



«Σ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ»  
ΕΣΔΝΕ

Τεύχος 32, Τεύχος 2  
Ιούνιος 1993



No 2  
June 1993

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ  
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Της Σύνταξης
2. Ομιλία της Προέδρου του ΕΣΔΝΕ στη Γενική Συνέλευση των μελών της (10-3-1993)
3. Έκθεση πεπραγμένων του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Νοσηλευτών Ελλάδος από 1-1-1992 έως 31-12
4. Μεταμόσχευση: στην πορεία της προσφοράς ζωής
5. Ο πόνος του παιδιού - Νοσηλευτική αντιμετώπιση
6. Ενδείξεις μετάγγισης αίματος και παράγωγων αίματος
7. Η νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
8. Ποιότητα, κόστος και νοσηλευτική
9. Συνέδρια - Εκπαιδευτικές Ευκαιρίες

## CONTENTS

1. Editorial
2. Address to the annual general assembly of the Hellenic National Nurses Association by the President Vassiliki Lanara
3. Annual report of the executive board of the Hellenic National Nurses Association to the general assembly reported by Maria Malgarinou, general secretary (from 1-1-1992 to 31-12-1992)
4. Transplantation: an attempt to offer life
5. Nursing care of children wills pain
6. Tranfusion indications of blood and blood components
7. Nursing in the modern intensive care units
8. Quality, costs and nursing tranilation
9. Congresses - Educational Oportunities

# NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ**

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών  
Ελλάδος  
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος  
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

**ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Ε. Αγιώτου - Δημοπούλου**  
Ε. Γουλιά  
Α. Καλοκαιρινού  
Μ. Μαλγαρινού  
Α. Παπαδαντωνάκη  
Ε. Πατηράκη  
Α. Πορτοκαλάκη  
Α. Ραγιά  
Ε. Χαραλαμπίδου

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ**

**Μαρία Μαλγαρινού**  
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών  
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο  
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

**ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ**

Φωτοστοιχειοδεσία - Σχεδιασμοί  
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



**Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗ Ο.Ε.**  
Κεντρικό : Χαριλάου Τρικούπη 73, Αθήνα, Τηλ. 36 14 741  
Εργοστάσιο : Σουλίου 10, Αγ. Δημήτριος, Τηλ. 99 42 382  
Βιβλιοπωλείο : Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλέφ. 77 98 654

**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ**

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές ...	2500	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες ..	4500	δρχ.
Εξωτερικού .....	40	\$
Τιμή τεύχους .....	750	δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991 .....	600	δρχ.
» » 1985 - 1989 .....	500	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη .....	400	δρχ.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

1. Της Σύσταξης .....	69
<b>Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου</b>	
2. Ομιλία της Προέδρου του ΕΣΔΝΕ στη Γενική Συνέλευση των μελών της (10-3-1993) .....	70
3. Έκθεση πεπραγμένων του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευ- τριών Νοσηλευτών Ελλάδος από 1-1-1992 έως 31-12-1993 .....	72
<b>Μαρία Μαλγαρινού</b>	
4. Μεταμόσχευση: στην πορεία της προσφοράς ζωής <b>Δρ. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου</b>	79
5. Ο πόνος του παιδιού - Νοσηλευτική αντιμετώπιση <b>Βασιλική Μάτζιου</b>	84
6. Ενδείξεις μετάγγισης αίματος και παράγωγων αίματος .....	88
<b>Ευαγγελία Αδαλή</b>	
7. Η νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας .....	95
<b>Χρυσάνθη Πλατή</b>	
8. Ποιότητα, κόστος και νοσηλευτική .....	100
<b>Μετάφραση: Γ. Πιερράκος, Αντ. Χατζηνικολάου</b>	
9. Συνέδρια - Εκπαιδευτικές Ευκαιρίες .....	106

