

Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ

Ευθυμία Χαλκίδη¹, Θάλεια Μπελλάλη², Ασημίνα Κυρομίτη³, Ανδρέας Κοσμάς⁴,
Σοφία Παπότη⁵, Νικόλαος Καπραβέλος⁶

1. Νοσηλεύτρια, MSc, 2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Β' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», 4. Πνευμονολόγος, Β' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
5. Εντατικολόγος-Πνευμονολόγος, Επικουρική Ιατρός Β' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
6. Εντατικολόγος-Πνευμονολόγος, Διευθυντής Β' ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ξαφνική εισαγωγή των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) καθίσταται μια εξαιρετικά αγχωτική και οδυνηρή εμπειρία για ολόκληρη την οικογένεια. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην έκβαση της πορείας της νόσου και έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγιση του ασθενή.

Σκοπός: Η διερεύνηση των αναγκών και του βαθμού ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ.

Υλικό-Μέθοδος: Η παρούσα συγχρονική, αναλυτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, από το Νοέμβριο 2015, έως το Φεβρουάριο 2016. Συμμετείχαν 47 συγγενείς και φροντιστές, ασθενών νοσηλευόμενων για διάστημα >48 ωρών, στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, η κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης (FS-ICU 24) και η κλίμακα διερεύνησης αναγκών των συγγενών (CCFNI). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 23.0.

Αποτελέσματα: Το 72% και το 80% των συνοδών εξέφρασαν καλή ικανοποίηση στις υποκλίμακες ικανοποίησης από τη φροντίδα και ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 αντίστοιχα. Βασικότερες θεωρήθηκαν οι ανάγκες του τομέα της διαβεβαίωσης για την καλύτερη δυνατή φροντίδα, τη γνώση του αποτελέσματος της κατάστασης του οικείου τους και τη λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI ($p=0,024$) και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων, στην ομάδα των 26-40 ετών, στις υποκλίμακες της διαβεβαίωσης ($p=0,049$), πληροφόρησης ($p=0,006$), προσέγγισης ($p=0,009$), υποστήριξης ($p=0,004$) και άνεσης διευκόλυνσης ($p=0,005$) του CCFNI.

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ, όσον αφορά στην παροχή ολιστικής φροντίδας στον άρρωστο και την οικογένειά του, η συνεργασία τους με τους συγγενείς και η ενσωμάτωση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία μπορούν να οδηγήσουν στην επαρκή και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των συγγενών/φροντιστών και συνεπώς της ικανοποίησης τόσο αυτών, όσο και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις - Κλειδιά: Ανάγκες, ικανοποίηση, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οικογένεια, ολιστική φροντίδα, φροντιστές

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Ο ρόλος της οικογένειας στην έκβαση της πορείας της νόσου ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ είναι σημαντικός και προωθείται η οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγισή τους.
- Η ικανοποίηση των συγγενών διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή και επηρεάζεται θετικά από τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, την επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξή τους.
- Η διαβεβαίωση παροχής της καλύτερης δυνατής φροντίδας για τον ασθενή και η ενημέρωση για την πιθανή έκβαση της κατάστασής του μέσα από τη λήψη ειλικρινών και κατανοητών πληροφοριών, κρίνονται ως ιδιαίτερα σημαντικές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ξαφνική και απροσδόκητη εισαγωγή των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η οποία συνεπάγεται τη σοβαρή και συχνά περίπλοκη φύση της κλινικής εικόνας του «βαρέως πάσχοντα» ασθενή, σε συνδυασμό με το άγνωστο, τεχνολογικά φορτωμένο περιβάλλον της ΜΕΘ και την ιατρική ορολογία, καθίστανται μια εξαιρετικά αγχωτική και οδυνηρή εμπειρία για ολόκληρη την οικογένεια (Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015).

Ο άρρωστος και η οικογένειά του αποτελούν ένα σύνολο, συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς και σε περίπτωση που ένα μέλος της πάσχει από μια βαριά αρρώστια, τα άλλα μέλη είναι εκείνα που θα αναλάβουν τον πρωταρχικό ρόλο να το φροντίσουν, να εξασφαλίσουν τη σωματική, αλλά και την ψυχική ευημερία του και να αντεπεξέλθουν σε ποικίλες προκλήσεις (Παπάζογλου 2003, Agard & Harder 2007, Al-Mutair et al 2013). Ο όρος «οικογένεια» ωστόσο, είναι ευρύς και περιλαμβάνει όχι μόνο τους νόμιμους συγγενείς, αλλά και όλα τα άτομα που μπορεί να έχουν μια σημαντική σχέση με τον άρρωστο και συνδέονται μαζί του με βιολογικό, ή άλλο συναισθηματικό δεσμό (Rando 1988). Στην παρούσα εργασία λοιπόν, θα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι όροι, οικογένεια, συγγενείς, φροντιστές ή συνοδοί.

Οι ανάγκες της οικογένειας επιτείνονται από το ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ (Παπάζογλου 2003, Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015). Τα μέλη της καθίστανται συχνά μη ικανά να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης, ανάλογα με το κοινωνικό υπόβαθρό τους, την ενδεχόμενη προϋπάρχουσα εμπειρία από νοσηλεία σε ΜΕΘ και το επίπεδο αντίληψης της ευρύτερης κατάστασης του ανθρώπου τους (Paparrigorou et al 2006, Χατζάκη 2010). Η εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ «εγκλωβίζει» την οικογένεια για άγνωστο χρονικό διάστημα, τη θέτει σε συναγερμό, ενώ επηρεάζει τη δομή, την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας της σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, επιφέροντας αλλαγές στις πτυχές της καθημερινότητάς της (Herridge 2003, Gomez

et al 2008, Achury et al 2011).

Στο χώρο της υγείας, η ανάγκη ορίζεται κάποιες φορές από την άποψη της μέγιστης δυνατής βελτίωσης της υγείας και άλλες φορές από την άποψη της κάλυψης ενός αντικειμενικού ελλείμματος της κατάστασης της υγείας (Στεφανάτου 2014). Η αποτυχία συστηματικής διερεύνησης και κάλυψης των αναγκών στην καθημερινή κλινική πράξη, οφείλεται ορισμένες φορές, στο ίδιο το σύστημα υγείας, καθώς παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις κατά την παροχή περίθαλψης και οι υγειονομικές υπηρεσίες δεν είναι πάντα προσιτές όσον αφορά οικονομικούς, φυσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Γιούρντα & Τούλια 2015).

