



**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΓΝΩΣΕΙΣ / ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ
ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ».**

**ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΙΟΥΛΙΑ
ΕΞΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΑΝΤΩΝΙΟΣ Ν. ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ

Πάτρα, 2018

**ΓΝΩΣΕΙΣ / ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΙΑ
ΘΕΜΑΤΑ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ

2. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

3. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον εποπτεύοντα καθηγητή μας κύριο Αντώνιο Κεφαλιακό για τη βοήθεια και την υποστήριξη στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Για πολλούς βαρέως πάσχοντες οι ΜΕΘ αναμφίβολα σώζουν ζωές. Τέτοια παραδείγματα αφορούν ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων, πολυτραυματίες, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, σύνδρομο Guilain Barret κ.ά. Επίσης, η επιλεγμένη εισαγωγή ασθενών υψηλού κινδύνου, όπως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, συνοδεύεται από μικρή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των γνώσεων και των απόψεων των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τα θέματα ασφάλειας σε ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Μεθοδολογία: για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο απαρτιζόταν από είκοσι τέσσερις (24) ερωτήσεις . Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 104 νοσηλευτές Η φόρμα συλλογής απαντήσεων και έγινε λήψη του αρχείου excel δίνεται ως έξοδος από το Google Docs και τα δεδομένα εισάχθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα διατήρησαν μια ουδέτερη προς θετική στάση στο ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών και θεωρούν πως πιθανών η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς. Οι νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού ενώ η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των νοσηλευτών συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς και συμφώνησαν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά: μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλευτική, προσωπικό ΜΕΘ

ABSTRACT

Introduction: For many heavy sufferers, ICU undoubtedly save lives. Such examples include patients following cardiac surgery, organ transplants, multiple trauma, drug poisoning, Guillain Barret syndrome, and others. Also, the selected introduction of high-risk patients, such as post-operative patients, is accompanied by mild morbidity and mortality.

Purpose: The purpose of this work is to study the knowledge and opinions of nursing students about the safety issues in patients of the Intensive Care Unit.

Methodology: A structured questionnaire was used to implement the study and consisted of twenty-four (24) questions. The sample of this survey consists of 104 nurses The answer collection form and download of the excel file is given as exit from Google Docs and the data was entered in the IBM SPSS statistical program

Conclusions: The nurses who took part in the research maintained a neutral to positive attitude in that the MEEs. have the potential to hospitalize patients of all needs and consider that the possibility of family involvement in patient care at ICU is a traumatic experience for them

The nurses agreed that the Meth. of our country are facing problems of lack of consumables, while the operation of the MEET is weak in the continuous monitoring of vital signs.

The majority of the sample of nurses agreed that the operation of the MEH presents gaps and weaknesses in the patient's individual hygiene potential and agreed that the MPH practitioners often experience a professional burnout syndrome.

Key words: intensive care unit, nursing, ICU staff

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	10
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	10
1.3 ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ.....	11
1.4 ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ	11
1.5 Ο ΧΩΡΟΣ ΣΤΗ ΜΕΘ	12
1.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	13
1.7 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	13
1.8 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΘ	14
1.9 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	17
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΜΕΘ.....	17
2.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	17
2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΕΘ	18
2.3 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ	19
2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ	21
2.5 ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΘ.....	21
2.5.1 ΜΗ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ Η ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	21

2.5.2 ΜΗ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	22
2.5.3 ΚΟΙΝΑ ΕΝΑΝΤΙ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ	23
2.5.4 Η ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΔΙΠΛΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	24
2.6 ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	26
ΑΡΧΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	26
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	26
3.2. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	26
3.5. ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	29
ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....	29
4.1. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	29
4.2 ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	29
4.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ	31
4.4 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	35
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	35
5.1 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	35
5.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
5.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	38
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	38
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αποτελεί ένα πολύ απαιτητικό περιβάλλον στο χώρο του νοσοκομείου, με τον βαριά πάσχοντα ασθενή να έχει ανάγκη από εξειδικευμένη και εντατική φροντίδα και την ομάδα φροντίδας υγείας να καλείται να αντιμετωπίσει ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, στοχεύοντας πάντα στη συντονισμένη και ολιστική φροντίδα.

Η ΜΕΘ είναι ένας άγνωστος χώρος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του καθώς δεν έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα ή τις περισσότερες φορές και καθόλου για τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, γεγονός που προκαλεί ιδιαίτερο άγχος και αβεβαιότητα για την πορεία της υγείας του ασθενή. Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ δημιουργείται μια ανισορροπία στο σύστημα της οικογένειας. Οι ρόλοι και οι λειτουργίες των μελών της οικογένειας διαταράσσονται με αποτέλεσμα τα μέλη να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν, όπως θα έπρεπε, σε καταστάσεις άγχους. Οι βασικές συναισθηματικές και φυσικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται ενώ μπορεί να προκύψουν νέες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί αυτόνομο τμήμα, που απαιτεί τη συνεργασία εξειδικευμένων λειτουργών υγείας και τη χρησιμοποίηση εξελιγμένης τεχνολογίας για την παροχή εντατικής φροντίδας στο βαριά πάσχοντα ασθενή. Ο νοσηλευτής ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από εξειδικευμένη κλινική γνώση και εμπειρία για να μπορέσει να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα στο ρόλο του (Varjus et.al.2003).

Η εντατική θεραπεία (Intensive care medicine or critical care medicine) είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ' εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Περιλαμβάνει επίσης την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών, είτε από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, είτε από έξω. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) είναι ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαρείες κακώσεις ή επιπλοκές (Suominen et.al.2001).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 αναπτύχθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των αρρυθμολογικών επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Στη δεκαετία 1970-80 οι Gram (-) λοιμώξεις, η σήψη και η σηπτική

καταπληξία και η βαρύτητα ΑΣΚΗΣΗ 4 50 Άσκηση 4 των εκδηλώσεών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται. Στο διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας. Σήμερα, η εντατική θεραπεία είναι ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων τα οποία έχουν ως κοινό παρονομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, τις αναπτυσσόμενες επιπλοκές και την απειλή της ζωής (Hancock et.al.2006).

1.3 ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

Η μακροχρόνιος επιβίωση εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου και επηρεάζεται από τη διάγνωση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές οι οποίες εξαρτώνται από την προηγούμενη κατάσταση υγείας (αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια) και τη βαρύτητα της νόσου για την οποία εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ποιότητα ζωής για τους νέους πολυτραυματίες οι οποίοι μετά τη ΜΕΘ έχουν σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές, καθώς επίσης και δυσκολίες στην εργασία, ή στις κοινωνικές σχέσεις τους. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο τη ΜΕΘ για τη βοήθεια αυτών των ομάδων ασθενών (Ramezani et.al.2009).

1.4 ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Τα συνήθη νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ αφορούν τις παρακάτω νοσολογικές οντότητες: την αντιμετώπιση και ανάνηψη κάθε μορφής καταπληξίας (shock), την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, την αντιμετώπιση του πολυτραυματία ασθενούς, ανεπάρκειες από τα διάφορα οργανικά συστήματα (καρδιαγγειακή, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, οξέα αιματολογικά και επείγοντα γαστρεντερολογικά νοσήματα, οξείες μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες), δηλητηριάσεις, περιβαλλοντικές βλάβες, σοβαρές λοιμώξεις, σήψη, χειρουργικά ορθοπεδικά, γυναικολογικά, νευροχειρουργικά και επείγοντα νευρολογικά περιστατικά, μετεγχειρητικές επιπλοκές, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις,

μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.λπ. Ορθά η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται ως το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει(Manias et.al.2001).

1.5 Ο ΧΩΡΟΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ, βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και τα γεωγραφικά δεδομένα της περιοχής. Με εξαίρεση τις στεφανιαίες μονάδες και τις νεογνικές ΜΕΘ, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς εισάγονται στην εντατική μονάδα του νοσοκομείου και αντιμετωπίζονται από ειδικούς εντατικολόγους. Ο αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ σε ένα νοσοκομείο κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού. Η ΜΕΘ επιβάλλεται να βρίσκεται πλησίον των σχετικά κρίσιμων περιοχών του νοσοκομείου όπως επείγοντα ιατρεία, χειρουργεία. Επίσης, προβλέπεται να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ακτινολογικά εργαστήρια και αξονικό τομογράφο(Currey et.al.2006)

Η ΜΕΘ πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή. Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση. Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκόπια (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα και 3 οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρακωλύεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά (Nelson et.al.2005).

1.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ποσότητα, το είδος και η πολυπλοκότητα των μηχανημάτων παρακολούθησης επηρεάζεται από το μέγεθος και το ρόλο της ΜΕΘ. Τα μόνιτορς θα πρέπει κατά προτίμηση να διαθέτουν δυνατότητες αποθήκευσης και επαναφοράς δεδομένων. Όσον αφορά τη θεραπεία, τα παρακάτω μηχανήματα θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα: ενδοτράχεια διασωλήνωση, ηλεκτρική απινίδωση, βρογχοσκόπηση, προσωρινή βηματοδότηση, σύστημα κλειστής παροχέτευσης θώρακος, καθετηριασμός δεξιών κοιλοτήτων της καρδιάς με τον καθετήρα SWAN-GANZ, συστήματα εξωνεφρικής κάθαρσης. Η στελέχωση της ΜΕΘ περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα και εντατική θεραπεία και του οποίου η ποιότητα πιστοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με τη χορήγηση ειδικού διπλώματος κατόπιν εξετάσεων (European diploma in intensive Care). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πεπειραμένους νοσηλευτές με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων (διασωλήνωσης) και συλλογής αιμοδυναμικών παραμέτρων. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσα από καλά οργανωμένα σεμινάρια και παρακλινική άσκηση. Η αριθμητική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή κυμαίνεται από 1:1 μέχρι 1:2 ανάλογα με τη ΜΕΘ. Οι φυσιοθεραπευτές, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών οργάνων αποτελούν επίσης αναπόσπαστο τμήμα για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ. Οι πρώτοι (Engström et.al.2007)

1.7 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Όπως και να έχουν τα θέματα της ηθικής, η ΜΕΘ δεν παύει να είναι το κομμάτι εκείνο του νοσοκομείου με τις αυστηρότερες τεχνικές προδιαγραφές και τις περισσότερες ανάγκες σε εξοπλισμό, τελευταίας τεχνολογίας. Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται καθημερινά είναι πολλά και η καλή λειτουργία τους είναι απόλυτα αναγκαία για τη ζωή των ασθενών. Στις επόμενες ενότητες θα γνωρίσουμε κάποια από αυτά, θα δούμε τις ιδιαιτερότητές τους και τις δυσκολίες που υπάρχουν για να βρίσκονται σε καλή λειτουργία.