**CONTENTS**

1. Editorial .....	69
<b>E. Agiotou-Dimopoulou</b>	
2. Address to the annual general assembly of the Hellenic National Nurses Association by the President Vassiliki Lanara .....	70
3. Annual report of the executive board of the Hellenic National Nurses Association to the general assembly reported by Maria Malgarinou, general secretary (from 1-1-1992 to 31-12-1992) .....	72
4. Transplantation: an attempt to offer life .....	79
<b>Dr Athena Giannopoulou</b>	
5. Nursing care of children wills pain .....	84
<b>Vasiliki Matziou</b>	
6. Tranfusion indications of blood and blood components .....	88
<b>E. Adali</b>	
7. Nursing in the modern intensive care units .....	95
<b>Ch. Plati</b>	
8. Quality, costs and nursing tranilation .....	100
<b>G. Pierakis, A. Chatzinikolaou</b>	
9. Congresses - Educational Oportunities .....	106

## Η νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

ΧΡΥΣΑΝΘΗ Δ. ΠΛΑΤΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

**Περίληψη:** Στη σύντομη ανασκόπηση εξετάζεται η εξέλιξη της παραδοσιακής νοσηλευτικής φροντίδας των βαρειά πασχόντων ασθενών, η πορεία της μέσα στο χρόνο και οι παράγοντες που συνέβαλαν στη σύγχρονη μορφή φροντίδας στις Μο-

νάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Επίσης, αναφέρεται η αρνητική επίδραση που ασκεί το περιβάλλον της ΜΕΘ στον άρρωστο, στους συγγενείς του και στο νοσηλευτικό προσωπικό.

### Εισαγωγή

Μελετώντας προσεκτικά την εξέλιξη της εντατικής φροντίδας είναι εύκολο να διαπιστώσει κάποιος, ότι τα τελευταία 40 χρόνια η φροντίδα που παρέχεται σε σοβαρά πάσχοντες ασθενείς αναπτύχθηκε με ταχύ ρυθμό.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έκαναν την εμφάνισή τους στη δεκαετία 1950-1960 και χαρακτηρίστηκαν ως τεχνολογικό σύστημα εργαλείων, γνώσεων και δεξιοτήτων στη φροντίδα πασχόντων ασθενών. Οι ελάχιστες ιστορικές μελέτες σχετικές με τις ΜΕΘ, φαίνεται ότι αγνοούν ή αποφεύγουν να αναφέρουν την εντατική νοσηλευτική φροντίδα που παρείχεται στους βαρειά ασθενείς από τους νοσηλευτές, με αποτέλεσμα η φροντίδα αυτή να μείνει άγνωστη και αθέατη.

Η επίδραση των νοσηλευτών στην ανάπτυξη των ΜΕΘ συντελέστηκε με δύο τρόπους. Πρώτον, με την άγρυπνη παρακολούθηση των βαρειά πασχόντων ασθενών. Δεύτερον, με την ταξινόμηση, την ομαδοποίηση και την τοποθέτηση των πολύ βαρειά πασχόντων σε ορατά και κοντινά σημεία από τα δωμάτια προετοιμασίας νοσηλίων των νοσηλευτών.

Οι αναφερόμενες πρακτικές βασίζονταν στην εμπειρική γνώση και στο έμφυτο ενδιαφέρον των νοσηλευτών για το βαρειά πάσχοντα, καθώς και

στις δεξιότητες που βασίζονταν στις γνώσεις τους. Ο τύπος αυτός της φροντίδας λειτούργησε σαν μοντέλο για τη φροντίδα που επρόκειτο να ασκηθεί στις ΜΕΘ στη δεκαετία 1950-1960<sup>1</sup>.

### Διαχρονική εξέλιξη των ΜΕΘ

Ξεφυλίζοντας παλαιότερες αναφορές στις σημειώσεις της Nightingale (1839) βλέπουμε, σε πολλά σημεία, να γίνεται λόγος για ίδρυση Μονάδων Ανανήγειων πλησίον των χειρουργείων, σε όλα τα νοσοκομεία της Αγγλίας. Στην ίδια χρονική περίοδο (1863) η Louisa Alcott στις ΗΠΑ γράφει: η στενή παρακολούθηση των ασθενών, ο διαχωρισμός τους σε πολύ βαρειά, σε λιγότερο βαρειά και σε ελαφρά πάσχοντες, συνέβαλε πολύ στη βελτίωση της κατάστασής τους.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1930-1940 λειτούργησαν οι πρώτοι θάλαμοι ανανήγειος για μετεγχειρητικούς ασθενείς, που παρουσίαζαν δυσκολία στη σταθεροποίηση των ζωτικών τους λειτουργιών. Οργανωμένες προσπάθειες μεταξύ χειρουργών και αναισθησιολόγων για ομαδοποίηση αυτών των ασθενών παρατηρήθηκαν στη δεκαετία 1940-1950. Στην ίδια χρονική περίοδο ιδρύθηκαν οι αναπνευστικές εντατικές μονάδες για την αντιμετώπιση των θυμάτων της πολιομυελίτιδας.