Η διερεύνηση των εμπειριών και των αναγκών που βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον κατά την παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ, έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα από τη δεκαετία του 1970 και αφορά κυρίως σε ποσοτικές μελέτες (Γιούρντα & Τούλια 2015). Σύμφωνα με αυτές, οι ανάγκες των συγγενών διακρίνονται στην πληροφόρηση, που χαρακτηρίζεται ως η πιο σημαντική, την εγγύτητα, την άνεση, την υποστήριξη και την επιβεβαίωση (Molter 1979, Bailey et al 2010, Khalaila 2014). Οι Achury et al (2011) υποστηρίζουν ότι οι οικογενειακές ανάγκες διακρίνονται σε κοινωνικές (διατήρηση επαφής και εγγύτητας με ασθενή), πρακτικές - υλικές (διαθεσιμότητα κατάλληλων χώρων αναμονής, οικονομική ενίσχυση) και μη υλικές (ευελιξία του ωραρίου του επισκεπτηρίου, πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, πρακτικές που πρέπει να αναλάβουν) και συναισθηματικές (ελπίδα, σιγουριά, καθυσχασμός, έκφραση συναισθημάτων). Συνήθως, οι μη υλικές, πρακτικές ανάγκες των μελών της οικογένειας είναι αυτές που ικανοποιούνται λιγότερο. Οι συγγενείς αναφέρουν αυστηρή διάρκεια και ώρες του επισκεπτηρίου, καθώς και επιμήκυνση του χρόνου αναμονής, πολύ γρήγορη, ανεπαρκή και ακατάλληλη ενημέρωση, άγνωστο λεξιλόγιο και δυσκολία κατανόησης των μηχανημάτων υποστήριξης και της ακολουθούμενης θεραπείας (Omar 2009, Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015).

Η ικανοποίηση στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ορίζεται ως η συναισθηματική αντίδραση των ατόμων σε καταστάσεις και διαδικασίες, είναι αποτέλεσμα των εμπειριών τους, εκδηλώνεται με μεταβολές στη συμπεριφορά τους και συνδέεται με πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα, αντιλήψεις και αξίες (Γαβριήλ και συν 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι συγγενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση, αλλά δυσαρεστημένοι από τον ανεπαρκή χρόνο της ενημέρωσης, τις ασαφείς και ατελείς πληροφορίες (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005). Η επικοινωνία και η αποτελεσματικότητα της πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και συγγενή είναι υποκειμενική, επηρεάζεται από τη συνολική ποιότητα φροντίδας, εξαρτάται από την πλήρη κατανόηση της ενημέρωσης και από το αίσθημα αισιοδοξίας από αυτήν (DeAlbistur et al 2000, Auerbach et al 2005).

Στη διαδρομή της νόσου, όλοι οι εμπλεκόμενοι (ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας) συναντιούνται και αλληλεπιδρούν στο κοινό έδαφος της φροντίδας και ο τρόπος της αλληλεπίδρασής τους είναι καθοριστικός για τη διαμόρφωση του θεραπευτικού σχήματος, την κοινή ιεράρχηση των αναγκών, τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση από αυτές (Στεφανάτου 2014). Ο άρρωστος και η οικογένειά του θα πρέπει να περικλείονται και να περιβάλλονται από το πλαίσιο της φροντίδας και οι ανάγκες τους να βρίσκουν την κατάλληλη ανταπόκριση (Παπάζογλου 2003, Omarí 2009, Γιούρντα & Τούλια 2015), καθώς η ικανοποίηση των αναγκών τους δεν είναι δεδομένες και δεν συμβαδίζουν πάντοτε (Πάτσιος και συν 2014).

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες, πραγματοποιούνται ολοένα και περισσότερες μελέτες στο διεθνή χώρο για το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, οι δημοσιευμένες μελέτες στην Ελλάδα, αφορούν στην αξιολόγηση διαφορετικών παραμέτρων από την εμπειρία των συγγενών ασθενών στις ΜΕΘ και επιπλέον ότι έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς, συνιστώντας τη διενέργεια περαιτέρω μελετών (Παπάζογλου 2003, Paparrigopoulos et al 2006, Plakas et al 2009, Χατζάκη 2010, Κούρτη 2012).

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αναγκών και του βαθμού ικανοποίησης που δύναται να εκδηλώσουν οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που αφορά στη διερεύνηση διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες και η βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή. Απώτερος στόχος ήταν η κατανόηση των εμπειριών του οικογενειακού περιβάλλοντος, ώστε να διατυπωθούν προτάσεις που θα αφορούν στη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και της οικογένειάς τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη (cross-sectional analytical study), η οποία πραγματοποιήθηκε σε συγγενείς και συνοδούς ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, το χρονικό διάστημα από 1/11/2016 έως 29/2/2016.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας της έρευνας αποτέλεσαν 47 συγγενείς και συνοδοί ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ μεγάλου ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου της Βόρειου Ελλάδας, το οποίο αποτελείται συνολικά από 650 κλίνες. Η συγκεκριμένη ΜΕΘ αποτελείται από μια μονάδα δυναμικής δώδεκα κλινών σε δυο χώρους (οκτώ και τεσσάρων κλινών). Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν τα εξής: α) να είναι ενήλικες και να έχουν την ικανότητα να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα και β) να ανήκουν στο ευρύτερο οικογενειακό/υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς, ο οποίος θα έπρεπε να νοσηλεύεται στη ΜΕΘ για διάστημα άνω των 48 ωρών, προκειμένου να δοθεί στην οικογένεια επαρκής χρόνος έκθεσης και αλληλεπίδρασης με το χώρο και το προσωπικό της ΜΕΘ. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσε η περίπτωση επανεισαγωγής του ασθενούς στη ΜΕΘ, όπου δεν υπήρξε εκ νέου συμμετοχή του μέλους της οικογένειας στην έρευνα, διότι ήταν δύσκολη η επαναπροσέγγιση, λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του ανθρώπου τους. Ένα άλλο κριτήριο αποκλεισμού ήταν οι συγγενείς/φροντιστές των οποίων οι ασθενείς τους απεβίωσαν ή έλαβαν εξιτήριο σε διάστημα παραμονής λιγότερο των 48 ωρών στη ΜΕΘ.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στα μέλη της οικογένειας από την ερευνήτρια, κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου και μετά το πέρας της ιατρικής τους ενημέρωσης. Οι συγγενείς τα συμπλήρωναν στο χώρο αναμονής της ΜΕΘ ή στο σπίτι και τα επέστρεφαν μέσα σε κλειστό φάκελο.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, τόπο διαμονής και εργασιακή κατάσταση) και ερωτήσεις κατηγοριοποίησης των συμμετεχόντων στην έρευνα (σχέση με τον ασθενή, προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας ανθρώπου τους σε ΜΕΘ, επιθυμία επιπλέον ενημέρωσης και ανάγκη υποστήριξης από ψυχολόγο).

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία:

α) Την κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης της οικογέ-

νειας FS-ICU 24 (Family Satisfaction in Intensive Care Unit-24), η οποία περιλαμβάνει 24 λήμματα τα οποία χωρίζονται σε δυο υποκλίμακες: την υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (αφορούν στην ικανοποίηση των συγγενών του ασθενή σχετικά με την παρεχόμενη στον πάσχοντα φροντίδα) και την υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων, η οποία περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (αφορούν στην ικανοποίηση των συγγενών του ασθενή σχετικά με τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που σχετίζονται με τον πάσχοντα). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υπάγονται σε μια κλίμακα πέντε βαθμίδων τύπου Likert, από το «άριστα» έως το «άσχημα». Συνολικά, όσο μεγαλύτερες είναι οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων, τόσο μεγαλύτερο επίπεδο ικανοποίησης φανερώνουν (Κούρτη 2012). Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση της κλίμακας από τους Μαλλιάρου και συν (2012).