Τα μηχανήματα αυτά είναι:

- Το ιατρικό μόνιτορ

- Ο αναπνευστήρας
- Ο αναλυτής αερίων αίματος

Παρόλα αυτά, στις μονάδες εντατικής θεραπείας υπάρχει πληθώρα άλλων μηχανημάτων (μεταξύ των οποίων για παράδειγμα συγκαταλέγονται τα μηχανήματα τεχνητού νεφρού και οι απινιδωτές) για τη διενέργεια δραστηριοτήτων μεγάλου φάσματος, μεταξύ των οποίων και οι ακόλουθες:

- μηχανική υποστήριξη αναπνοής
- πλήρης αιμοδυναμική παρακολούθηση (καθετηριασμός δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων)
- τοποθέτηση ενδοαορτικής αντλίας
- διαδερμικές τραχειοστομίες
- αιμοκαθάρσεις / αιμοδιηθήσεις
- πλασμαφαιρέσεις
- συνεχής ηπατική κάθαρση (MARS)
- τοποθέτηση θωρακοσωλήνων παροχέτευσης
- εκκενωτικές παρακεντήσεις θωρακικής κοιλότητας
- βρογχοσκοπήσεις
- γαστροσκοπήσεις – κολonosκοπήσεις (Verhaeghe et.al.2007)

1.8 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΘ

Η στελέχωση της ΜΕΘ περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα και εντατική θεραπεία και του οποίου η ποιότητα πιστοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με τη χορήγηση ειδικού διπλώματος κατόπιν εξετάσεων (European diploma in intensive care). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πεπειραμένους νοσηλευτές με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων (διασωλήνωσης) και συλλογής αιμοδυναμικών παραμέτρων. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσα από καλά οργανωμένα

σεμινάρια και παρακλινική άσκηση. Η αριθμητική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή κυμαίνεται από 1:1 μέχρι 1:2 ανάλογα με τη ΜΕΘ.

Οι φυσιοθεραπευτές, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών οργάνων αποτελούν επίσης αναπόσπαστο τμήμα για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ. Οι πρώτοι ασχολούνται με τη φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος και χειρίζονται επίσης τους αναπνευστήρες, οι δεύτεροι έχουν σοβαρό ρόλο στον καθορισμό και την επιλογή των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία, ενώ οι τρίτοι ασχολούνται με τη συντήρηση και ανάπτυξη των πολυσύνθετων ιατρικών μηχανημάτων (αναπνευστήρων, ειδικών μόνιτορς, ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.λπ.) τα οποία είναι απαραίτητα για την παθοφυσιολογική παρακολούθηση των βαρέως πασχόντων. Οι ΜΕΘ, περισσότερο από κάθε τμήμα του νοσοκομείου, αναπτύσσουν ερευνητικά προγράμματα, εκπαιδευτικά σεμινάρια και κλινικές συναντήσεις για την εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων (El-Masri et.al.2007).

1.9 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

Οι Μ.Ε.Θ. ταξινομούνται με βάση:

Α) Το αντικείμενο της κύριας δραστηριότητάς τους. Έτσι έχουμε:

- Μονάδες Θεραπείας, στις οποίες εφαρμόζονται θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την ίαση του ασθενή
- Μονάδες Νοσηλείας, στις οποίες εφαρμόζονται παρεμβάσεις νοσηλείας με στόχο την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών και την επιβίωση του ασθενή.
- Μονάδες Παρακολούθησης, στις οποίες παρακολουθούνται διάφοροι παράμετροι των λειτουργιών του οργανισμού.
- Μονάδες Πολυδύναμες, στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι προαναφερθείσες δραστηριότητες
- Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.), όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική παρακολούθηση και φροντίδα σε ασθενείς που χρειάζονται αυξημένη παρακολούθηση και επαγρύπνηση, χωρίς όμως να απειλείται η ζωή τους. Αποτελούν – ή τουλάχιστο πρέπει να αποτελούν – προέκταση των Μ.Ε.Θ.

Β) Τα νοσήματα των νοσηλευόμενων ασθενών. Έτσι έχουμε:

- Μονάδες Γενικές, που νοσηλεύουν ασθενείς με παθήσεις από όλες τις ιατρικές ειδικότητες
- Μονάδες Χειρουργικές, στις οποίες νοσηλεύονται ασθενείς με παθήσεις από τις αντίστοιχες χειρουργικές ειδικότητες (γενικής χειρουργικής, καρδιοχειρουργικής, νευροχειρουργικής, κ.ά.). Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται διάφοροι τύποι Μ.Ε.Θ., οι κυριότεροι των οποίων είναι οι Γενικής Χειρουργικής, Μετεγχειρητικής Φροντίδας και Ανάνηψης, Νευροχειρουργικής, Καρδιοχειρουργικής και Τραύματος.
- Μονάδες Παθολογικές, στις οποίες νοσηλεύονται ασθενείς που καλύπτονται από τις ανάλογες παθολογικές ειδικότητες (γενικής παθολογίας, πνευμονολογίας, καρδιολογίας, γαστρεντερολογίας, κ.ά.). Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ακόλουθοι τύποι Μ.Ε.Θ.: Γενικής Παθολογίας, Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Καρδιολογικής, Δηλητηριάσεων και Μεταβολισμού.
- Μονάδες Ειδικές, όπου νοσηλεύονται ειδικές περιπτώσεις ασθενών, με πολύ συγκεκριμένα σοβαρά προβλήματα υγείας. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ακόλουθοι τύποι Μ.Ε.Θ.: Παιδιατρικής, Νεογνών και Προώρων, Μεταμοσχεύσεων και Εγκαυμάτων(Faber-Langendoen et.al.1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

2.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Οι νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις στο χώρο εργασίας που απαιτούν ιδιαίτερες ικανότητες. Είναι επίσης κατανοητό ότι αυτές οι καταστάσεις είναι συνήθως ιδιαίτερα στρεσογόνες.

Σε αυτή την πολυπλοκότητα έγκειται και η διαφοροποίηση των νοσηλευτών της Εντατικής Νοσηλευτικής. Οι εργαζόμενοι των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις ικανότητες και αντιμετωπίζουν εξειδικευμένες καταστάσεις εργαζόμενοι σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Όλες οι παραπάνω «ιδιαιτερότητες», αναγάγουν την Εντατική Νοσηλευτική σε καθαρά ανθρωποκεντρική εργασία. Οι νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ αναπτύσσουν αμφίδρομη επαγγελματικά και συναισθηματική σχέση με τους συναδέλφους τους κυρίως γιατί η εξάρτηση και η αλληλεπίδραση στην εργασία είναι η καθημερινότητα. Συνήθως τα περιθώρια αυτονομίας είναι περιορισμένα και οι εργαζόμενοι στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας λειτουργούν ομαδικά και αλληλένδετα (Qyull et.al.2006).

Ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με την αυτονομία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές ,επί το πλείστον, έχουν την ικανότητα να διακρίνουν τα προβλήματα των ασθενών, να αποφασίσουν αυτόνομα και να κάνουν πράξη την απόφασή τους όταν αυτή αφορά την υγεία του ασθενούς και συνήθως να μεταδίδουν την πληροφορία στους ιατρούς αλλά προβληματισμό αποτελεί ότι, σύμφωνα με αυτές τις έρευνες, μικρό ποσοστό των ιατρών λαμβάνει απροκάλυπτα την πληροφορία αυτή ως σωστή. Η αλληλεπίδραση και η συνεργασίας αποτελεί κορωνίδα ώστε μια επαγγελματική ομάδα να λειτουργήσει υπέρ και όχι εναντίον του ασθενούς. Είναι κοινός γνωστό ανάμεσα στους εργαζομένους ότι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας πρέπει να λειτουργούν σαν ρυθμισμένες μηχανές όπου δεν λέγονται πολλά αλλά πράττονται πολλά στον ελάχιστο χρόνο. Ο καθένας γνωρίζει το ρόλο και την εργασία του και αυτή εκτελεί χωρίς χρονοτριβή. Σε μία έρευνα που έγινε σχετικά με τη λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές αναφέρεται ότι παίρνουν

σχεδόν εννέα σημαντικές αποφάσεις για την ορθή φροντίδα του ασθενούς την ώρα. (Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι απαραίτητη η συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση των νοσηλευτών καθώς και η συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων και την οργάνωση του νοσηλευτικού τμήματος που λέγεται Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Desbiens et.al.1997).

2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ο νοσηλευτής που εργάζεται στη ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, αποτελεσματικότητα, να έχει ικανότητες επικοινωνίας, να είναι δημιουργικός και να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ωριμότητα. Επιπλέον, να είναι ειδικευμένος, εκπαιδευμένος και εξοικειωμένος με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας παρέχει ολιστική φροντίδα, σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες(Rier et.al.2000).

Στη ΜΕΘ οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με τη γενική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντος. Η συνεχής και εντατική παρακολούθηση του ασθενούς, που εξασφαλίζεται μέσω της αυξημένης αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών και με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας αποτελεί μία από τις βασικές διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και νοσηλευτικών τμημάτων και ταυτόχρονα αντανακλά το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και δεξιοτήτων ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής ΜΕΘ να ανταποκριθεί με επάρκεια στο ρόλο του. Σε χώρες της Ευρώπης το σύστημα εκπαίδευσης στις ΜΕΘ ποικίλλει όπως ποικίλλει και το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών ανά χώρα. Στην εξάσκηση της νοσηλευτικής μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, με τους νοσηλευτές στη Σουηδία και την Ελβετία, γενικά να εκτελούν περισσότερες παρεμβάσεις σε σχέση με την Αγγλία και τη Γερμανία (Cornock , 1998).

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα μελετών που να διερευνούν το ρόλο του νοσηλευτή στη ΜΕΘ.

Η Papathanassoglou et al 2005, σε μελέτη 803 νοσηλευτών από 53 ΜΕΘ, παρατήρησε μέτριου και χαμηλού βαθμού αυτονομία των Ελλήνων νοσηλευτών ΜΕΘ, σχετικά με την εκτέλεση τεχνικών δεξιοτήτων ή τη λήψη κλινικών αποφάσεων αντίστοιχα.

2.3 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΑΣΘΕΝΩΝ 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 διασωληνωμένοι 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». 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.

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. Ομοίως σε προοπτική μελέτη σχετικά με τον τρόπο που βιώνουν οι διασωληνωμένοι ασθενείς τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, η

σοβαρότητα της ασθένειας 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. 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 ακριβώς 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 . 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(Varjus et.al.2003).

2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Ο νοσηλευτής μέσο 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-ερευνήτης η Patricia Azoulay, μελέτησε πλήθος παραμέτρων που αφορούν την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς της ΜΕΘ, και δημοσίευσε τα αποτελέσματα της σε ένα βιβλίο με τίτλο «care to communicate» Στην έρευνα της η Azoulay 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 (Azoulay et.al.2000)

2.5 ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

2.5.1 ΜΗ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ Η ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ENANTI ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής στη ΜΕΘ δεν πρέπει να συγχέεται με την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Στην ευθανασία, ο ιατρός, διά των πράξεων (ενεργητική) ή των παραλείψεων του (παθητική), αποσκοπεί στο θάνατο του ασθενούς. Το ίδιο ισχύει και για την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, όπου ο ιατρός προμηθεύει τον

ασθενή με θανατηφόρο φάρμακο, γνωρίζοντας ότι ο τελευταίος θα το χρησιμοποιήσει για να αυτοκτονήσει. Αντιθέτως, με τη μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής στη ΜΕΘ ο ιατρός αποσκοπεί στην ανακούφιση του ασθενούς από το φορτίο της ψυχοσωματικής ταλαιπωρίας που επισωρεύουν οι ανώφελες επιθετικές θεραπείες, ενώ ο θάνατος επέρχεται ως φυσική και αναπότρεπτη συνέπεια της προόδου της υποκείμενης νόσου (Gunningberg et.al.2004).