Πρόοδοι σημειώθηκαν επίσης και κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, με την ανάπτυξη Κέντρων Αντιμετώπισης ασθενών σε shock. Στα ίδια κέντρα παρείχεται προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα από ειδικά εκπαιδευμένη ομάδα επιστημόνων<sup>2</sup>.

Στην Ελλάδα η ιδέα δημιουργίας ΜΕΘ άρχισε από τα Ασκληπιεία και ειδικότερα από αυτό της Επιδαύρου. Το Ασκληπιείο της Επιδαύρου ανήκε στην κατηγορία των πανθεραπευτηρίων και ήταν το περιφημότερο όλων. Από τα διάφορα κτίρια που βρέθηκαν κατά τις ανασκαφές, το άβατον ή κατακλιντήριο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αποτελούσε το αρχαιότερο γνωστό υπόδειγμα νοσοκομειακού τμήματος. Ο εξοπλισμός του κτιρίου αλλά και η γενικότερη αρχιτεκτονική δομή του, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι το άβατο προοριζόταν για νοσηλεία βαρειά πασχόντων ασθενών με τη σύγχρονη αντίληψη των ΜΕΘ, καθώς και τη σταδιακή φροντίδα, όπως εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ στη δεκαετία 1960-1970<sup>3</sup>.

Στα απομνημονεύματα του Μ. Γερουλάνου αναφέρεται ότι στον «Ευαγγελισμό» το αρχικό χειρουργείο αποτελείτο από δύο αίθουσες. Η μεγαλύτερη ονομαζόταν «Εγχειριστήριο» και η μικρότερη «Λαπαροτομείο». Πλησίον των αιθουσών υπήρχαν μικρά δωμάτια για τη νοσηλεία ασθενών που είχαν υποστεί σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις και λειτούργησαν από το 1887. Στη χώρα μας, η στενή παρακολούθηση των βαρειά πασχόντων ασθενών ακολούθησε την ίδια μεθοδολογία όπως και στις άλλες χώρες μέχρι το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Η κίνηση ανάπτυξης των ΜΕΘ στην Ελλάδα ουσιαστικά, άρχισε στη δεκαετία 1960-1970<sup>4</sup>.

Σημαντικοί παράγοντες στην αναδιοργάνωση της εντατικής φροντίδας στα νοσοκομεία ήταν: η μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των νοσοκομείων και η αύξηση της σύνδεσης του πληθυσμού των ασθενών. Στην αυξημένη χρήση των νοσοκομείων συνετέλεσε η μετατροπή των μεγάλων παραδοσιακών θαλάμων σε μικρότερους χώρους, ανυψώνοντας διαχωριστικό τείχος, με σκοπό την εξασφάλιση μοναχικότητας στους βαρειά πάσχοντες ασθενείς. Εξίσου σημαντικός παράγοντας ήταν και η θέσπιση της ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης, η οποία έδινε τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να νοσηλεύονται σε μονόκλινα και δίκλινα δωμάτια. Παράλληλα, η αρχιτεκτονική δομή των νοσοκο-

μείων είχε ήδη συγχρονιστεί με τις επικρατούσες τάσεις.

