DIMENSIONS IN THE COMMUNICATION BETWEEN PATIENTS AND NURSES IN THE ICU

Stoufis Nikolaos¹, Lepidou Maria²

[1. RN, ICU, Konstantopouleio General Hospital of N. Ionia, Athens, 2. RN, ICU General Hospital of Chios]

Nurse in the ICU is called to create a proper therapeutic environment, that successfully corresponds in the patients physical and emotional needs.

Purpose: The purpose of the present study is to approach the very complicated item of the communication between Nurses and Patients in the ICU

Material and Method: They were studied more than 40 articles which were published the last 30 years. These articles were sought through internationally recognized search engines (Medline, Scopus, MDCONSLT etc).

Results: The majority of the studies connect directly the patients inability to communicate with episodes of anxiety and terror during their stay in the ICU area.

Conclusion: Although the problem of communication in the ICU has been sufficiently studied, few things have been tried in practice.

Holistic nursing as an attitude and philosophy may enhance the nurses understanding of patients needs through the development of valid training and assessment tools for improving communication skills of the nursing team.

Key Words: ICU, Communication Strategies, Non Verbal Communication

Βιβλιογραφία

1. Weimann J. & Giles H. (1988) Interpersonal communication. An introduction to social Psychology. Blackwell science, Oxford, 199-219.
2. Ρούσσοσ Χ. Εντατική Θεραπεία. Εκδόσεις Πασχαλίδη, (2000), xix – xx.
3. Faber-Langendoen K. A multi institutional study of care given to patients dying in hospital. Ethical and practice implications. Arch intern. Med. 1996;156:2130-2136
4. Quyll TE. A Midwife Through the dying process. Baltimore MD. The John Hopkins university Press; 1996.
5. SUPPORT. Principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. SUPPORT. JAMA, 1995; 274:1591-1598.
6. Desbiens NA, Wu AW, et al. Pain during hospitalization is associated with continued pain six months later, in survivors of serious illness. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. Am. J. Med. 1997;102:269-76
7. Happ MB. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voice-lessness in critical care. Soc Sci Med. 2000;50:1247-1255
8. Happ MB. A Grounded Theory Study of Treatment Interference in Critically Ill Older Adults doctoral dissertation. Philadelphia, Pa: University of Pennsylvania; 1998.
9. Robillard AB. Communication problems in the intensive care unit. Qual Sociol. 1994;17:383-395
10. Menzel LK Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. Heart Lung. 1998;27:245-252.
11. Byock I. Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life. New York, NY: GP Putnam's Sons; 1997.
12. Gross J. Striving for a gentle farewell. New York Times. August 3, 2003; sect 1.
13. Fowler SB. Impaired verbal communication during short-term oral intubation. Nurs Diagn. 1997;8:93-98
14. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA. 2001;286:2703-2710.
15. Rier DA. The missing voice of the critically ill: a medical sociologist's

- first-hand account. *Sociol Health Illn.* 2000;22:68-93.
16. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, et al Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30:746-752.
 17. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Crit Care Med.* 1996;24:1953-1961
 18. Puntillo KA Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung.* 1990;19:526-533
 19. Costello JM. AAC intervention in the intensive care unit: the Children's Hospital Boston model. *Augmentative Altern Commun.* 2000;16:137-153
 20. Salyer J, Stuart BJ. Nurse-patient interaction in the intensive care unit. *Heart Lung.* 1985;14:20-24.
 21. Baker C, Melby V An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurses towards verbal communication with unconscious patients. *J Clin Nurs.* 1996;5:185-192.
 22. Leathart AJ. Communication and socialisation, 2: perceptions of neophyte ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 1994;10:142-154.
 23. Ashworth P. Care to communicate ,London Whitefriars Press,1980
 24. Friedman H.S. Interpersonal issues in Healthcare, Academic Press New York,1982
 25. Bergbom-Enberg I, Haljame H,The communication process with ventilator patients in the ICU, as perceived by the nursing staff. *Intensive and critical care nursing.*1996;12:261-271
 26. Knapp M.L. Non verbal communication in human interaction, Harcourt College Pub; 4th edition (November 1996
 27. Hall DS. Interactions between nurses and patients on ventilators. *Am.J.Crit.Care.*1996;5:293-297
 28. Beck C (April,2001). Metasynthesis: Implications for nursing practice.Papers presented at the Eastern Nursing Research Society,Atlantic City,N.J.
 29. Happ MB. Interpretation of non vocal behaviors and the meaning of voicelessness in critical care. *Sci. Sci.Med.* 2005;50:1247-1255
 30. Schumann R.(1999). Intensive care patients perceptions of the experience of mechanical ventilation. Unpublished Doctoral dissertation. Texas Woman's University.
 31. Black P. Deeny P. McKenna H. (1997). Sensoristrain. An exploration of nursing interventions in the context of the Neumanns Theory. *Intensive and critical care nursing,*4:56-61
 32. Wojnicki – Johanson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: Patient reports and RN evaluations. *Intensive and critical care nursing .*17:29-39
 33. Puntillo KA. Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung* 1990;19:526-533
 34. Heath J. What the patients say. *Intensive and critical care nursing,*1989;5:101-108
 35. Feld K. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain management Nursing.*2000;1:13-21
 36. Adams L,Conolly MA. Nonvocal treatments for short and Long-term ventilator patients. *Speech pathology for Tracheostomized and ventilator dependent patients.* Newport beach,inc;1993:290-309
 37. Rier D.A.(2000): The missing voice of the critically ill:A medical sociologist first-person account. *Sociology of health and illness,*22:68-93
 38. Cornock MA. Stress and the intensive care patient: perception of patient and nurses. *Journal of advanced nursing* 1998;27:518-527
 39. Buckmann R (1993). *Communication in Palliative care. A practical guide.* Oxford textbook of palliative medicine,51-69
 40. Azoulay E. Chevert S. et al. (2000), Halt the families of intensive care unit patients experience, inadequate communication with physicians.
 41. Whitcher S.J , Fisher J.D. Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting, *Pers. Soc. Psychol.* 1979 Jan;37(1):87-96
 42. Luban - Plozza, «Ο ψυχοσωματικός ασθενής στην καθημερινή ιατρική πρακτική», Εκδόσεις Παρισσιάνου Μαρία, 1997.