2.5.2 ΜΗ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της αγωγής είναι ηθικά ισοδύναμες. Ο ίδιος λόγος που υπαγορεύει τη μη εφαρμογή μιας θεραπείας – η δυσανάλογη προς το αναμενόμενο όφελος ταλαιπωρία που συνεπάγεται για τον ασθενή – υπαγορεύει και τη διακοπή της, εφόσον χορηγείται ήδη.⁷ Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η μη κλιμάκωση της αγωγής είναι ψυχολογικά και συναισθηματικά ευκολότερη για τους ιατρούς από τη διακοπή της. Πρώτον, αισθάνονται ότι η απόφαση διακοπής της αγωγής συνδέεται αμεσότερα με την επέλευση του θανάτου, άρα είναι πιο βαρυσήμαντη και υπεύθυνη. Δεύτερον, αντιλαμβάνονται τη διακοπή της αγωγής ως κάτι ενεργητικό, ενώ τη μη κλιμάκωση ως κάτι παθητικό. Τρίτον, δεσμεύονται από τις ελπίδες και τις προσδοκίες που δημιουργεί στους συγγενείς του ασθενούς η έναρξη μιας θεραπείας και είναι απρόθυμοι να τη διακόψουν, ενώ αισθάνονται ανετότερα απλά να μην την κλιμακώσουν. Η ψυχολογική και η συναισθηματική διαφορά αντανακλά τα διαφορετικά κλινικά επακόλουθα των δύο πρακτικών. Μετά από τη διακοπή της αγωγής, ο θάνατος επέρχεται ταχέως.

Μετά από τη μη κλιμάκωση, μπορεί να καθυστερήσει. Οι ψυχολογικές και οι συναισθηματικές συνιστώσες της απροθυμίας των ιατρών να διακόψουν την αγωγή είναι κατανοητές, αλλά η παγίωση της διάκρισης μη κλιμάκωσης και απόσυρσης μπορεί να αποβεί επικίνδυνη. Οδηγεί όχι μόνο στην υπερθεραπεία καταληκτικών ασθενών, μέσω της συστηματικής αποφυγής οποιασδήποτε απόσυρσης αγωγής, αλλά, κατά τρόπο λιγότερο προφανή, και στην υποθεραπεία ασθενών στους οποίους η αγωγή είναι δυναμικά ωφέλιμη. Το τελευταίο συμβαίνει επειδή ο ιατρός διστάζει να αρχίσει μια αγωγή, όταν γνωρίζει ότι θα του είναι δύσκολο να τη διακόψει. Ανησυχώντας μήπως παγιδευτεί στη μάταιη εφαρμογή της επί μακρόν, επιλέγει να

μην την παράσχει καθόλου. Όμως, πολλές φορές, ο μόνος τρόπος να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας είναι η δοκιμή της.⁷ Επομένως, είναι σωστότερο να αρχίσει μια θεραπεία και όταν φανεί ότι δεν αποδίδει να διακοπεί, παρά να ανασταλεί εξ αρχής (Moore et.al.2004).

2.5.3 ΚΟΙΝΑ ΕΝΑΝΤΙ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Η διάκριση ανάμεσα σε κοινά (ordinary) και "υπερβολικά" θεραπευτικά μέσα είναι πολύ παλιά. Οι απαρχές της τοποθετούνται σε ρωμαιοκαθολικές διδασκαλίες του 16ου αιώνα. Σύμφωνα με τους ορισμούς που πρότεινε το 1951 ο ιησουΐτης θεολόγος G. Kelly, ως κοινά (συνήθη, ordinary) ορίζονται όλα τα φαρμακευτικά, χειρουργικά ή άλλα ιατρικά μέσα για τα οποία υπάρχει βάσιμη ελπίδα ότι θα είναι επωφελή και των οποίων η χρήση δεν συνεπάγεται υπερβολικό άλγος ή άλλη ενόχληση. Ως υπερβολικά (ασυνήθη, εξαιρετικά, extraordinary) ορίζονται τα μέσα με τις ακριβώς αντίθετες ιδιότητες. Μια θεραπεία κατατάσσεται στη μια ή την άλλη κατηγορία με μόνο κριτήριο το όφελος που προσφέρει σε σχέση με την ταλαιπωρία που συνεπάγεται, στη συγκεκριμένη περίπτωση και στο συγκεκριμένο ασθενή. Συνεπώς, η διαίρεση των θεραπευτικών μέσων σε κοινά και υπερβολικά δεν είναι ούτε δεδομένη ούτε σταθερή.

Για παράδειγμα, ο μηχανικός αερισμός μπορεί να συνιστά κοινό μέσο σε κάποια φάση της ασθένειας και υπερβολικό σε ένα μετέπειτα στάδιό της. Έχει βρεθεί ότι οι ιατροί τείνουν να αποσύρουν θεραπείες που θεωρούν σύνθετες, επεμβατικές και δαπανηρές (π.χ. μηχανικός αερισμός, εξωνεφρική κάθαρση), ενώ επιμένουν να χορηγούν εκείνες που αντιλαμβάνονται ως απλές, φθηνές και μη επεμβατικές (π.χ. αντιβιοτικά, παρεντερική ενυδάτωση και θρέψη, σίτιση διά ρινογαστρικού σωλήνα). Έτσι, αποκρυσταλλώνεται μια διάκριση των θεραπευτικών μέσων σε «ηρωικά» και σε μέσα ρουτίνας. Η διάκριση αυτή εξωτερικά μοιάζει να αντιστοιχεί στη διάκριση κοινών και υπερβολικών μέσων που αναπτύχθηκε παραπάνω, αλλά, βαθύτερα εξεταζόμενη, αποτελεί στρέβλωσή της και είναι ηθικά ανυπόστατη. Κριτήριό της δεν είναι η σχέση οφέλους/ταλαιπωρίας, αλλά ενδογενή χαρακτηριστικά των θεραπειών. Κάθε θεραπεία, όσο απλή και συνηθισμένη κι αν φαίνεται, προσθέτει στον ασθενή ένα επιπλέον φορτίο ταλαιπωρίας, το οποίο πρέπει να ζυγίζεται με το όφελος. Εάν

υπερέχει η ταλαιπωρία, η θεραπεία πρέπει να μην εφαρμόζεται ή να διακόπτεται (Lee YH et.al.2003).

2.5.4 Η ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΔΙΠΛΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η αρχή του διπλού αποτελέσματος (principle of double effect) προέρχεται επίσης από τη μεσαιωνική ρωμαιοκαθολική θεολογία. Ορίζει ότι μια πράξη που έχει δύο πιθανά αποτελέσματα, ένα καλό και ένα κακό, είναι ηθικά επιτρεπτή εφόσον (α) δεν είναι καθεαυτή ανήθικη, (β) αποσκοπεί μόνο στο καλό αποτέλεσμα, ενώ το κακό προβλέπεται αλλά δεν σκοπεύεται, (γ) δεν επιτυγχάνει το καλό αποτέλεσμα μέσω του κακού και (δ) επιβάλλεται από ένα λόγο τόσο σοβαρό και σπουδαίο, που δικαιολογεί τον κίνδυνο του κακού αποτελέσματος. Στην προτελευταία φάση, η χορήγηση οπιούχων ή άλλων κατασταλτικών φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου και της δύσπνοιας ενέχει τον κίνδυνο της επίσπευσης του θανάτου λόγω καταστολής του αναπνευστικού κέντρου ή αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Ωστόσο, σύμφωνα με την αρχή του διπλού αποτελέσματος, είναι επιτρεπτή, αφού αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και όχι στη θανάτωση του ασθενούς, ενώ ο λόγος που την επιτάσσει (το βασανιστικό βίωμα του ασθενούς) είναι αρκούντως σοβαρός.³⁸ Μερικοί υποστηρίζουν ότι η επίκληση της αρχής του διπλού αποτελέσματος σπάνια είναι αναγκαία στην κλινική πράξη, αφού οι μελέτες δείχνουν ότι η σωστή χρήση των οπιούχων και των κατασταλτικών, με προσεκτική τιτλοποίηση των δόσεών τους, δεν επισπεύδει το θάνατο (Engström et.al.2007).

2.6 ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑ

Η έννοια της ματαιότητας (futility) της θεραπείας άρχισε να διαμορφώνεται τη δεκαετία του 1980. Επρόκειτο για μια απόπειρα να πειστεί η κοινωνία ότι οι ιατροί, βασιζόμενοι στην κλινική τους κρίση και στα επιδημιολογικά δεδομένα, είναι σε θέση να καθορίσουν το άνωφελο της θεραπείας σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και επομένως δικαιούνται να μην κλιμακώνουν ή να διακόπτουν την αγωγή, ακόμη και παρά τις αντιρρήσεις του ασθενούς ή των συγγενών του. Επιχειρήθηκε λοιπόν να

δοθεί ένας αντικειμενικός ορισμός της ματαιότητας. Ο στενότερος ορισμός είναι αυτός της φυσιολογικής ματαιότητας (physiologic futility): μια θεραπεία είναι μάταιη όταν δεν μπορεί να επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα σε επίπεδο φυσιολογίας (π.χ. η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε ρήξη της καρδιάς). Ωστόσο, μια θεραπεία μπορεί να διορθώνει κάποια ανατομική, φυσιολογική ή βιοχημική διαταραχή, χωρίς να ωφελεί τον ασθενή ως σύνολο. Μπορεί μόνο να τροποποιεί την ακολουθία των γεγονότων που οδηγούν στο θάνατο. Άρα, το φυσιολογικό αποτέλεσμα (effect) διακρίνεται από το θεραπευτικό όφελος (benefit). Αρχίζοντας από αυτή την παραδοχή, οι Schneiderman et al πρότειναν έναν ποσοτικό και έναν ποιοτικό ορισμό της ματαιότητας: Μια θεραπεία πρέπει να θεωρείται μάταιη όταν (α) οι ιατροί συμπεραίνουν –είτε από την προσωπική τους πείρα είτε από εμπειρίες που τους κομίζουν οι συνάδελφοί τους, είτε από τα δημοσιευθέντα εμπειρικά δεδομένα– ότι απέβη άχρηστη στις τελευταίες εκατό περιπτώσεις όπου εφαρμόστηκε ή (β) απλά συντηρεί μια μόνιμη κατάσταση έλλειψης συνείδησης ή αποτυγχάνει να τερματίσει την ολική εξάρτηση του ασθενούς από την εντατική θεραπεία. Υποστήριξαν δε ότι δεν είναι αναγκαία η συναίνεση του ασθενούς ή των συγγενών του, προκειμένου οι ιατροί να αναστείλουν ή να διακόψουν μια μάταιη θεραπεία. (Currey et.al.2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΡΧΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Εντατική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για την ανταπόκριση του ασθενή σε απειλητικές για τη ζωή διαταραχές της υγείας του, όσο και για την πρόληψη των διαταραχών αυτών, οι οποίες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων σοβαρούς τραυματισμούς, μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, κ.ά.. Η ανθρώπινη αυτή ανταπόκριση περιλαμβάνει βιολογικά και ψυχονοητικά φαινόμενα. Οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. διαχειρίζονται το σύνολο των διαστάσεων του ατόμου, δηλαδή αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως πλήρη ψυχοσωματική και πνευματική οντότητα και όχι ως «μηχανή» που χρήζει επιδιόρθωσης, όπως επιτάσσει το παλιό και μάλλον ξεπερασμένο ιατροκεντρικό – μηχανιστικό μοντέλο. Για το λόγο αυτό, η εστίαση της Εντατικής Νοσηλευτικής περιλαμβάνει τόσο την αντίδραση του ασθενή όσο και της οικογένειάς του στην αρρώστια και ενδιαφέρεται τόσο για την πρόληψη και τη θεραπεία, όσο και για την ειρηνική μετάβαση στο θάνατο. Οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ. διεκδικούν και επιθυμούν να δρουν ως *συνήγοροι* του ασθενή, προασπίζοντας τα δικαιώματά του και επαγρυπνώντας για την παροχή σε αυτόν της καλύτερης δυνατής φροντίδας(Παπαθανάσογλου et.al.2003).