Ως προς την αύξηση της σύνδεσης του πληθυσμού των αρρώστων, οι εκτεταμένες επεμβάσεις, η ταχεία έγερση των ασθενών και η δυναμική χρήση των αντιβιοτικών με τις γνωστές παρενέργειές τους, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό, για την πολυπλοκότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>5</sup>

Η προσφερόμενη φροντίδα που παρείχαν κατά το παρελθόν οι νοσηλευτές στους βαρειά πάσχοντες ασθενείς προανήγγειλε την εισαγωγή της φροντίδας επικεντρωμένης στον άρρωστο. Οι ΜΕΘ στη δεκαετία του 1960-1970 αυξάνονταν με ταχύ ρυθμό, ενώ ο τύπος της φροντίδας όπως είχε εμφανιστεί στη δεκαετία του 1950-1960 άρχισε να ξεχνιέται. Η άγρυπνη παρακολούθηση των ασθενών αντικαταστάθηκε από τη σύγχρονη τεχνολογία. Έτσι, η φροντίδα των βαρειά πασχόντων ασθενών μπήκε στο βασίλειο των μηχανών, ενώ η παρακολούθηση και η εμπειρία των νοσηλευτών επισκιάστηκε από τις πληροφορίες και τα δεδομένα της υψηλής τεχνολογίας<sup>6</sup>.

### Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες ΜΕΘ

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο η ταχεία ανάπτυξη των ιατρικών ειδικοτήτων σε συνδυασμό και με την τεχνολογική εξέλιξη έκαναν επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας υποστηρικτικών ευκολιών που προοδευτικά εξελίχθηκαν στις σημερινές ΜΕΘ.

Σήμερα, ο τρόπος παροχής της φροντίδας στις ΜΕΘ έχει αλλάξει ριζικά. Η σύγχρονη νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία καλύπτει με επιτυχία όλο το φάσμα των παθολογικών και χειρουργικών ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν ελάχιστη ή καθόλου ελπίδα για να ζήσουν.

Στη σύγχρονη εποχή μας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, τα εδισμένα από τις ουσίες βρέφη και τον αυξανόμενο αριθμό των θυμάτων του AIDS καθιστούν απαραίτητη την ανάγκη της εξειδικευμένης φροντίδας όσο ποτέ άλλοτε. Και καθώς οι επικρατούσες τάσεις προβλέπουν συρρίκνωση των νοσοκομειακών κρεβατιών, εκτιμάται ότι στο άμεσο μέλλον τα νοσοκομειακά κρεβάτια θα καταλαμβάνονται μόνο από βαρειά πάσχοντες ασθενείς, ενώ τα νοσοκομεία θα μετατραπούν σε μεγάλες ΜΕΘ. Πράγματι, η ΜΕΘ είναι η πιο σύνδετη κλι-

νική περιοχή που μεταδίδει πλούσια γνώση και με ταχύ ρυθμό, όσο καμιά άλλη ειδικότητα<sup>7</sup>.

Η νοσηλευτική, στην προσπάθειά της να συγχρονιστεί με το ρυθμό των εκκρηκτικών εξελίξεων και αλλαγών κάνει συνεχείς προσαρμογές στα θεωρητικά και κλινικά νοσηλευτικά προγράμματα, με στόχο τη διεύρυνση της βάσεως των θεωρητικών γνώσεων, την ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων, την καλλιέργεια δημιουργικής και ευέλικτης κρίσης, ώστε να είναι ικανοί οι νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους βαρείς ασθενείς που εισάγονται στις ΜΕΘ με επείγουσες και κρίσιμες παθολογικές καταστάσεις.

Η ανάπτυξη ειδικότητας Νοσηλευτικής Εντατικής Νοσηλείας παρέχει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα απόκτησης εξειδικευμένης γνώσης. Σήμερα στις ΗΠΑ η Ένωση Νοσηλευτών Εντατικής Νοσηλείας περιλαμβάνει περισσότερα από 70.000 μέλη και θεωρείται διεθνώς η πολυπληθέστερη ειδικότητα μεταξύ των άλλων ειδικοτήτων<sup>8</sup>.

### **Η αντίδραση του αρρώστου στο περιβάλλον της ΜΕΘ**

Τα κυριότερα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την εισαγωγή του ασθενή στη ΜΕΘ είναι: η κρίσιμη και σοβαρή κατάστασή του, η παροχή εντατικής νοσηλείας και η ανάγκη για μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του με τη βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας, που διαθέτουν σήμερα οι σύγχρονες ΜΕΘ.