Β) Την κλίμακα διερεύνησης των αναγκών της οικογένειας (Critical Care Family Needs Inventory-CCFNI), η οποία περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις όσον αφορά στη σημαντικότητα της εκπλήρωσης των αναγκών τους και οι οποίες διακρίνονται σε πέντε υποκλίμακες: πληροφόρηση (information), εγγύτητα (proximity), άνεση (comfort), υποστήριξη (support) και διαβεβαίωση (assurance). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υπάγονται σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων τύπου Likert, από το «πολύ σημαντικό» έως το «καθόλου σημαντικό». Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση από τη Χατζάκη (2010).

Στη παρούσα μελέτη, από τον έλεγχο του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha προέκυψε ότι οι τιμές του για τις συνολικές κλίμακες και τις υποκλίμακες του CCFNI και FS-ICU 24 ήταν άνω του 0,7 με εξαίρεση τις υποκλίμακες ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 και διαβεβαίωσης του CCFNI που η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha ήταν 0,434 και 0,417 αντίστοιχα.

Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Για τη διεκπεραίωση της μελέτης, εξασφαλίστηκε η έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας και της Διοίκησης του Νοσοκομείου, καθώς και του Διευθυντή και της Προϊσταμένης της ΜΕΘ. Επίσης, ενημερώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες για το σκοπό και το είδος της έρευνας, διαβεβαιώθηκαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ανώνυμη και ότι είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν ή να αρνηθούν να συνεχίσουν, ανά πάσα στιγμή.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλι-

ση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και ποσοστά.

Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One-Way ANOVA και οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για να ελεγχθεί η σχέση των ερωτηματολογίων διερεύνησης των αναγκών της οικογένειας (Critical Care Family Needs Inventory CCFNI) και μέτρησης ικανοποίησης της οικογένειας (Family Satisfaction in Intensive Care Unit-24 FSICU-24) χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson r correlation και Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης το αποτέλεσαν 47 συγγενείς/φροντιστές ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Από τους συμμετέχοντες, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (66%). Η μέση ηλικία του μελετώμενου δείγματος ήταν τα 44,9 έτη ($\pm 10,6$ 95% ΔΕ:41,8-48,1). Το 76,6% ήταν έγγαμοι, το 74,5% είχε παιδιά, το 53,5% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 23,4% ήταν άνεργοι ενώ το 31,9% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Η πλειοψηφία των συγγενών (72,1%) κατοικούσε σε αστική περιοχή, ήταν ελληνικής εθνικότητας (86,7%) και οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι νοσήλευαν γονιό (40%). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των ασθενών, η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν τα 56,1 έτη, η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 10 ημέρες, με εύρος τιμών από 3 έως 90 ημέρες. Οι λόγοι νοσηλείας των ασθενών διακρίθηκαν σε τρεις κατηγορίες (νευροχειρουργικά, πνευμονολογικά και άλλα περιστατικά) και η συχνότερη διάγνωση νοσηλείας ήταν η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Πίνακας 2).

Προηγούμενη εμπειρία συγγενών από νοσηλεία οικείου τους σε ΜΕΘ

Οι περισσότεροι συνοδοί δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας κάποιου συγγενικού τους προσώπου στη ΜΕΘ (77,8%) και από αυτούς που απάντησαν ότι είχαν εμπειρία νοσηλείας, στην πλειοψηφία τους το συγγενικό πρόσωπο το οποίο είχε νοσηλευτεί ήταν γονέας (80%).

Ενημέρωση και εξειδικευμένη ψυχολογική στήριξη συγγενών στη ΜΕΘ

Όσον αφορά στην ενημέρωση των συγγενών για τη νοσηλεία των ασθενών στη ΜΕΘ, η πλειονότητα των συγγενών φάνηκε ότι ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου (55,9%), όπως και για τη θεραπεία και

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	16/47	34
Γυναίκες	31/47	66
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	7/47	14,9
Έγγαμος	36/47	76,6
Διαζευγμένος	4/47	8,5
Τέκνα		
Ναι	35/47	74,5
Όχι	12/47	25,5
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Δημοτικού	7/43	16,3
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	23/43	53,5
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	13/43	30,2
Επάγγελμα		
Φοιτητής	1/47	2,1
Άνεργος	11/47	23,4
Δημόσιος Υπάλληλος	8/47	17
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15/47	31,9
Ελεύθερος Επαγγελματίας	8/47	17
Συνταξιούχος	4/47	8,5
Τόπος κατοικίας		
Αγροτική περιοχή	4/47	8,5
Ημιαστική περιοχή	9/47	19,1
Αστική περιοχή	34/47	72,3
Εθνικότητα		
Ελληνική	39/45	86,7
Αλλοδαπή	6/45	13,3
Συγγένεια με τον ασθενή		
Παιδί	5/45	11,2
Σύζυγος	11/45	24,4
Γονέας	18/45	40
Αδερφός	11/45	24,4
	Μέση τιμή	ΤΑ*(95%ΔΕ)
Ηλικία	44,9	±10,6(95%ΔΕ:41,8-48,1)

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά των ασθενών

	Μέση τιμή	ΤΑ*(95%ΔΕ)
Ηλικία ασθενών	56,1	±17,6(95%ΔΕ:50,8-61,2)
	Διάμεσος	Εύρος (ελάχιστη-μέγιστη)
Διάρκεια νοσηλείας	10	87 (3-90)
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	n/N	%
Νευροχειρουργικά περιστατικά	31/47	66
Πνευμονολογικά περιστατικά	10/47	21,2
Άλλα περιστατικά	6/47	12,8

τη διάγνωση (50% και 48,6% αντίστοιχα). Σχετικά με την παροχή ειδικής στήριξης από ψυχολόγο μόνο το 17,4% των συγγενών απάντησαν ότι τη χρειαζόταν.

Συγκρίσεις μεταξύ φύλου, εθνικότητας, είδους σχέσης με ασθενή και ηλικιακών ομάδων

Οι συγκρίσεις των μέσων τιμών των υποκλίμακων των δύο ερωτηματολογίων μεταξύ του φύλου και της εθνικότητας δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή μόνο στις συγκρίσεις των μέσων τιμών στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI ($p=0,024$) και συγκεκριμένα όσοι από τους συμμετέχοντες νοσήλευαν γονέα στη ΜΕΘ είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI σε σύγκριση με αυτούς που νοσήλευαν σύζυγο ($p=0,002$) (Πίνακας 3).

Μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων, οι υποκλίμακες του FS-ICU 24 δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ωστόσο, για όλες τις υποκλίμακες του CCFNI. Συγκεκριμένα, στις υποκλίμακες διαβεβαίωσης ($p=0,049$), πληροφόρησης ($p=0,006$), προσέγγισης ($p=0,009$), υποστήριξης ($p=0,004$) και άνεσης διευκόλυνσης ($p=0,005$), οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 26-40, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με όσους ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 41-55 (Πίνακας 4).

Συσχετίσεις κλιμάκων CCFNI και FS ICU-24

Η υποκλίμακα της ικανοποίησης από τη φροντίδα του FS-ICU 24 βρέθηκε ότι είχε μία μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα της ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 ($r_{ho}=0,381$).

Η υποκλίμακα της διαβεβαίωσης του CCFNI είχε μία μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της πληροφόρησης ($r_{ho}=0,425$), της

προσέγγισης ($r_{ho}=0,478$), της υποστήριξης ($r_{ho}=0,341$) και της άνεσης-διευκόλυνσης ($r_{ho}=0,314$) του CCFNI. Η υποκλίμακα της πληροφόρησης του CCFNI είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της προσέγγισης ($r_{ho}=0,717$), της υποστήριξης ($r_{ho}=0,699$) και της άνεσης-διευκόλυνσης ($r_{ho}=0,629$) του CCFNI. Η υποκλίμακα της προσέγγισης του CCFNI

είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της υποστήριξης ($r_{ho}=0,82$) και της άνεσης-διευκόλυνσης ($r_{ho}=0,771$) του CCFNI. Τέλος η υποκλίμακα της υποστήριξης του CCFNI είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα της άνεσης-διευκόλυνσης ($r_{ho}=0,864$) του CCFNI (Πίνακας 5).

Πίνακας 3: Συγκρίσεις των εργαλείων της μελέτης μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή

Ερωτηματολόγια	Σχέση με ασθενή		Μέση τιμή±ΤΑ*		
	Παιδί	Σύζυγος	Γονέας	Αδέρφια	
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα FS-ICU 24	66,9±8,8	76,6±14,2	66,3±13,5	65,8±13,5	0,576
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων FS-ICU 24	71,3±4,3	77,8±14,5	66,1±7,4	65,6±7,8	0,085
Υποκλίμακα διαβεβαίωσης CCFNI	-	-	1,2±0,2	1,1±0,1	0,191
Υποκλίμακα πληροφόρησης CCFNI	1,7±0,3	1,3±0,4	1,8±0,4	1,7±0,8	0,142
Υποκλίμακα προσέγγισης CCFNI	1,2±0,2	1,1±0,1	1,7±0,6	1,5±0,4	0,024
Υποκλίμακα υποστήριξης CCFNI	1,7±0,5	1,4±0,4	1,8±0,7	1,9±0,8	0,162
Υποκλίμακα άνεσης-διευκόλυνσης CCFNI	1,8±0,5	1,5±0,4	2,1±0,8	1,9±0,8	0,085

*ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 4: Συγκρίσεις των εργαλείων της μελέτης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων

Ερωτηματολόγια	Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων			Μέση τιμή ±ΤΑ*	p
	26-40	41-55	56-70		
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα FS-ICU 24	68,3±10,3	68,1±16,2	66,9±6,3		0,527
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων FS-ICU 24	68,9±7,6	69,8±10,5	66,3±5,3		0,948
Υποκλίμακα διαβεβαίωσης CCFNI	1,2±0,2	1,1±0,1	1,1±0,1		0,049
Υποκλίμακα πληροφόρησης CCFNI	1,9±0,4	1,6±0,5	1,2±0,4		0,006
Υποκλίμακα προσέγγισης CCFNI	1,7±0,5	1,3±0,4	1,4±0,6		0,044
Υποκλίμακα υποστήριξης CCFNI	2,1±0,7	1,6±0,6	1,6±0,8		0,034
Υποκλίμακα άνεσης-διευκόλυνσης CCFNI	2,2±0,8	1,7±0,6	2,1±1,4		0,021

Πίνακας 5. Συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων της μελέτης

Υποκλίμακες	FS-ICU 24 φροντίδα	FS-ICU 24 λήψη αποφάσεων	CCFNI διαβεβαίωσης	CCFNI πληροφόρησης	CCFNI προσέγγισης	CCFNI υποστήριξης	CCFNI άνεσης-διευκόλυνσης	APPACHE SCORE
FS-ICU 24 φροντίδα	-	$r_{ho}=0,381^*$	$r_{ho}=-0,131^{***}$	$r_{ho}=-0,202^{***}$	$r_{ho}=-0,262^{***}$	$r_{ho}=-0,184^{***}$	$r_{ho}=-0,237^{***}$	$r=-0,157^{***}$
FS-ICU 24 λήψη αποφάσεων	$r_{ho}=0,381^*$	-	$r_{ho}=-0,092^{***}$	$r_{ho}=0,175^{***}$	$r_{ho}=-0,041^{***}$	$r_{ho}=0,04^{***}$	$r_{ho}=0,003^{***}$	$r_{ho}=-0,189^{***}$
CCFNI διαβεβαίωσης	$r_{ho}=-0,131^{***}$	$r_{ho}=-0,092^{***}$	-	$r_{ho}=0,425^{**}$	$r_{ho}=0,478^{**}$	$r_{ho}=0,341^*$	$r_{ho}=0,314^*$	$r_{ho}=0,215^{***}$
CCFNI πληροφόρησης	$r_{ho}=-0,202^{***}$	$r_{ho}=0,175^{***}$	$r_{ho}=0,425^{**}$	-	$r_{ho}=0,717^{**}$	$r_{ho}=0,699^{**}$	$r_{ho}=0,629^{**}$	$r_{ho}=0,208^{***}$
CCFNI προσέγγισης	$r_{ho}=-0,262^{***}$	$r_{ho}=-0,041^{***}$	$r_{ho}=0,478^{**}$	$r_{ho}=0,717^{**}$	-	$r_{ho}=0,82^{**}$	$r_{ho}=0,771^{**}$	$r_{ho}=0,304^*$
CCFNI υποστήριξης	$r_{ho}=-0,184^{***}$	$r_{ho}=0,04^{***}$	$r_{ho}=0,341^*$	$r_{ho}=0,699^{**}$	$r_{ho}=0,82^{**}$	-	$r_{ho}=0,864^{**}$	$r_{ho}=0,13^{***}$
CCFNI άνεσης-διευκόλυνσης	$r_{ho}=-0,237^{***}$	$r_{ho}=0,003^{***}$	$r_{ho}=0,314^*$	$r_{ho}=0,629^{**}$	$r_{ho}=0,771^{**}$	$r_{ho}=0,864^{**}$	-	$r_{ho}=0,228^{***}$