3.2. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Συνοψίζονται επιγραμματικά στα εξής σημεία:

- Δεξιότητες κλινικής κρίσης και κλινικής κριτικής σκέψης, συμπεριλαμβανόμενης της λήψης αποφάσεων
- Ικανότητα να δράσουν ως συνήγοροι του ασθενή και ως ηθικοί φορείς, συμβάλλοντας στην επίλυση ηθικών και κλινικών θεμάτων
- Εξατομίκευση της κλινικής φροντίδας για κάθε βαριά πάσχοντα και την οικογένειά του

- Ικανότητα συνεργασίας με τα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας, με σκοπό την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων
- Γνώση και εφαρμογή στην πράξη της θεωρίας των συστημάτων, ώστε να είναι δυνατή η ολιστική φροντίδα και η συνέχιση της φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ατόμου(Παπαθανάσογλου et.al.2003)

Ο ρόλος του νοσηλευτή εντατικής φροντίδας ως συνηγόρου του ασθενούς

- Υποστηρίζει το δικαίωμα του ασθενή και των οικείων του για ακριβή ενημέρωσή τους σε σχέση με την εφαρμοζόμενη θεραπεία και νοσηλεία
- Παρεμβαίνει με σκοπό το βέλτιστο συμφέρον του ασθενή
- Διασφαλίζει πως ο ασθενής θα έχει όλο το εύρος της ενδεικνυόμενης φροντίδας
- Σέβεται τις αξίες, τα πιστεύω και τα δικαιώματα του ασθενή
- Παρέχει εκπαίδευση και υποστήριξη, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή ή τους οικείους του στη λήψη αποφάσεων
- Αντιπροσωπεύει τον ασθενή και υποστηρίζει τις αποφάσεις του, είτε αυτές είναι του ασθενή είτε των ατόμων που τον εκπροσωπούν (σε περίπτωση αδυναμίας δικής του αυτόνομης παρουσίας, π.χ. λόγω κωματώδους κατάστασης ή μικρής ηλικίας)
- Παρακολουθεί και διασφαλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας
- Λειτουργεί ως σύνδεσμος μεταξύ του ασθενή, της οικογένειας και των άλλων επαγγελματιών υγείας (Παπαθανάσογλου, 2003)

3.4. Πρότυπα εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας

Ο νοσηλευτής που παρέχει φροντίδα σε οξέως και βαριά πάσχοντες ασθενείς:

- Συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα δεδομένα σε σχέση με την κατάσταση υγείας του ατόμου
- Αναλύει τα δεδομένα που προκύπτουν από την κλινική εκτίμηση και καθορίζει συγκεκριμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις
- Καθορίζει εξατομικευμένους θεραπευτικούς στόχους για κάθε άτομο
- Αναπτύσσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, στο οποίο προσδιορίζονται οι απαραίτητες παρεμβάσεις για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων

- Εφαρμόζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν καθοριστεί στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας
- Αξιολογεί την πρόοδο του ασθενή σε σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους (Παπαθανάσογλου et.al.2003)

3.5. ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο νοσηλευτής που παρέχει φροντίδα σε οξέως και βαρέως πάσχοντες:

- Αξιολογεί συστηματικά την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής
- Ακολουθεί τους υπάρχοντες κανονισμούς, τη νομοθεσία και τα τρέχοντα πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας
- Επιδιώκει τη συνεχή εκπαίδευση και τη βελτίωση των δεξιοτήτων του
- Επικοινωνεί αρμονικά και αλληλεπιδρά με άλλους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, με στόχο την καλύτερη δυνατή συνεργασία για την παροχή φροντίδας σε ένα ανθρωπιστικό περιβάλλον υγείας που προάγει την ανάρρωση
- Συνυπολογίζει τους παράγοντες ασφάλειας, αποτελεσματικότητας και κόστους κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας(Παπαθανάσογλου et.al.2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

4.1. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ικανότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη λήψη της απόφασης (capacity/competency) αξιολογείται από τον ιατρό με βάση τα εξής κριτήρια: (α) επικοινωνία με το περιβάλλον επαρκής για την εξωτερίκευση προτιμήσεων, (β) κατανόηση των παρεχομένων από τον ιατρό πληροφοριών, (γ) αντίληψη της κλινικής κατάστασης και των πιθανών συνεπειών των διαφόρων θεραπευτικών τακτικών, (δ) λογική τεκμηρίωση της επιλογής. Στη ΜΕΘ, ένα σύμπλεγμα παραγόντων ελαττώνει ή καταργεί την παραπάνω ικανότητα: Η βαρύτητα της νόσου, οι νευρολογικές βλάβες, η φαρμακευτική καταστολή και αναλγησία, η διασωλήνωση, η ψυχοκινητική διέγερση (delirium). Ποσοστό δύσπνοια. Σύμφωνα με το αποκαλούμενο θεραπευτικό προνόμιο (therapeutic privilege), ο ιατρός επιτρέπεται να αποκρύπτει πληροφορίες που θεωρεί ότι η αποκάλυψή τους είναι δυνητικά επιβλαβής για το συναισθηματικά καταπονημένο, τεθλιμμένο ή ασταθή ασθενή. (Varjus et.al.2003)

4.2 ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας (advance care planning) είναι η διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής, γνωρίζοντας ότι κατά την εξέλιξη της νόσου ενδέχεται να απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, συνεργάζεται με τους οικείους και τον ιατρό του για τη διαμόρφωση του περιγράμματος της μελλοντικής του φροντίδας. Πρόκειται για μια προσπάθεια να διευρυνθεί η ισχύς της αυτονομίας του ασθενούς με την εκ των προτέρων αντιμετώπιση και επίλυση διλημάτων που είναι πιθανόν να προκύψουν αργότερα, όπως η χρήση ή μη των υποστηρικτικών της ζωής θεραπειών. Οι προτιμήσεις του ασθενούς κωδικοποιούνται και αποτυπώνονται σε επίσημα έγγραφα που ονομάζονται προκαταβολικές οδηγίες (advance directives). Υπάρχουν τρεις τύποι προκαταβολικών οδηγιών: Η διαθήκη ζωής (living will), ο διορισμός πληρεξούσιου (durable power of

attorney) και ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων (combined). Η διαθήκη ζωής περιγράφει ποιες θεραπείες επιθυμεί ή δεν επιθυμεί ο ασθενής να του προσφερθούν σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις. Με το διορισμό πληρεξούσιου, ο ασθενής εξουσιοδοτεί έναν αντιπρόσωπό του να λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό του (health care agent, proxy, surrogate). Οι προκαταβολικές οδηγίες ενέχουν πρακτικά και ηθικά μειονεκτήματα. Πρώτον, δεν είναι ευρέως διαδεδομένες. Στις ΗΠΑ, η συχνότητα συμπλήρωσής τους αυξάνει, αλλά δεν υπερβαίνει το 10% των ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ και το 35% των ηλικιωμένων (>60 ετών) της κοινότητας. Στις ευρωπαϊκές ΜΕΘ χρησιμοποιούνται σπάνια. Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε 110 ΜΕΘ της Γαλλίας (LATAREA), η βούληση του ασθενούς ήταν γνωστή μόλις στο 8% των περιπτώσεων όπου περιορίστηκε η αγωγή. Σε μια ισπανική πολυκεντρική μελέτη, μόνο 9% των ασθενών στους οποίους η αγωγή περιορίστηκε είχαν εκφράσει επιθυμία για μη κλιμάκωση ή διακοπή της αγωγής σε χρόνο προγενέστερο της εισόδου τους στη ΜΕΘ. Κανένας από αυτούς δεν είχε συντάξει προκαταβολική οδηγία(Lee s et.al.2003).

Δεύτερον, οι προτιμήσεις των ασθενών δεν παραμένουν σταθερές, αλλά μεταβάλλονται στην πορεία του χρόνου. Περισσότερο επηρεάζονται από την ενεργότητα της νόσου και από παροδικούς παράγοντες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η ένταση των σωματικών συμπτωμάτων, παρά αντανακλούν κατασταλαγμένες προσωπικές αξίες. Γι' αυτό και ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας δεν πρέπει να εξαντλείται στη στιγμιαία τυπική συμπλήρωση ενός εγγράφου, αλλά να αποτελεί μια δυναμική διαδικασία συνεχούς επικοινωνίας του ασθενούς με τους οικείους και τον ιατρό του.60 Τρίτον, δεν είναι εφικτή η πρόβλεψη κάθε πτυχής των μελλοντικών κλινικών σεναρίων. Οι διαθήκες ζωής είναι συνήθως γενικόλογες, αλλά, ακόμη και όταν είναι λεπτομερείς, αδυνατούν να καλύψουν την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των καταστάσεων που προκύπτουν στη ΜΕΘ. 61 Η αλλαγή των περιστάσεων μπορεί να καθιστά ωφέλιμη μια θεραπεία, την οποία είχε απορρίψει ο ασθενής(Varjus et.al.2003).

4.3 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Δύο μοντέλα λήψης της απόφασης είχαν υπάρξει κατά το παρελθόν: το πατερναλιστικό και το μοντέλο της αυτονομίας. Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο ιατρός είναι ο κηδεμόνας του ασθενούς, ο κάτοχος της εξειδικευμένης γνώσης, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων. Πληροφορεί τον ασθενή και τους οικείους του για τη διάγνωση και την πρόγνωση, τους εξηγεί τη θεραπευτική στρατηγική, αλλά δεν τους εμπλέκει στη διαδικασία σχεδιασμού της φροντίδας. Η παραδοσιακή δικαίωση του πατερναλιστικού μοντέλου εδραζόταν στις αρχές του ωφελείν και του μη βλάπτειν. Η κατοχύρωση της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας επέφερε την ηθική του απαξίωση.