Όμως, παρά τη γενική αναγνώριση, ότι η δεδικτική συμβολή των ΜΕΘ με τη σύγχρονη και προηγμένη φροντίδα που παρέχουν σώζουν από βέβαιο θάνατο πολλές ανδρώπινες ζωές, το περιβάλλον τους έχει γίνει αντικείμενο σοβαρής μελέτης στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι ερευνητές εστιάζουν την προσοχή τους σε εγγενείς παράγοντες που αναπόφευκτα υπάρχουν στη ΜΕΘ και λειτουργούν αρνητικά στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών<sup>9</sup>.

Ο ασθενής στο μηχανιστικό περιβάλλον της ΜΕΘ δέχεται συνεχώς την αρνητική επίδραση του παράξενου μηχανισμού, το εκθαμβωτικό φως που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των διαφόρων επεμβάσεων, τον εκνευριστικό θόρυβο από τη λειτουργία των μηχανημάτων, τις δυσσομίες και το συνεχιζόμενο σε όλο το 24ωρο φωτισμό<sup>10</sup>.

Οι αναφερόμενοι παράγοντες, συνδυαζόμενοι με τις επεμβατικές διαδικασίες, την έλλειψη μονα-

χικότητας, τον αποχωρισμό του αρρώστου από τους οικείους του και την ακινησία, συνδέτουν τις πιο σοβαρές αιτίες που φυγαδεύουν την ψυχία, την ηρεμία και τον ύπνο του ασθενή. Ακόμη, το περιβάλλον στερεί τον ασθενή από τα φυσιολογικά ερεθίσματα, ενώ τον βομβαρδίζει με πληθώρα ερεθισμάτων που του αυξάνουν το stress<sup>11</sup>.

Οι Gardner και Stewart<sup>12</sup> περιγράφουν πολύ χαρακτηριστικά την επίδραση που ασκεί το περιβάλλον της ΜΕΘ στον άρρωστο λέγοντας: η πραγματικότητα στις ΜΕΘ επικαλύπτεται και το άτομο αβέβαιο προσπαθεί να εξηγήσει, αν η εμπειρία που βιώνει είναι αληθινή ή πρόκειται για εφιάλτη. Οι ανεξήγητοι ήχοι παρερμηνεύονται από τον ασθενή και μπορεί να θεωρηθούν ψευδαισθήσεις ή φρεναπάτες. Παράλληλα, γνώριμα ορατά και ακουστικά ερεθίσματα σκοτεινιάζουν, από την ασυνήθιστη θέα και τον ήχο των μηχανημάτων. Οι ίδιοι συγγραφείς προσδέτουν ότι, η φυσική και κοινωνική απομόνωση αυξάνει και τούτο γιατί η τεχνολογία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, ενώ η ανθρωπίνη επαφή μειώνεται σημαντικά. Στη μελέτη του Asbury's<sup>13</sup> αναφέρεται ότι οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ διατηρούν τρομερές αναμνήσεις από τις εμπειρίες που βίωσαν στο μηχανιστικό περιβάλλον της. Επίσης παροτρύνει τους νοσηλευτές να επαγρυπνούν στις ανάγκες των αρρώστων, οι οποίοι δυσκολεύονται να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα, ότι η επιβίωσή τους θα εξαρτάται στο εξής από τη λειτουργία των μηχανημάτων.

Καθήκον υψηλής προτεραιότητας για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ είναι η προσεκτική αξιολόγηση των παθοφυσιολογικών και ψυχολογικών ευρημάτων του ασθενή, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του νοσηλευτικού προγράμματος, που στοχεύει στη βελτίωση ή και την πλήρη αποκατάσταση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του.

### **Η αντίδραση των συνοδών στο περιβάλλον της ΜΕΘ**

Σήμερα, με την ταχύτητα που οι πληροφορίες μέσα από τα μέσα ενημέρωσης περνούν στο κοινό, είναι δύσκολο να βρεθούν άνθρωποι που να μην έχουν δει το περιβάλλον της ΜΕΘ ή ακούσει για το σκοπό και τις δραστηριότητες που επιτελούνται σ' αυτές.