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 47 συγγενείς/συνοδοί ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ, με την πλειοψηφία να είναι γυναίκες, μέσης ηλικίας 44,9 ετών. Η συχνότερη διάγνωση νοσηλείας των ασθενών ήταν η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν τα 56,1 έτη και η διάμεσος διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΘ 10 ημέρες. Επίσης, οι περισσότεροι συνοδοί δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας κάποιου συγγενικού τους προσώπου στη ΜΕΘ (77,8%) και από αυτούς που είχαν εμπειρία νοσηλείας στην πλειοψηφία τους είχαν νοσηλεύσει γονέα. Σε αντίστοιχες μελέτες έχει βρεθεί ότι το δείγμα είναι επίσης μικρό για διάφορους λόγους, όπως η δυσκολία προσέγγισης και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από διάφορες μελέτες οι οποίες συμπεριέλαβαν μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα των μελετών με μικρό αριθμό συμμετεχόντων (Agard & Harderb 2007).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ηλικία των συμμετεχόντων, αλλά και η σχέση τους με τον ασθενή δεν επηρεάζουν την ικανοποίησή τους όσον αφορά στην παρεχόμενη στον πάσχοντα φροντίδα και τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που σχετίζονται με εκείνον. Ωστόσο, η ικανοποίηση από τη φροντίδα βρέθηκε ότι διαφέρει ανάλογα με το λόγο νοσηλείας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών φάνηκε αρκετά ευχαριστημένο, καθώς το 62,2% των συγγενών δήλωσε πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας που έλαβε το μέλος της οικογένειας τους στη ΜΕΘ. Υψηλό βαθμό ικανοποίησης έδειξαν τα αποτελέσματα και της μελέτης της Κούρτη (2012) που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Αθήνας, όπως και των Carlson et al (2015) σε νοσοκομείο των ΗΠΑ. Ωστόσο, η ικανοποίησή τους ήταν μικρότερη όσον αφορά στην επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξη, όπως και στη μελέτη των Azoulay et al (2005) στη Γαλλία, στην οποία οι περισσότεροι συγγενείς δήλωσαν ανεπαρκή χρόνο ενημέρωσης καθώς και ασαφή και ατελή πληροφόρηση.

Το ποσοστό που δήλωσε ικανοποιημένο από τη συναισθηματική υποστήριξη που λάμβανε, αλλά και το ενδιαφέρον και τη φροντίδα του προσωπικού απέναντι στις δικές τους ανάγκες ήταν μικρότερο, καθώς έφτασε μόλις το 32,6% και 39,1 αντίστοιχα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη γενικότερη έλλειψη επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως την αντιλαμβάνονται οι συγγενείς, καθώς θεωρούν ότι επειδή το προσωπικό παρευρίσκεται πολλές ώρες με τον ασθενή και αναπτύσσει μεγαλύτερη επαφή μαζί του, είναι κατάλληλο για να ακούσει τις ανησυχίες και να δώσει κουράγιο και ελπίδα, τόσο στον ασθενή όσο και στο συγγενή του (Κούρτη 2012).

Η σημασία της φροντίδας για τον ασθενή και της υποστήριξης για τους ίδιους από το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρεται και σε άλλες μελέτες, καθώς δημιουργεί

αίσθημα ασφάλειας στο οικογενειακό περιβάλλον, τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και βελτιώνει την επικοινωνία τους με το προσωπικό (Kutash et al 2007, McKiernan McCarthy 2010, Κούρτη 2012). Μελέτη των Azoulay et al (2001) στη Γαλλία, έδειξε ότι οι συγγενείς ήθελαν να περνούν περισσότερο χρόνο με τους ιατρούς, να γνωρίζουν το ρόλο κάθε νοσηλευτή που ασχολούνταν με τον άνθρωπό τους και ήταν ευχαριστημένοι όταν αντιστοιχούσαν τρεις νοσηλευτές στη φροντίδα του ασθενή τους. Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, οι συγγενείς ίσως να θεωρούσαν πολύ περιορισμένη την επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που ενδέχεται να επηρέαζε και την εικόνα την οποία σχημάτιζαν για αυτούς. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με τα ευρήματα άλλης μελέτης, σύμφωνα με την οποία περισσότεροι από τους μισούς συγγενείς εξέφρασαν δυσαρέσκεια για την επικοινωνία τους με το προσωπικό της ΜΕΘ (Carlson et al 2015). Η δυσαρέσκεια αυτή μπορεί να οφείλεται στους περιορισμούς του ωραρίου επίσκεψης στη ΜΕΘ, το οποίο εξακολουθεί να ισχύει στις ΜΕΘ της Ελλάδας και οι οποίες προκαλούν απώλεια της οικειότητας και στερούν συγγενείς την προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς τους. Αντίθετα, υπάρχουν μελέτες του εξωτερικού των οποίων τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το ανοιχτό επισκεπτήριο και οι καλύτερες υπηρεσίες πληροφόρησης ωφελούν τους συγγενείς και την οικογένεια και ότι η παρουσία τους είναι ευεργετική για τον ασθενή της ΜΕΘ (Fumagalli et al 2006, Achury et al 2011). Η παροχή υποστήριξης από το προσωπικό της ΜΕΘ προς τους συγγενείς κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ήταν στο 45,7% και η αίσθηση ελέγχου του οικογενειακού περιβάλλοντος σε ότι αφορά τη φροντίδα του ασθενούς ήταν στο 28,95% ικανοποιημένη, ενώ στο 26,7% θεωρήθηκε ανύπαρκτη.

Στην παρούσα μελέτη, τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένα όσον αφορά τις δεξιότητες και τις ικανότητες του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ (60,9% και στο 65,2% αντίστοιχα), αλλά και σχετικά με τη συχνότητα επικοινωνίας με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές (58,7% και 45,7% αντίστοιχα). Η ευκολία πληροφόρησης από τους ιατρούς και η προθυμία του προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις τους, η κατανόηση, η ειλικρίνεια, η πληρότητα και η συνοχή των πληροφοριών ικανοποίησαν το 50- 58,7% των συνοδών. Οι συγγενείς δήλωσαν ικανοποίηση σχετικά με το ενδιαφέρον και τη φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ για τον ασθενή αλλά και για τον τρόπο διαχείρισης του πόνου, της δύσπνοιας και της συγχυτικότητας του ασθενή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι συγγενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005), από τη φροντίδα στη ΜΕΘ και από το προσωπικό (Carlson et al 2015), αλλά δυσαρεστημένοι από την επικοινωνία, την πληροφόρηση, τη συναισθηματική στήριξη (Carlson et

al 2015), τον ανεπαρκή χρόνο ενημέρωσης, τις ασαφείς και ατελείς πληροφορίες (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005). Μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης προκαλεί και η ύπαρξη αισιοδοξίας στην ενημέρωση (Auerbach et al 2005). Η επικοινωνία μεταξύ θεράποντος ιατρού και του συγγενή του ασθενούς είναι υποκειμενική και επηρεάζεται από τη συνολική ποιότητα φροντίδας (Siddiqui et al 2010).