Στο μοντέλο της αυτονομίας, ο ιατρός περιορίζεται στην έκθεση των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, της πιθανότητας επιτυχίας, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους. Φείδεται συστάσεων και συμβουλών για να μην προκαταλάβει τον ασθενή (ή τον αντιπρόσωπό του). Ο τελευταίος αφήνεται να αποφασίσει μόνος και ανεπηρέαστος, αξιολογώντας τα δεδομένα που του παρουσιάζονται. Σοβαρή ατέλεια του μοντέλου της αυτονομίας συνιστά το γεγονός ότι σε στιγμές κρίσης, όπως όταν ανακύπτουν προτελευταία διλήμματα στη ΜΕΘ, επιφορτίζει τα μέλη της οικογένειας με δυσβάστακτο βάρος. Κατά τη στιγμή που αυτά βιώνουν πρωτόγνωρη συναισθηματική ένταση, τους ζητείται να κατανοήσουν σύνθετα ιατρικά θέματα και να αναλάβουν την πλήρη ευθύνη μιας απόφασης με αμετάκλητες συνέπειες, που μπορεί να γεννήσει μελλοντικά αισθήματα ενοχής. Για να αντεπεξέλθουν στον κρίσιμο ρόλο τους, οι συγγενείς έχουν ανάγκη πολύ περισσότερης βοήθειας από τον ιατρό έναντι εκείνης που επιτρέπει το μοντέλο της αυτονομίας (Ramezani et.al.2009).

Το 2003, πέντε ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές εταιρείες εντατικής θεραπείας κατέληξαν σε μια κοινή συναινετική δήλωση υπέρ ενός ενδιάμεσου μοντέλου, το οποίο ονομάστηκε μοντέλο της συναπόφασης (shared decision making). Στο μοντέλο αυτό, η θεραπευτική ομάδα και η οικογένεια μοιράζονται την ευθύνη για τη λήψη της απόφασης. Βασικά χαρακτηριστικά του είναι η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, η τοποθέτηση αμοιτέρων των πλευρών στα διλήμματα που τέθηκαν και η συνεργασία, με σκοπό την επίτευξη

συμφωνίας για την ακολουθητέα τακτική. Η διαδικασία αρχίζει νωρίς μετά από την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ με μια συνάντηση όπου ο ιατρός ενημερώνει τους συγγενείς για τη σοβαρότητα της κατάστασης και συγχρόνως τους προϊδεάζει για το ενδεχόμενο να καταστεί αναγκαία η μη κλιμάκωση ή η διακοπή της αγωγής λόγω απουσίας βελτίωσης, έλλειψης ανταπόκρισης στις χορηγούμενες θεραπείες ή μη αντιστρεπτής επιδείνωσης της κλινικής εικόνας. Η συνάντηση αυτή αποτελεί για τη θεραπευτική ομάδα μια ευκαιρία να γνωρίσει την εσωτερική δυναμική και το πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρο της οικογένειας και να αρχίσει να οικοδομεί μια σχέση αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης μαζί της. Ακολουθούν και άλλες συναντήσεις όπου εξετάζεται η πορεία του ασθενούς και συζητείται η μετάβαση από την επιθετική στην παρηγορητική φροντίδα. Ο ιατρός, για να διευκολύνει την κατανόηση, παρέχει εκλαϊκευμένη πληροφόρηση και αποφεύγει τους τεχνικούς όρους. Οι συγγενείς χρειάζονται χρόνο για να μιλήσουν και να εκφράσουν τις αγωνίες τους. Ο ιατρός τον παραχωρεί, ακούει υπομονετικά και απαντά πρόθυμα στις ερωτήσεις. Όλοι οι ιατροί και οι νοσηλευτές που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα παρευρίσκονται κατά το δυνατόν στις συναντήσεις, αλλά εκφράζοντας ενιαία θέση. Η εκπομπή αντιφατικών μηνυμάτων δημιουργεί σύγχυση και δυσπιστία στην οικογένεια. Η κύρια ενημέρωση γίνεται από τον επικεφαλής ιατρό, ο οποίος διευθύνει και τη συζήτηση. Χρήσιμη είναι η παρουσία κληρικού, εφόσον η οικογένεια διακατέχεται από θρησκευτική πίστη, καθώς και του οικογενειακού ιατρού. Ακόμη και όταν υπάρχει διορισμένος πληρεξούσιος ή επιλεγμένος αντιπρόσωπος, ενθαρρύνεται η συμμετοχή στις συναντήσεις όλων όσων ενδιαφέρονται από τους συγγενείς, έτσι ώστε να ομαλοποιούνται οι ενδοοικογενειακές διαφορές και να αποσοβούνται οι έριδες. Ο βαθμός στον οποίο οι συγγενείς επιθυμούν να εμπλακούν στη διαδικασία λήψης της απόφασης ποικίλλει. Σε μια καναδική μελέτη, 15% των συγγενών ασθενών που βρίσκονταν σε μηχανικό αερισμό για >48 ώρες δεν ήθελαν να έχουν κάποια συμμετοχή στην απόφαση, που επαφιόταν ολοκληρωτικά στην κρίση του ιατρού. Οι υπόλοιποι προτιμούσαν κάποια εκδοχή του μοντέλου της συναπόφασης: 24% ήθελαν να αποφασίσει ο ιατρός αφού λάβει υπ' όψιν τη γνώμη τους, 22% ήθελαν να έχουν αυτοί τον τελικό λόγο με τον ιατρό να περιορίζεται σε συστάσεις και 39% ήθελαν η ευθύνη της απόφασης να είναι απόλυτα μοιρασμένη. Το μοντέλο της συναπόφασης είναι ευέλικτο. Ο ιατρός πρέπει να εκτιμά έγκαιρα μέχρι ποίου σημείου επιθυμούν οι συγγενείς να εμπλακούν στην απόφαση και να προσαρμόζει ανάλογα την επικοινωνιακή διαδικασία (Varjus et.al.2003).

Το μοντέλο της συναπόφασης στηρίζεται στη διαπραγμάτευση. Ο ιατρός δεν αναλύει απλά τη διάγνωση και την πρόγνωση, αλλά ταυτόχρονα προτείνει ένα θεραπευτικό σχέδιο και το αιτιολογεί προσεκτικά. Οι συγγενείς εισφέρουν τη γνώση τους για τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Με διάλογο, ορίζονται οι στόχοι της αγωγής και συνομολογείται ότι, αν η αγωγή δεν εκπληρώσει τους στόχους αυτούς, θα αποσυρθεί ή τουλάχιστον δεν θα κλιμακωθεί. Σε μελέτη παρέμβασης αποδείχθηκε ότι οι συναντήσεις που προβλέπει το μοντέλο της συναπόφασης μειώνουν το μέσο χρόνο νοσηλείας, επιταχύνουν το πέρασμα στην παρηγορητική φροντίδα και απελευθερώνουν κλίνες, αυξάνοντας τις εισαγωγές ασθενών που έχουν ελπίδες ανάκαμψης. Έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση των συγγενών από τις συναντήσεις αυτές είναι μεγαλύτερη όταν ο ιατρός αφιερώνει περισσότερο χρόνο στο να ακούει παρά στο να μιλά και διαβεβαιώνει ότι ο ασθενής δεν θα εγκαταλειφθεί και δεν θα υποφέρει πριν από το θάνατό του (Ramezani et al. 2009).

4.4 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η επιτροπή δεοντολογίας (ethics committee) συγκροτείται κατά τα 2/3 της από ιατρούς και νοσηλευτές. Τα λοιπά μέλη της προέρχονται από άλλους κλάδους του νοσοκομειακού προσωπικού και από την κοινότητα. Περιλαμβάνει, οπωσδήποτε, έναν επαγγελματία υγείας με ειδίκευση στη Βιοηθική (ethicist) και ένα νομικό. Η επιτροπή λειτουργεί ως ανεξάρτητος διαμεσολαβητής (“third party”). Αναλύει τα ιατρικά και ηθικά δεδομένα και καταλήγει σε γνωμοδότηση, που όμως δεν είναι δεσμευτική. Ευοδώνει την επικοινωνία, διαλευκαίνοντας τις παρεξηγήσεις και κομίζει προτάσεις για την άρση του αδιεξόδου. Επίσης, παρέχει κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη στην οικογένεια. Μια πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη μελέτη περιέλαβε 551 ασθενείς, στο χειρισμό των οποίων ενέσκηψε κάποια σύγκρουση. Οι βιοηθικές γνωμοδοτήσεις (ethics consultations) μείωσαν το χρόνο νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο, καθώς και τη χρήση του μηχανικού αερισμού και των άλλων υποστηρικτικών της ζωής θεραπειών στους ασθενείς που δεν επέζησαν τελικά. Δεν αύξησαν τη θνητότητα, ενώ ελάττωσαν το νοσοκομειακό κόστος, χωρίς να θιγεί η ποιότητα της φροντίδας. Επιπλέον, η πλειοψηφία (87%) των

ιατρών, των νοσηλευτών, των ασθενών και των συγγενών συμφώνησε ότι οι βιοηθικές γνωμοδοτήσεις στάθηκαν χρήσιμες για την επίλυση των συγκρούσεων(Varjus et.al.2003).

Σε καμιά περίπτωση ο ιατρός δεν πρέπει να υποχρεώνεται να χορηγεί ή να κλιμακώνει θεραπείες τις οποίες θεωρεί ανώφελες και οδυνηρές. Κάτι τέτοιο παραβιάζει την ηθική και την επαγγελματική του ακεραιότητα. Εάν και η επιτροπή Βιοηθικής αποτύχει να διευθετήσει τη σύγκρουση, διερευνάται η δυνατότητα μεταβίβασης της ευθύνης της φροντίδας του ασθενούς σε άλλον ιατρό του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου, ο οποίος είναι πρόθυμος να παράσχει την αγωγή που επιθυμούν οι συγγενείς. Εάν δεν βρεθεί τέτοιος ιατρός, η υπόθεση οδηγείται στα δικαστήρια. Οι περιπτώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες και συνήθως ο ασθενής πεθαίνει προτού εκδοθεί η ετυμηγορία. Στο Texas των ΗΠΑ, νόμος του 1999 ορίζει προθεσμία 10 ημερών για την ανεύρεση ιατρού πρόθυμου να αναλάβει τον ασθενή. Μετά από την εκπνοή της προθεσμίας, που μπορεί να παραταθεί με δικαστική απόφαση, ο ιατρός δικαιούται να προβεί μονομερώς στη μη κλιμάκωση ή την απόσυρση της αγωγής. Πάντως, κατά τη διάρκεια 2 ετών ισχύος του νόμου, σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, στις 40 από τις 43 περιπτώσεις όπου η επιτροπή Βιοηθικής αποφάνθηκε ότι η αγωγή είναι μάταιη οι συγγενείς συγκατατέθηκαν για τη διακοπή της. Σε δύο περιπτώσεις, ο ασθενής πέθανε ενώ αναζητείτο ιατρός πρόθυμος να τον αναλάβει και σε μία, ενώ ανέμενε τη μεταφορά του σε άλλο νοσοκομείο(Ramezani et.al.2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Με σκοπό να είναι εφικτή η συλλογή του απαραίτητου όγκου δεδομένων προς μελέτη για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας ήταν αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί ένα εργαλείο συλλογής τους. Ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται σε μεγάλο αριθμό ερευνών είναι το ερωτηματολόγιο. Έτσι και στην παρούσα περίπτωση πραγματοποιήθηκε χρήση ενός ερωτηματολογίου το οποίο στόχευε στην εκμαίευση των γνώσεων και απόψεων των φοιτητών και φοιτητριών της νοσηλευτικής για θέματα τακτικών ασφαλείας σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ. Το ερωτηματολόγιο είχε ηλεκτρονική και ανώνυμη μορφή και απεστάλη σε σελίδες ιστοτόπων φοιτητών νοσηλευτικής σε διάφορα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας απαρτιζόταν από είκοσι τέσσερις (24) ερωτήσεις οι οποίες διέθεταν προκαθορισμένες απαντήσεις και καλούσαν τους συμμετέχοντες στην έρευνα μα επιλέξουν την απάντηση που τους αντιπροσώπευε περισσότερο. Ο υπερσύνδεσμος που χρησιμοποιήθηκε για τη διαμοίραση του ερωτηματολογίου ήταν ο ακόλουθος:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfpxUMEwr41OhjUr4t4hUACXK1YJES7oapZAXNMt-cxil_xbg/viewform

5.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 104 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες και πιο συγκεκριμένα από 12 νοσηλευτές (11,5% του δείγματος) και 92 νοσηλεύτριες (88,5% του δείγματος). Επίσης παρατηρώντας τις ηλικιακές κλάσεις των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι εμφανές πως 12 νοσηλευτές ήταν ηλικίας από 18 έως 20 ετών (11,5% του δείγματος), 56 άτομα ήταν ηλικίας από 20 έως 22 ετών (53,8% του δείγματος), ενώ 32 νοσηλευτές ήταν από 23 έως 29 ετών (11,5% του δείγματος). Επίσης 4 άτομα ήταν από 30 ετών και άνω (3,8% του δείγματος).