Όμως, παρά την ενημέρωση και σε κάποιο βαθμό την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων αναφορικά με τις ΜΕΘ, όταν τα ίδια τα άτομα ως επισκέπτες ή συνοδοί των ασθενών αντικρύζουν το περιβάλλον της ΜΕΘ με τον περίεργο εξοπλισμό της και τον άρρωσπό τους εξαρτημένο κυριολεκτικά από τα υποστηρικτικά συστήματα ζωής, το άγχος τους αυξάνει.

Οι περισσότεροι ασθενείς των ΜΕΘ συνδεδεμένοι με αναπνευστήρες, μόνιτορς και με ποικίλες άλλες συσκευές και σωλήνες, είναι δύσκολο να αναγνωριστούν, ακόμη και από τους στενούς συγγενείς τους. Συνήθως, όταν καταστροφικό γεγονός απειλήσει τη ζωή του αρρώστου κινητοποιούνται με ταχύ ρυθμό όλα τα υποστηρικτικά μέσα για τη διάσωσή του και πολύ συχνά οδηγείται στη ΜΕΘ. Το προσωπικό της ΜΕΘ, πάντοτε, δίνει προτεραιότητα στη διάσωση της ζωής του αρρώστου, ενώ οι ανάγκες της οικογένειας παραμερίζονται. Σήμερα αναγνωρίζεται, ότι η εισαγωγή μέλους της οικογένειας στη ΜΕΘ, επηρεάζει ή και διακόπτει καθιερωμένες οικογενειακές ανάγκες, ρόλους και δομές. Ακόμη και οι πιο οργανωμένες οικογένειες εκδηλώνουν φόβο, άγχος και πολύ συχνά οδηγούνται σε χάος<sup>14</sup>.

Σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση, στο σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνεται και η φροντίδα της οικογένειας, αν πραγματικά επιθυμούμε να βοηθήσουμε την οικογένεια να ανακουφιστεί από τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της οικογενειακής κρίσεως που προκάλεσε η εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ. Άλλωστε, σήμερα γνωρίζουμε ότι η υποστηρικτική στάση της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει θετικά την πορεία της ανάρρωσης του αρρώστου ή και αντίστροφα όπως πολύ περιεκτικά περιγράφεται στη συνέχεια.

Η θετική διαπροσωπική σχέση του προσωπικού των ΜΕΘ με την οικογένεια, μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του άγχους, στην αύξηση της σιγουριάς, στην καλύτερη συνεργασία, στο βελτιωμένο διάλογο, στην αμοιβαία κατανόηση, στη συμπάθεια και στη βελτίωση της φροντίδας του αρρώστου. Ενώ τα αποτελέσματα ανεπαρκούς ή αποτυχημένης σχέσης μπορεί να οδηγήσουν στην αύξηση του άγχους, του φόβου, της παρεξήγησης, της καχυποψίας, της εχθρότητας και της ανεπαρκούς πληροφόρησης της οικογένειας για την κατάσταση της πορείας του αρρώστου με συνέπεια

τη θετική ή αρνητική επίδραση στην κατάσταση του αρρώστου<sup>15</sup>.

### Η δέση των νοσηλευτών στις ΜΕΘ

Η περιοχή της εντατικής φροντίδας απαιτεί από τους νοσηλευτές αυξημένη ετοιμότητα στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα όταν προκύπτουν ξαφνικά κρίσιμες καταστάσεις από απρόβλεπτες μεταβολές στην πορεία του αρρώστου.

Πολύ συχνά, η κρίσιμότητα αυτή κάνει έκκληση για άμεση δράση, η οποία μπορεί να συντελέσει στη λύση ή όχι της κρίσης. Π.χ. σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής, μαζικής αιμορραγίας κ.ά., η ανάγκη να ληφθεί σοβαρή απόφαση μέσα σε λίγα λεπτά ή δευτερόλεπτα είναι επιτακτική. Τέτοιες καταστάσεις δεν περιμένουν για ακύρωση αποφάσεων, αναζήτηση συμβουλών από συναδέλφους ή αναμονή νέων ιατρικών οδηγιών. Για τις αποφάσεις που παίρνουν οι νοσηλευτές σ' αυτές τις περιπτώσεις, είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι και υπόλογοι<sup>16</sup>.