Η ικανοποίηση από το περιβάλλον στη ΜΕΘ και στο χώρο αναμονής βρέθηκε να είναι σχετικά καλή. Άλλωστε, η ανάγκη για την ύπαρξη ενός άνετου και κατάλληλου περιβάλλοντος στο χώρο αναμονής τονίστηκε και στις μελέτες των Auerbach et al (2005) και Kutash et al (2007). Παρόλα αυτά και σύμφωνα με τη μελέτη των Hashim & Hussin (2012) και της Κούρτη (2012), η καταλληλότητα της αίθουσας αναμονής δε θεωρείται σημαντική και η διαμόρφωση του εσωτερικού χώρου και του χώρου αναμονής μιας ΜΕΘ δεν συγκαταλέγονται στα πλέον βασικά και επείγοντα θέματα που πρέπει να διευθετηθούν.

Όσον αφορά στις ανάγκες των συγγενών, δεν βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, αλλά η πλειονότητα των συγγενών ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου των ασθενών στη ΜΕΘ (55,9%).

Από τα αποτελέσματα του CCFNI βρέθηκε ότι οι γυναίκες εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για διαβεβαίωση, πληροφόρηση, προσέγγιση, υποστήριξη και άνεση-διευκόλυνση σε σύγκριση με τους άνδρες, όπως και στη μελέτη των Delva et al (2002). Όλες αυτές οι ανάγκες, εκτός της προσέγγισης, βρέθηκε να είναι μεγαλύτερες στις ηλικίες των 41-55 αλλά δεν επηρεάζονται ανάλογα με τη σχέση με τον ασθενή. Όσοι νοσήλευαν σύζυγο στη ΜΕΘ βρέθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για προσέγγιση, σε σύγκριση με αυτούς που νοσήλευαν γονέα και οι συγγενείς των ασθενών με πιθανότητα ίασης εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση και προσέγγιση, αποτελέσματα τα οποία συμφωνούν και με εκείνα άλλων ερευνών (Delva et al 2002, Pochard et al 2005, Komachi & Kamiberu 2015).

Σχετικά με την εξειδικευμένη στήριξη μόνο το 17,4% των συγγενών θεώρησαν ότι τη χρειαζόταν, αν και σύμφωνα με τις μελέτες των Chien et al 2006 και των Pararrigopoulos et al (2006), η παροχή ψυχολογικής βοήθειας δύναται να συμβάλει στην αποτελεσματική συνεργασία τους με το προσωπικό προς όφελος της φροντίδας των ασθενών.

Στην πλειοψηφία του δείγματος, σχετικά με τις ανάγκες, θεωρήθηκε βασικότερος ο τομέας της διαβεβαίωσης, ενώ ο τομέας της άνεσης - διευκόλυνσης θεωρήθηκε ελάχιστα σημαντικός, αποτελέσματα τα οποία συμφωνούν και με τη μελέτη της Χατζάκη (2010). Ωστόσο, σε έρευνα των Delva et al (2002) αναφέρεται ότι η ανάγκη για μεγαλύτερη άνεση ήταν η πιο σημαντική από ηλικιωμένους συγγενείς και από τους συγγενείς που ζουν σε μεγαλύτερη απόσταση από το νοσοκομείο.

Ο τομέας της διαβεβαίωσης έχει θεωρηθεί πολύ σημαντικός και από άλλες μελέτες (Engstrom & Soderberg 2004, Agard & Harderb 2007, Verhaeghe et al 2007, Omari, 2009, McKiernan McCarthy 2010, Gholamzadeh et al 2010, Al-Mutair et al 2013), γεγονός που δείχνει τη σημασία του πέρα από οποιεσδήποτε κοινωνικές ή πολιτιστικές διαφορές των μελών της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αναλυτικότερα, εκφράστηκε μεγαλύτερη σημασία από τα μέλη της οικογένειας όσον αφορά τη διαβεβαίωση ότι δίνεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα και ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή. Ακόμη, μεγάλη σημασία έχει να γνωρίζουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα της κατάστασης του συγγενή τους, να απαντώνται οι ερωτήσεις τους με ειλικρίνεια και να λαμβάνουν κατανοητές πληροφορίες.

Σχετικά με τη σχέση των υποκλιμάκων των αναγκών της οικογένειας (CCFNI) και της ικανοποίησής της, (FSICU-24), βρέθηκε ότι η διαβεβαίωση σχετίζεται με την πληροφόρηση, προσέγγιση, υποστήριξη και άνεση-διευκόλυνση, ενώ η υποστήριξη έχει σχέση μόνο με την ανάγκη άνεσης-διευκόλυνσης. Η ανάγκη για πληροφόρηση έχει σχέση με την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση. Μελέτη των Bailey et al (2010) στον Καναδά, συμπέρανε ότι η πληροφόρηση σχετίζεται με την ικανοποίηση, αλλά η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με τη φροντίδα.

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της Molter (1979), η πιο σημαντική ανάγκη είναι η ανάγκη της πληροφόρησης, και με βάση τη διάκριση των Achury et al (2011), οι βασικότερες ανάγκες των συγγενών αναφέρονται σε μη υλικό επίπεδο (γνώση του αναμενόμενου αποτελέσματος της κατάστασης και λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών), καθώς και σε συναισθηματικό επίπεδο (διαβεβαίωση βέλτιστης δυνατής φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων δεν επηρεάζεται από την ηλικία και τη σχέση τους με τον ασθενή, αλλά διαφέρει ανάλογα με το λόγο νοσηλείας του ασθενή. Επίσης, αν και οι συγγενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι σχετικά με το περιβάλλον στη ΜΕΘ και τις δεξιότητες και ικανότητες του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ, η ικανοποίησή τους όσον αφορά το χώρο αναμονής, την επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξη, επιδέχεται βελτίωση. Η πληροφόρηση θα πρέπει να σχετίζεται με όλους τους τομείς (διάγνωση, πρόγνωση, θεραπεία, ιατρικό εξοπλισμό) και να είναι όσο το δυνατόν πιο ακριβής, κατανοητή και με περιθώρια ελπίδας.