Ένα ακόμη ερευνώμενο χαρακτηριστικό του δείγματος ήταν και το έτος σπουδών των ατόμων που έλαβαν μέρος, εδώ παρατηρήθηκε πως στο δείγμα υπήρχαν 10 πρωτοετείς νοσηλευτές (9,6% του δείγματος), 14 δευτεροετείς νοσηλευτές (13,5% του δείγματος), ενώ 26 νοσηλευτές βρίσκονταν στο 3^ο έτος των σπουδών τους (25% του δείγματος). Ταυτόχρονα 54 άτομα βρίσκονταν στο 4^ο έτος των σπουδών τους (51,9% του δείγματος). Το τελευταίο δημογραφικό χαρακτηριστικό που ερευνήθηκε στους ερωτηθέντες ήταν ο φορέας που έμαθαν για τις Μ.Ε.Θ, εδώ παρατηρήθηκε πως 74 νοσηλευτές απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από τις σπουδές τους (71,2% του δείγματος), 20 νοσηλευτές απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από κάποια επίσκεψη τους σε ομώνυμο τμήμα (13,5% του δείγματος) ενώ 4 νοσηλευτές έλαβαν γνώση για τη ΜΕΘ από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (3,8% του δείγματος). Τέλος στο δείγμα υπήρχαν και 6 άτομα τα οποία απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο (5,8% του δείγματος).

5.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά το πέρας του προκαθορισμένου χρονικού ορίου συλλογής απαντήσεων από τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, έκλεισε η φόρμα συλλογής απαντήσεων και έγινε λήψη του αρχείου excel δίνεται ως έξοδος από το Google Docs. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των απαντήσεων προκειμένου να υπάρχει ευκολία στην μετέπειτα επεξεργασία τους στο στατιστικό πακέτο. Εν συνεχεία τα δεδομένα εισάχθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS όπου αναλύθηκαν με τη χρήση της

μεθόδου των συχνοτήτων (frequencies) ενώ οι έξοδοι της συγκεκριμένης διαδικασίας παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

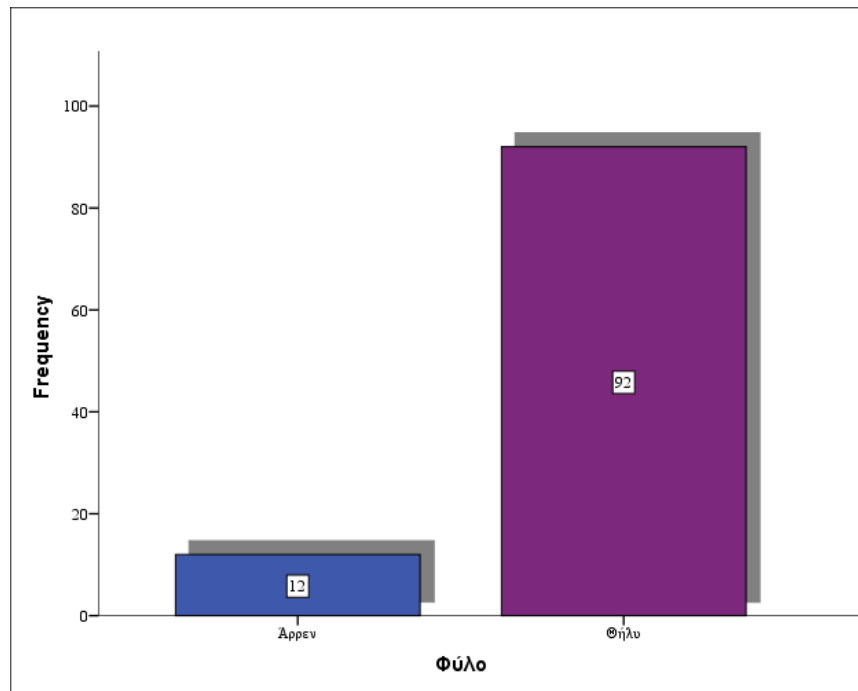
I. Φύλο

Σε σχέση με το φύλο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρατηρείται ο πίνακας I. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 12 νοσηλευτές (11,5% του δείγματος) και 92 νοσηλεύτριες (88,5% του δείγματος).

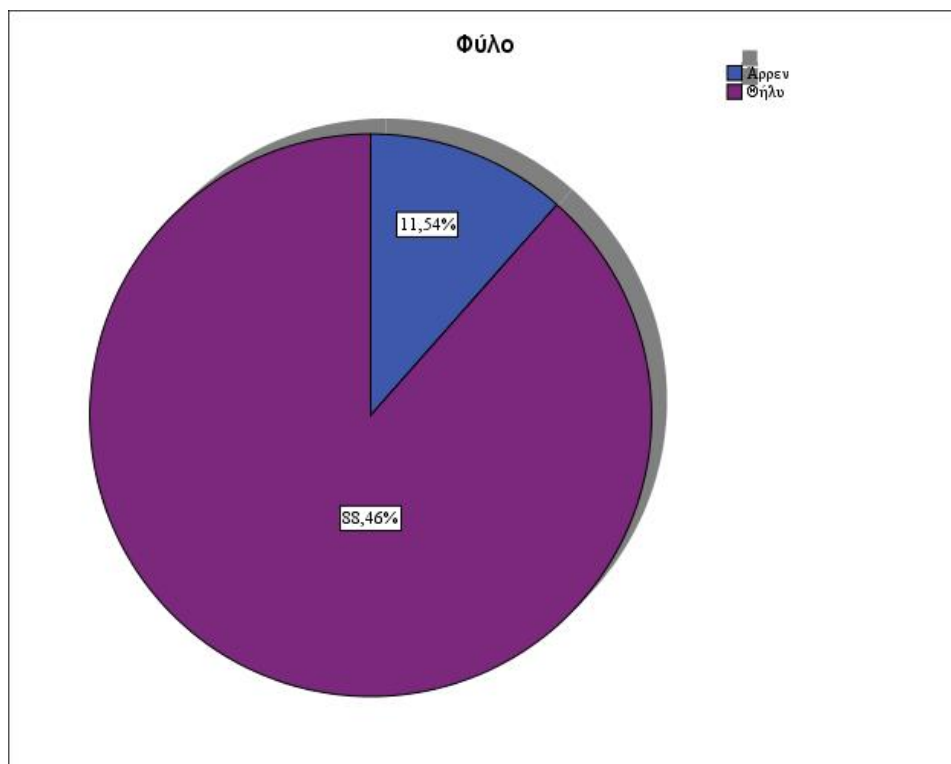
Πίνακας I : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της πρώτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το φύλο τους.

<i>Φύλο</i>		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Άρρεν</i>	<i>12</i>	<i>11,5</i>
	<i>Θήλυ</i>	<i>92</i>	<i>88,5</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα I.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το φύλο τους.



Γράφημα I.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το φύλο τους.



II. Ηλικία

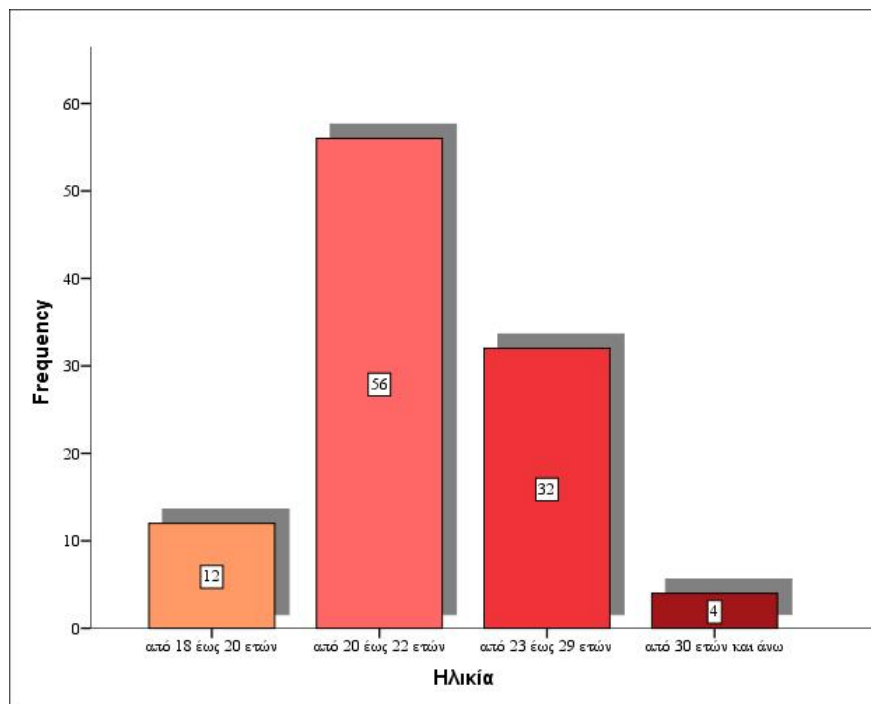
Σε σχέση με την ηλικία των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρατηρείται ο πίνακας II. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 12 νοσηλευτές ηλικίας από 18 έως 20 ετών (11,5% του δείγματος), 56 άτομα ηλικίας από 20 έως 22 ετών (53,8% του δείγματος), ενώ 32 νοσηλευτές ήταν από 23 έως 29 ετών (11,5% του δείγματος). Τέλος στο δείγμα υπήρχαν και 4 άτομα των οποίων η ηλικία ήταν από 30 ετών και άνω (3,8% του δείγματος).

Πίνακας II : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δεύτερης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ηλικία τους.