Στην περιοχή της κρίσιμης φροντίδας, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ευθύνες, που άλλοτε ανήκαν στους γιατρούς. Στην πραγματικότητα όμως, οι επιπρόσθετες ευθύνες κάνουν τη λήψη αποφάσεων, που πρέπει να πάρουν, περισσότερο σύνθετη και πολύπλοκη.

Πολλοί συγγραφείς της νοσηλευτικής, θεωρούν τη λήψη αποφάσεως, ως την κυριότερη λειτουργία της κλινικής νοσηλευτικής άσκησης. Όμως, για την ταχεία απόφαση που παίρνεται στην περιοχή της κρίσιμης φροντίδας, διατηρείται σιωπή σ' ολόκληρη τη βιβλιογραφία.

Τελευταία, με την εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, η έμφαση δίνεται στο ολιστικό νοσηλευτικό μοντέλο της φροντίδας, το οποίο πιστεύεται ότι αυξάνει το stress των νοσηλευτών, επειδή καλύπτει όχι μόνο τις βιολογικές και κοινωνικές αλλά και τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών<sup>17</sup>.

Το stress χαρακτηρίστηκε ως «νόσος», του 20ού αιώνα. Και η νοσηλευτική βρέθηκε περισσότερο ευάλωτη στο stress από τις άλλες επιστήμες υγείας, ενώ οι νοσηλευτές των ΜΕΘ κατατάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου για stress.

Και τούτο γιατί σε πολλές περιπτώσεις οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ παρέχουν τη φροντίδα τους βέβαιοι, ότι δεν θα νιώσουν ικανοποίηση από την

ανάρρωση ενός μεγάλου αριθμού ασθενών, αφού ο δείκτης θνητότητας είναι πολύ υψηλότερος στις ΜΕΘ από τις υπόλοιπες περιοχές του νοσοκομείου. Επιπλέον, σχεδόν καθημερινά, αναφέρονται διλήμματα που σχετίζονται με κρίσιμες αποφάσεις, όπως μέχρι ποιού σημείου θα πρέπει να συνεχιστεί η φροντίδα; Πρέπει ή όχι να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αιμοδιάλυση κ.ά.; Τελικά, ο ρόλος των νοσηλευτών, αναφορικά με τα ηθικά θέματα στο χώρο της ΜΕΘ, επεκτείνεται, μεταβάλλεται και γίνεται όλο και πιο σύνθετος<sup>18</sup>.

Η ανάγκη να υποστηριχθούν ψυχολογικά οι νοσηλευτές, προκύπτει από το γεγονός, ότι η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας δεν εξαρτάται μόνο από τη θεωρητική γνώση και την αποτελεσματικότητα των τεχνικών δεξιοτήτων, αλλά κυρίως, από την ψυχολογική τους λειτουργία.

Για την προστασία των νοσηλευτών από τα στρεσογόνα αίτια των ΜΕΘ προτείνονται τα ακόλουθα μέτρα:

1. Τακτικές ομαδικές συναντήσεις για ανταλλαγή απόψεων.
2. Περιοδικές μετακινήσεις σε άλλες Μονάδες.
3. Επαρκής στελέχωση.
4. Κατανόηση των προβλημάτων από μέρους της νοσηλευτικής διοίκησης.
5. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
6. Ρύθμιση του χρόνου εργασίας.
7. Επιλογή προσωπικού.
8. Τεχνικές χαλάρωσης και ασκήσεις.
9. Κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας για την αντιμετώπιση του stress κ.ά.<sup>19</sup>.

Αναφέρεται ακόμη ότι η γνώση και η εμπειρία είναι τα πιο δυναμικά μέσα για τη μείωση του stress. Πιο αισιόδοξες απόψεις εκτιμούν, ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ αμείβονται υπό τους όρους ότι παρέχουν τη φροντίδα τους στο ανθρώπινο πλάσμα όταν αυτό βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης. Επιπλέον, κατέχουν εξειδικευμένες γνώσεις και αναπτυγμένες δεξιότητες, γεγονός, που αυξάνει την αυτοεκτίμησή τους.