Όσον αφορά στις ανάγκες της οικογένειας, δεν διέφεραν ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και ανάλογα με τη σχέση

με τον ασθενή, ήταν μεγαλύτερες στις γυναίκες και η πλειονότητα των συγγενών ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου των ασθενών στη ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, όσοι νοσήλευαν σύζυγο στη ΜΕΘ βρέθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για προσέγγιση και οι συγγενείς των ασθενών με πιθανότητα ίσως εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση και προσέγγιση. Επιπλέον, σημαντικότερος θεωρήθηκε ο τομέας της διαβεβαίωσης (διαβεβαίωση καλύτερης δυνατής φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή, γνώση αναμενόμενου αποτελέσματος της κατάστασης του και λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών). Αναλυτικότερα, η διαβεβαίωση έχει σχέση με την πληροφόρηση, την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση, η υποστήριξη έχει σχέση μόνο με την ανάγκη άνεσης-διευκόλυνσης, η πληροφόρηση έχει σχέση με την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση, η προσέγγιση έχει σχέση με την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση και με τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που αφορούν στο είδος της δειγματοληψίας (ευκολίας), το μικρό μέγεθος και τη διαφορά μεγέθους μεταξύ των συγγενών των δυο φύλων. Το μικρό δείγμα ωστόσο οφειλόταν στις δυσκολίες κατά τη συλλογή των δεδομένων που αφορούσαν στο περιορισμένο ενδιαφέρον τους για την έρευνα ή στο γεγονός ότι δεν έρχονται όλοι οι συγγενείς κάθε μέρα στο επισκεπτήριο ή μπορεί να μην ήταν σε θέση να ενημερωθούν για τη διεξαγωγή της έρευνας τη μέρα της επίσκεψης, λόγω πιθανής επιδείνωσης της κατάστασης του οικείου τους. Αποτέλεσμα ήταν αρκετοί να έχουν συμπληρώσει μέρος των ερωτηματολογίων, τα οποία δεν συμπεριλήφθησαν στη μελέτη, ενώ κάποιοι άλλοι ξεχνούσαν να το επιστρέψουν ή το έχαναν και ζητούσαν να τους δοθεί εκ νέου. Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας μελέτης, αφορά στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν στην ερευνητρια ότι ανησυχούσαν μήπως οι απαντήσεις τους μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα του συγγενή τους γεγονός που πιθανά τις επηρέασε.

Ωστόσο, παρά τους παραπάνω περιορισμούς και τις δυσκολίες εκπόνησης της μελέτης, μπορούν να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις αναφορικά με την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και της οικογένειάς τους. Θα πρέπει λοιπόν, να δοθεί έμφαση στα εξής:

- *Ολιστική φροντίδα:* η ευαισθητοποίηση του προσωπικού στην παροχή ολιστικής φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας όχι μόνο τον άρρωστο, αλλά και την οικογένειά του
- *Εκπαίδευση προσωπικού:* η εκπαίδευση του προσωπικού στις δεξιότητες επικοινωνίας, προκειμένου να καλύπτουν ανάγκες των συγγενών, όπως είναι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε αυτούς και η επίλυση πρακτικών προβλημάτων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση

της ποιότητας ζωής τους και τη διατήρηση της λειτουργικότητας της οικογένειας.

- *Επισκεπτήριο:* η προσαρμογή της διάρκειας και των συνθηκών του επισκεπτηρίου σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών και της οικογένειας, σε συνδυασμό με την ανάγκη των νοσηλευτών να διαχειρίζονται με ασφάλεια τη φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών.

- *Καταλληλότεροι χώροι:* η διαμόρφωση του χώρου αναμονής με κατάλληλα έπιπλα και εξοπλισμό, προκειμένου να ικανοποιεί βασικές ανάγκες των επισκεπτών, όπως είναι η κόπωση, η έλλειψη φαγητού και ύπνου και η φύλαξη των προσωπικών αντικειμένων τους.

- *Ενημερωτικό φυλλάδιο:* η ύπαρξη κάποιου ενημερωτικού φυλλαδίου στους συνοδούς, το οποίο θα παρέχει πληροφορίες για τις ώρες επισκεπτηρίου, χρήσιμα τηλέφωνα, την ομάδα των ανθρώπων που εργάζονται, τον τεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και αναφορά για τις καταστάσεις που απαιτούν συνήθως τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και τις πρακτικές που εφαρμόζονται για το έλεγχο των λοιμώξεων.

Προκειμένου να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, θα πρέπει πρώτα από όλα να γίνει διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης των συγγενών μέσω μελλοντικών ερευνών σε μεγαλύτερο δείγμα, σε διαφορετικές φάσεις της παραμονής του ασθενούς στη ΜΕΘ και στα διαφορετικά και εξειδικευμένα είδη ΜΕΘ (καρδιοχειρουργικές, παιδιατρικές, πνευμονολογικές, νεφρολογικές, κ.α.). Επίσης, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί η αντίληψη που έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας για τις ανάγκες των συγγενών, αλλά και γενικότερα η αντίληψη σχετικά με το ρόλο τους, εάν αυτός περιλαμβάνει την ολιστική προσέγγιση παροχής φροντίδας.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να καλύπτουν τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ και να τους αντιμετωπίζουν ως μια ιδιαίτερη ομάδα ανθρώπων, η οποία χρήζει ειδικής προσοχής, διαχείρισης, φροντίδας, διαβεβαίωσης, πληροφόρησης, προσέγγισης και υποστήριξης.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΕΧ: συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΘΜ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Η ΑΚ, ο ΑΚ και η ΣΠ συνέβαλαν σημαντικά στη συλλογή των δεδομένων. Τέλος, ο ΝΚ, συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού της μελέτης και διευκόλυνε τη συλλογή των δεδομένων. Και οι έξι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achury DM., Achury Beltran LF. & Ramirez Cardenas AM. (2011). La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Clinical Connections. The Word of Critical Care Nursing* 8(1): 2-8.
- Agard SA. & Harderb I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing* 23: 170-177.
- Al-Mutair AS., Plummer V., Clerehan R. & O' Brein A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *British Association of Critical Care Nurses* 19 (3): 135-144.
- Auerbach SM., Kiesler DJ., Wartella J., Rausch S., Ward KR. & Ivatory R. (2005). Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonal Perceptions of the Healthcare Team, and Emotional Distress in Patients' Family Members During Critical Care Hospitalization. *American Journal of Critical Care* 14(3): 202-210.
- Azoulay E., Pochard F., Chevret S., Lemaire F., Mokhtari M., Le Gall JR., Dhainaut JF. & Schlemmer B. (2001). Meeting the needs of Intensive Care Unit Patient Families: A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 163(1): 135-139.
- Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N., Chevret S., Aboab J., Adrie C., Annane D., Bleichner G., Bollaert PE., Darmon M., Fassier T., Galliot R., Garrouste-Orgeas M., Goulenok C., Goldgran-Toledano D., Hayon J., Jourdain M., Kaidomar M., Laplace C., Larche J., Liotier J., Papazian L., Poisson C., Reignier J., Saidi F. & Schlemmer B. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 171: 987-994.
- Azoulay E., Pochard F., Chevret S., Adrie C., Annane D., Bleichner G., Bornstein C., Bouffard Y., Cohen Y., Feissel M., Goldgran-Toledano D., Guittou C., Hayon J., Iglesias E., Joly LM., Jourdain M., Laplace C., Lebert C., Pingat J., Poisson C., Renault A., Sanchez O., Selcer D., Timsit JF., Le Gall JR. & Schlemmer B. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine* 32(9): 1832-8.
- Bailey JJ., Sabbagh M., Loiselle CG., Boileau J. & McVey L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing* 26: 114-122.
- Carlson EB., Spain DA., Muhtadie L., McDade-Montez L. & Macia KS. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care* 30: 557-561.
- Chien W., Chiu YL., Lam L. & Ip W. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 43(1): 39-500.
- DeAlbistur MC., Bacigualpo JC., Gerez J., Uzal M., Ebeid A., Maciel M. & Soto J. (2000). La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medical del Uruguay* 16: 243-256.
- Delva D., Vanoost S., Bijttebier P., Lauwers P. & Wilmer A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Social Work in Health Care* 35 (4).
- Engstrom A. & Soderberg S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 20: 299-308.
- Fumagalli S., Boncinelli L., Lo Nostro A., Valoti P., Baldereschi G., Di Bari M., Ungar A., Baldasseroni S., Geppetti P., Masotti G., Pini R. & Marchionni N. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. *American Heart Association* 113: 946-952.
- Gholamzadeh S. & Sorbi Akbari H. (2010). Exploration of the needs and experiences of family members of a patient being admitted to a neurosurgery intensive care unit in Shiraz, Iran. *Critical Care* 14(1): 599.
- Gomez S., Gil B. & Ballster R. (2008). Grado de interferencia en los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, Jornades de Foment de la Investigacio. Universitat Jaume I.
- Hashim F. & Hussin R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 36: 103-111.
- Herridge MS., Cheung AM., Tansey CM., Matte-Martin A., Diaz-Granados N., Al-Saidi F., Cooper AB., Guest CB., Mazer CD. & Mehta S. (2003). One - year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine* 348(8): 698-693.
- Khalaila R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard journal* 28(43): 37-44.
- Komachi M. & Kamibeppu K. (2015). Acute Stress Symptoms in Families of Patients Admitted to the Intensive Care Unit during the First 24 Hours Following Admission in Japan. *Open Journal of Nursing* 5: 325-335.
- Kutash M. & Northrop L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing* 60(4): 384-8.
- McKiernan M. & McCarthy G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Critical Care of Nursing* 26(5): 254-61.
- Molter NC. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung journal* 8: 332-9.
- Omari FH.(2009). Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship* 41(1): 28-34
- Paparrigopoulos T., Melissaki A., Efthymiou A., Tsekou H., Vadala C., Kribeni G. & Soldatos C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research* 61(5): 719-722.
- Plakas S., Cant B. & Taket A. (2009). The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 25(1): 10-20.
- Pochard F., Darmon M., Fassier T., Bollaert PE., Cheval C., Coloigner M., Merouani A., Moulront S., Pigne E., Pingat J., Zahar JR., Schlemmer B. & Azoulay E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care* 20: 90-96.
- Rando TA. (1988). Grieving: how to go on living when someone you love dies. (eds) Lexington MA: Lexington Books.
- Siddiqui S., Scott C. & Bryden D. (2010). Evaluating the quality of communication with patients' relatives in critical care. *Critical Care* 14: 596
- Verhaeghe ST., van Zuuren FJ., Defloor T., Duijnste MS. & Grypdonck MH. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive careunit? *Journal of Clinical Nursing* 16(8): 1488-97.
- Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. & Middleton N. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29 (6): 720-730.
- Γιούρνια ΑΜ. & Τούλια Γ. (2015). Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 14(1): 4-18.
- Κούρτη Μ. (2012). Η επίδραση των ψυχολογικών διακυμάνσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της ΜΕΘ στην αξιολόγηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Διαπανεπιστημιακό - Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Αθηνών.

- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ., Μουστάκα Ε. & Ζυγά Σ. (2012). Αξιοπιστία ερωτηματολογίου FS ICU-24 για την εκτίμηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη φροντίδα στη ΜΕΘ. *Υγεία και εργασία* 3(1): 127-134.
- Παπάζογλου Ε. (2003). Μελέτη της υποστήριξης των συγγενών από το προσωπικό υγείας στο τελικό στάδιο και το θάνατο του αρρώστου. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς. Τμήμα Νοσηλευτικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Πάτσιος Δ., Κομνός Α., Αποστολίδης Χ. & Μπαλασοπούλου Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 13 (4): 351-365.
- Πολυκανδριώτη Μ. & Κουτελέκος Ι. (2013). Ανάγκες Ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική* 2(2): 73-83.
- Στεφανάτου Π. (2014). Η στάθμιση της κλίμακας CAN στον ελληνικό πληθυσμό και η εκτίμηση των αναγκών των χρονίως και σοβαρά ψυχικά πασχόντων. Διδακτορική Διατριβή: Ιωάννινα. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Χατζάκη Μ. (2010). Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νοσοκομείου της περιφέρειας Κρήτης ερευνώντας ένα ημιαστικό - αγροτικό περιβάλλον: μια προοπτική μελέτη. Διδακτορική Διατριβή. Ηράκλειο: Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Exploring the psychosocial needs and satisfaction of the family of patients hospitalized in the Intensive Care Unit

Efthymia Chalkidi¹, Thalia Bellali², Asimina Kyromiti³, Andreas Kosmas⁴,
Sofia Papoti⁵, Nikolaos Kapravelos⁶

1. RN, MSc, 2. Professor, Nursing Department, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, 3. RN, CNO of ICU, "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece

4. Pulmonologist, ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece

5. Pulmonologist-Intensivist, Registrar in ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece

6. Pulmonologist-Intensivist, Medical Director of ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Introduction: The sudden admission of patients in the Intensive Care Unit (ICU) is considered an extremely stressful and painful experience for the whole family. In recent years, family has been recognized to have an important role to the outcome and particular emphasis has been given to the oriented approach of the patient's family.

Aims: To investigate the needs and the degree of satisfaction of relatives whose patients are hospitalized in ICU.

Methodology: This cross-sectional analytical study was conducted in a Greek ICU of a public hospital from November 2015 to - February 2016. The sample consisted of 47 relatives of patients who had been hospitalized for more than 48 hours. They were administered a questionnaire including socio-demographic data and the following psychometric tools: Family Satisfaction in Intensive Care Unit (FS-ICU 24) and Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Data were analyzed with the program SPSS version 23.0.

Results: A 72% and 80% of patients companions, expressed a great satisfaction in the caring and satisfaction with the decision making process scales of the FS-ICU 24. Basics are considered the need of reassurance for the better delivered care the knowledge of their patients' outcome and the administration of sincere and understandable information. Statistically significant differences have been found on the relationship with the patient, in the approach subscale of the CCFNI ($p=0,024$). Concerning the ages of the participants, statistically differences have been found at a group of 26-40 years old, in reassurance subscales ($p=0,049$), information ($p=0,006$), approach ($p=0,009$), support ($p=0,004$) and the offer of comfort ($p=0,005$) of the CCFNI.

Conclusions: The cooperation of ICU professionals with relatives, the training of personnel in the provision of holistic care and the family's integration in the therapeutic process, may be beneficial in reducing stress and adequate and effectively fulfillment of their needs and therefore to the satisfaction of both sides.

Key-words: Caregivers, family, holistic care, Intensive Care Unit, satisfaction, support

Corresponding Author:
Efthymia Chalkidi,
e-mail: efi.chalkidi@gmail.com,
Tel.. +306985067774

Submission Date: 05/06/2016
Publication Date: 20/07/2016