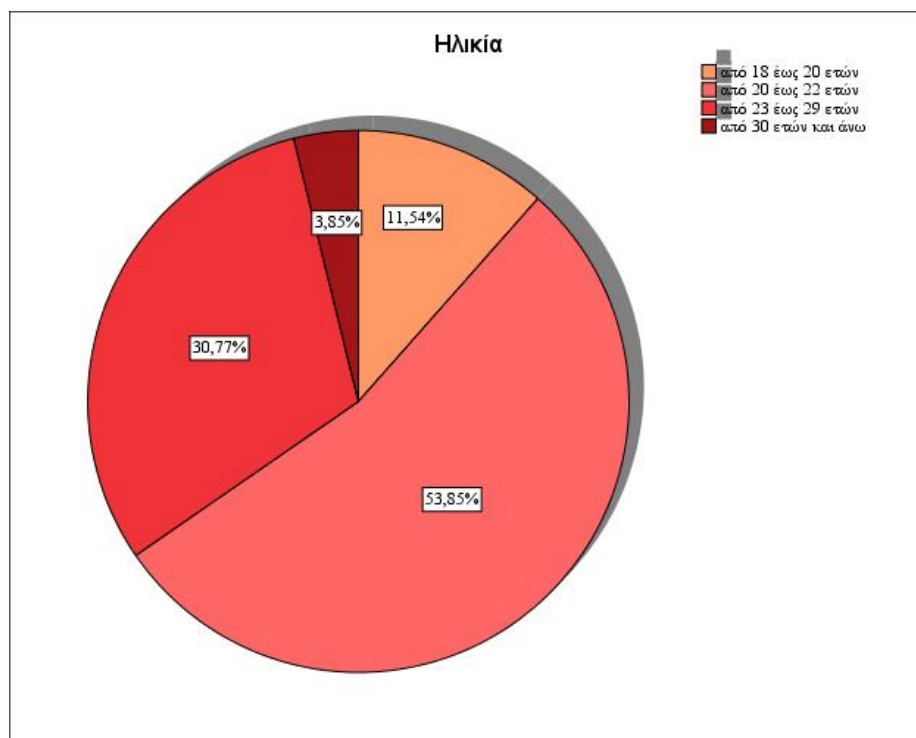
Ηλικία

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>από 18 έως 20 ετών</i>	<i>12</i>	<i>11,5</i>
	<i>από 20 έως 22 ετών</i>	<i>56</i>	<i>53,8</i>
	<i>από 23 έως 29 ετών</i>	<i>32</i>	<i>30,8</i>
	<i>από 30 ετών και άνω</i>	<i>4</i>	<i>3,8</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα Π.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ηλικία τους.



Γράφημα Π.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ηλικία τους.



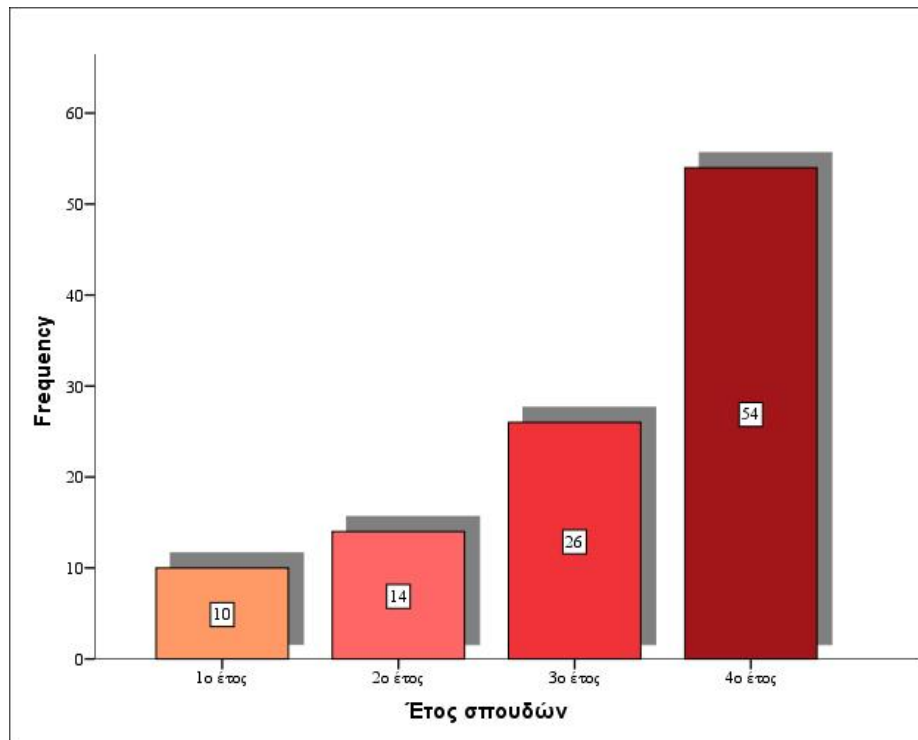
III. Έτος σπουδών

Σε σχέση με το έτος σπουδών των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρατηρείται ο πίνακας III. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 10 πρωτοετείς νοσηλευτές (9,6% του δείγματος), 14 δευτεροετείς νοσηλευτές (13,5% του δείγματος), ενώ 26 νοσηλευτές βρίσκονταν στο 3^ο έτος των σπουδών τους (25% του δείγματος). Τέλος στο δείγμα υπήρχαν και 54 άτομα τα οποία βρίσκονταν στο 4^ο έτος των σπουδών τους (51,9% του δείγματος).

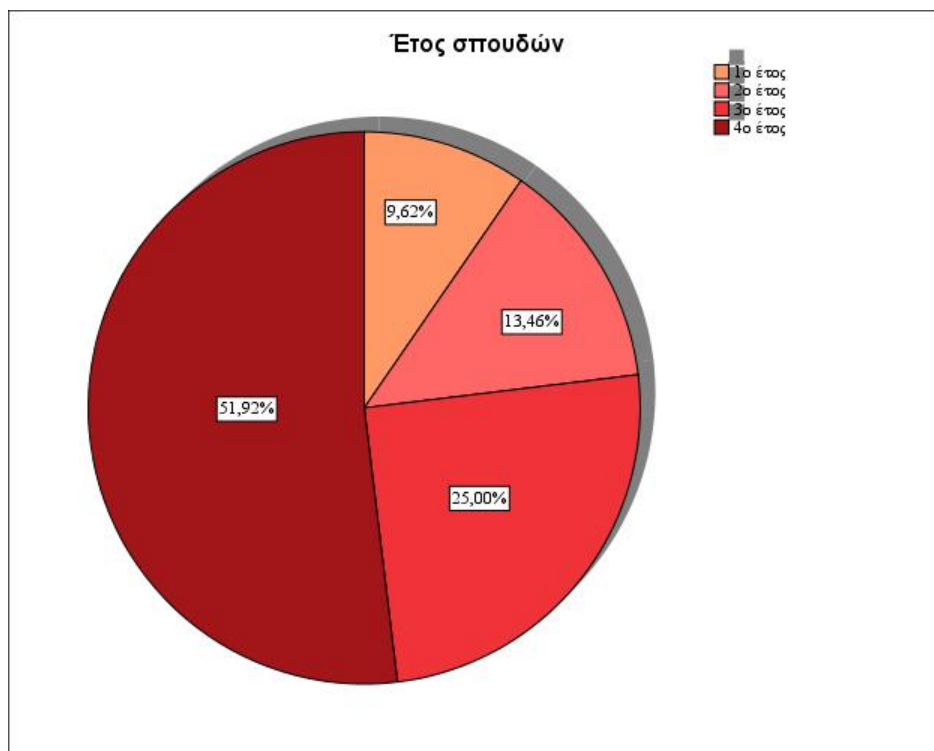
Πίνακας III : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της τρίτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το έτος σπουδών τους.

<i>Έτος σπουδών</i>		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>1ο έτος</i>	<i>10</i>	<i>9,6</i>
	<i>2ο έτος</i>	<i>14</i>	<i>13,5</i>
	<i>3ο έτος</i>	<i>26</i>	<i>25,0</i>
	<i>4ο έτος</i>	<i>54</i>	<i>51,9</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα III.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το έτος σπουδών τους.



Γράφημα III.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων για το έτος σπουδών τους.



IV. Οι γνώσεις σας για την Μ.Ε.Θ προέρχονται από:

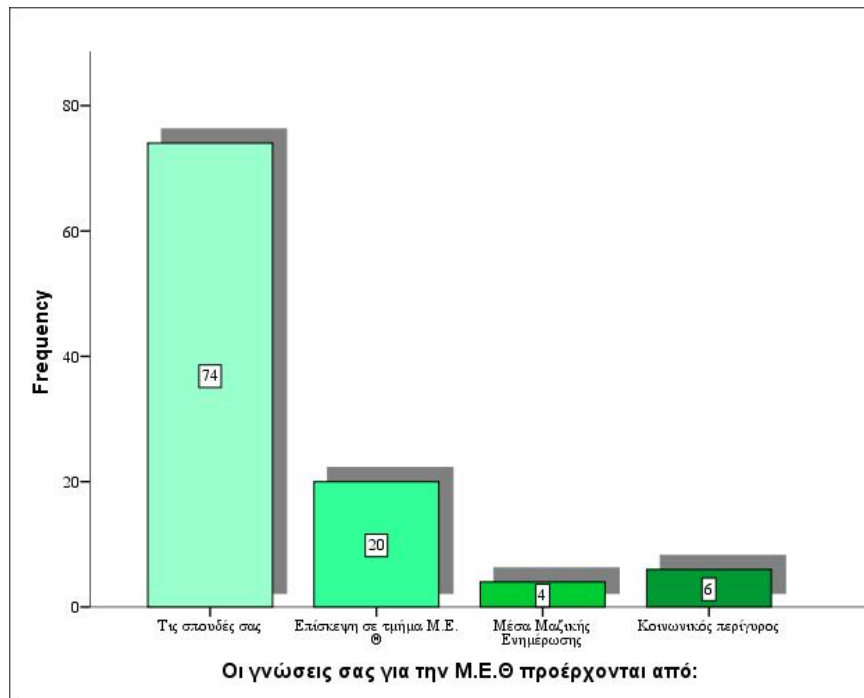
Σε σχέση με το από που προέρχονται οι γνώσεις των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα για την Μ.Ε.Θ παρατηρείται ο πίνακας IV. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 74 νοσηλευτές που απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από τις σπουδές τους (71,2% του δείγματος), 20 νοσηλευτές που απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από κάποια επίσκεψη τους σε ομώνυμο τμήμα (13,5% του δείγματος) ενώ 4 νοσηλευτές που έλαβαν γνώση για τη ΜΕΘ από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (3,8% του δείγματος). Τέλος στο δείγμα υπήρχαν και 6 άτομα τα οποία απάντησαν πως οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΜΕΘ προέρχονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο (5,8% του δείγματος).

Πίνακας IV : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της τέταρτης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το από που προέρχονται οι γνώσεις τους για την Μ.Ε.Θ.