Οι νέες τάσεις που κυριαρχούν στην περιοχή της εντατικής φροντίδας, δείχνουν ότι η αυτονομία της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προωθείται συνεχώς και ότι βασίζεται στα ευρήματα της σύγχρονης έρευνας και όχι σε παραδοσιακούς αυτοσχεδιασμούς<sup>20</sup>.

Τα τελευταία χρόνια η νοσηλευτική υποβάλλεται σε συνεχείς αλλαγές στον τρόπο παροχής της

φροντίδας, με την ελπίδα ότι οι σύγχρονες και μελλοντικές γενιές των νοσηλευτών, εκτός από την άρτια εκπαίδευσή τους, θα είναι δημιουργικοί, ενδουσιώδεις και θα αποτελούν πηγή γνώσεως.

Άλλωστε, η επιτυχημένη αντιμετώπιση των σημερινών νοσηλευτικών προβλημάτων, θα εξασφαλίσει υψηλά επίπεδα φροντίδας των αυριανών ασθενών μας.

## Nursing in the modern Intensive Care Units

Plati Ch.

### Summary

*This brief review examines the developing steps of the traditional nursing critical care leading towards the modern Intensive Care Units (ICU). Moreover, several negative factors within ICU surrounding influencing the patient, his family and the nursing staff are also discussed.*

### Βιβλιογραφία

1. Briggs D.: "Critical care nurses' roles - traditional or expanded / extended" *Intensive Care Nursing* 7: 223, 1991.
2. Hayes E.: "Needs of family members of critically ill patients - A Northern Ireland perspective" *Intensive Care Nursing* 6: 25, 1990.
3. Λανάρα Β.: *Τα Εκατό Χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του «Ευαγγελισμού» 1875-1975*, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 1978.
4. Παπαδαντωνάκη Α.: «Μονάς Εντατικής Θεραπείας» *Πρακτικά Β' Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΣΔΝΕ* Αθήνα, 1969.
5. Fairman J.: "Watchful Vigilance: Nursing Care Technology, and the Development of Intensive Care Units" *Nursing Research* 41: 58, 1992.
6. Lawrence J.: "The Nurse should consider critical ethical issues". *J Adv Nurs* 7: 223, 1982.
7. Coombs M.: "Motivational strategies for intensive care nurses" *Intensive Care Nursing* 7: 114, 1991.
8. Fondiller S.: "Critical Care Nursing: Action On the Western Front" *Am J Nurs* 91: 56, 1991.
9. Burnard P.: "Self awareness and intensive care nursing" *Intensive Care Nursing* 4: 67, 1988.
10. Dunaway P.: "Decisions to discontinue intensive therapy influencing factors and approaches to decision - making" *Intensive Care Nursing* 4: 106, 1988.

11. Mann R.: "Preserving humanity in an age of technology" *Intensive Care Nursing* 8: 54, 1992.
12. Gardner D., Stewart N.: "Staff involvement with families of patients in critical care units" *Heart Lung* 7: 105, 1978.
13. Asbury J.: "Patient's memories and reactions to intensive care". *Care of Critically Ill* 1: 12, 1985.
14. McIvor D., Thompson F.: "The Self-perceived needs of family members with a relative in the intensive care unit (ICU)" *Intensive Care Nursing* 4: 139, 1988.
15. Bouman C.: "Self-Perceived Needs of Family Members of Critically Ill Patients" *Heart Lung* 13: 294, 1984.
16. Hague C.: "Caring can damage your health" *Intensive Care Nursing* 3: 28, 1987.
17. Goodwin H.: "A guide to planning critical care unit" *J Nurs Admin* 9: 20, 1979.
18. Oskins L.: "Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses" *Heart and Lung* 8: 953, 1979.
19. Eastham K.: "Dealing with bereavement in critical care" *Intensive Care Nursing* 6: 185, 1990.
20. Field D.: "Communication with dying patients in coronary care units" *Intensive Care Nursing* 8: 24, 1992.