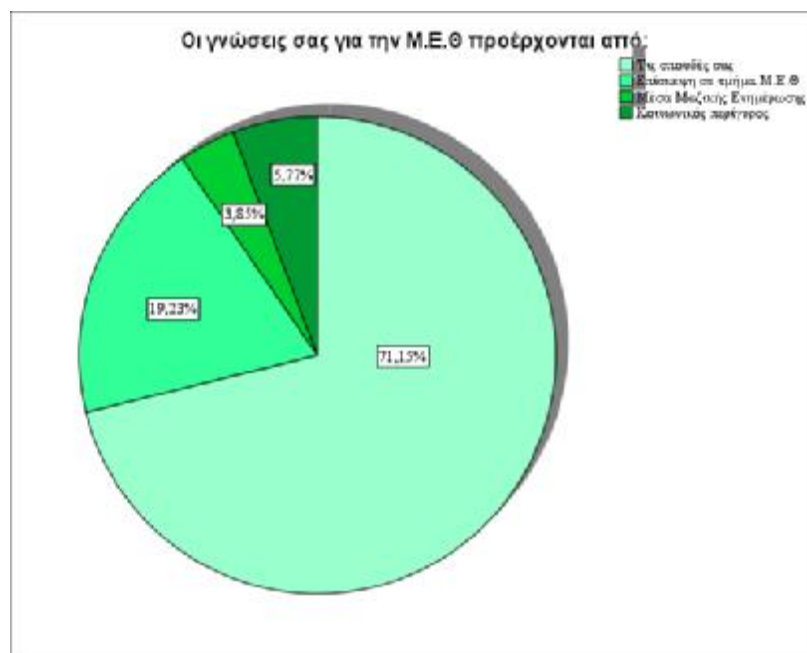
Οι γνώσεις σας για την Μ.Ε.Θ προέρχονται από:

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Τις σπουδές σας</i>	74	71,2
	<i>Επίσκεψη σε τμήμα Μ.Ε.Θ</i>	20	19,2
	<i>Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης</i>	4	3,8
	<i>Κοινωνικός περίγυρος</i>	6	5,8
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα IV.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το από που προέρχονται οι γνώσεις τους για την Μ.Ε.Θ.



Γράφημα IV.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το από που προέρχονται οι γνώσεις τους για την Μ.Ε.Θ.



Έχετε βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ;

Σε σχέση με το εάν έχουν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ παρατηρείται ο πίνακας V. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 54 νοσηλευτές που απάντησαν πως έχουν βρεθεί σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ (51,9% του δείγματος), 48 νοσηλευτές που απάντησαν πως δεν έχουν βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ (46,2% του δείγματος) ενώ 2 άτομα απάντησαν πως δεν επιθυμούν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (1,2% του δείγματος).

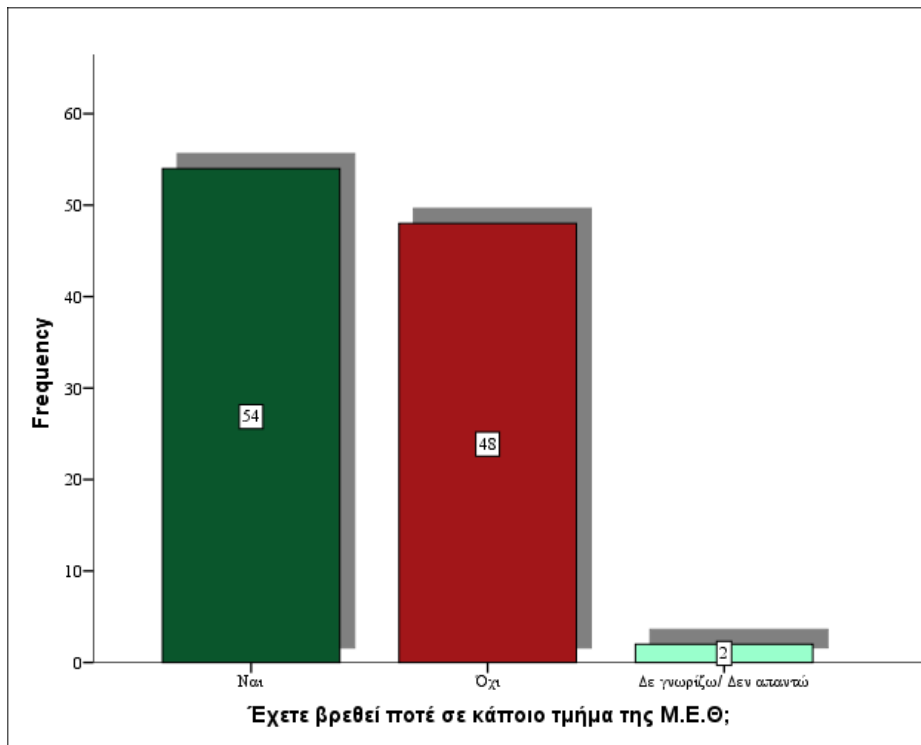
Πίνακας V : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της πέμπτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το έχουν βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ.

Έχετε βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ;

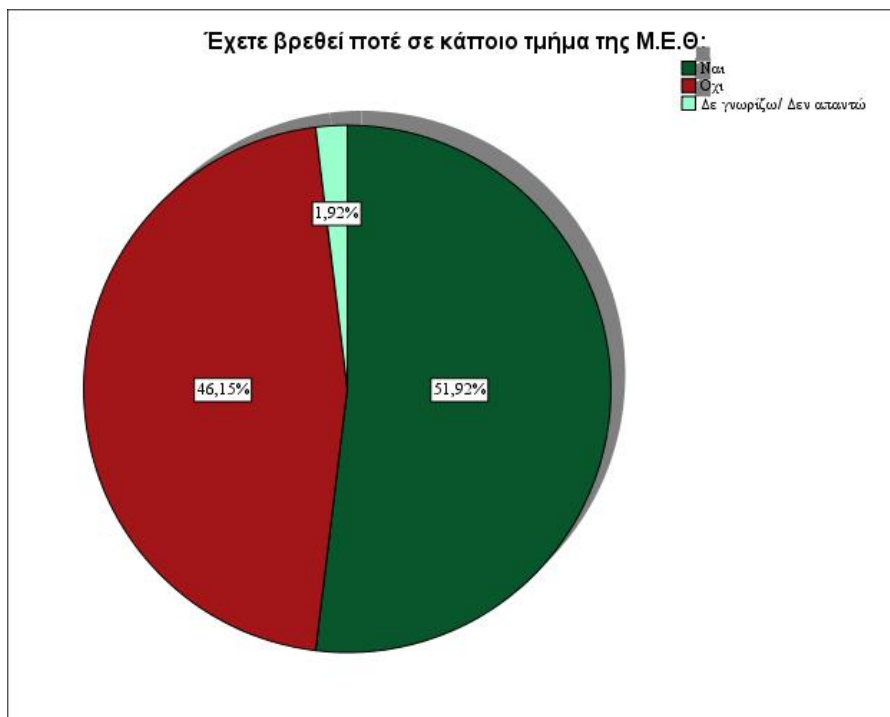
		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Ναι</i>	54	51,9
	<i>Όχι</i>	48	46,2
	<i>Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	2	1,9
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα V.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το έχουν βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ.

Έχετε βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ;



Γράφημα V.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το έχουν βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ.



V. Τι θέση πιστεύεται ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ.

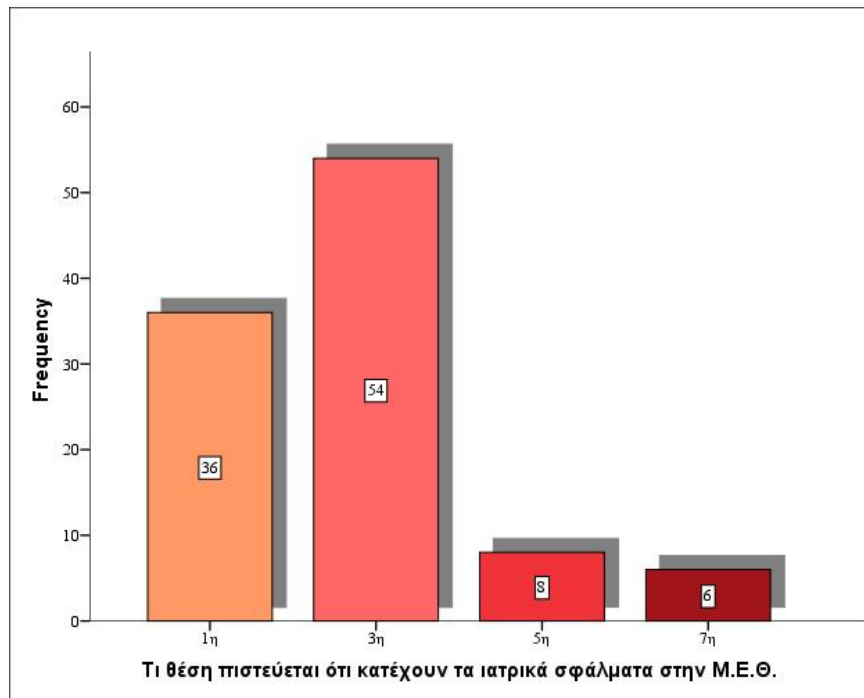
Σε σχέση με τη θέση που πιστεύουν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ παρατηρείται ο πίνακας VI. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 36 νοσηλευτές που απάντησαν πως θεωρούν ότι τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ κατέχουν την πρώτη θέση (34,6% του δείγματος) ενώ 54 νοσηλευτές θεωρούν ότι κατέχουν την τρίτη θέση (51,9% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 8 νοσηλευτές απάντησαν πως κατά αυτούς τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ κατέχουν την πέμπτη θέση (7,7% του δείγματος) ενώ 6 νοσηλευτές θεωρούν ότι τα ιατρικά σφάλματα κατέχουν την έβδομη θέση (5,8% του δείγματος)..

Πίνακας VI : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της έκτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τη θέση που πιστεύουν ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ.

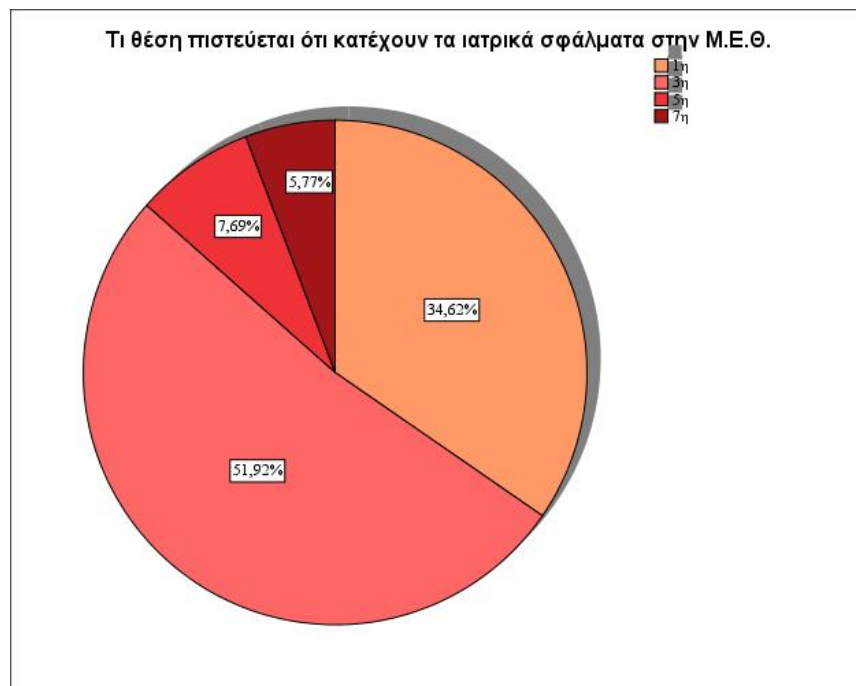
Τι θέση πιστεύεται ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>1η</i>	<i>36</i>	<i>34,6</i>
	<i>3η</i>	<i>54</i>	<i>51,9</i>
	<i>5η</i>	<i>8</i>	<i>7,7</i>
	<i>7η</i>	<i>6</i>	<i>5,8</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα VI.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τη θέση που πιστεύουν ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ.



Γράφημα VI.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τη θέση που πιστεύουν ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ.



VI. Οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών

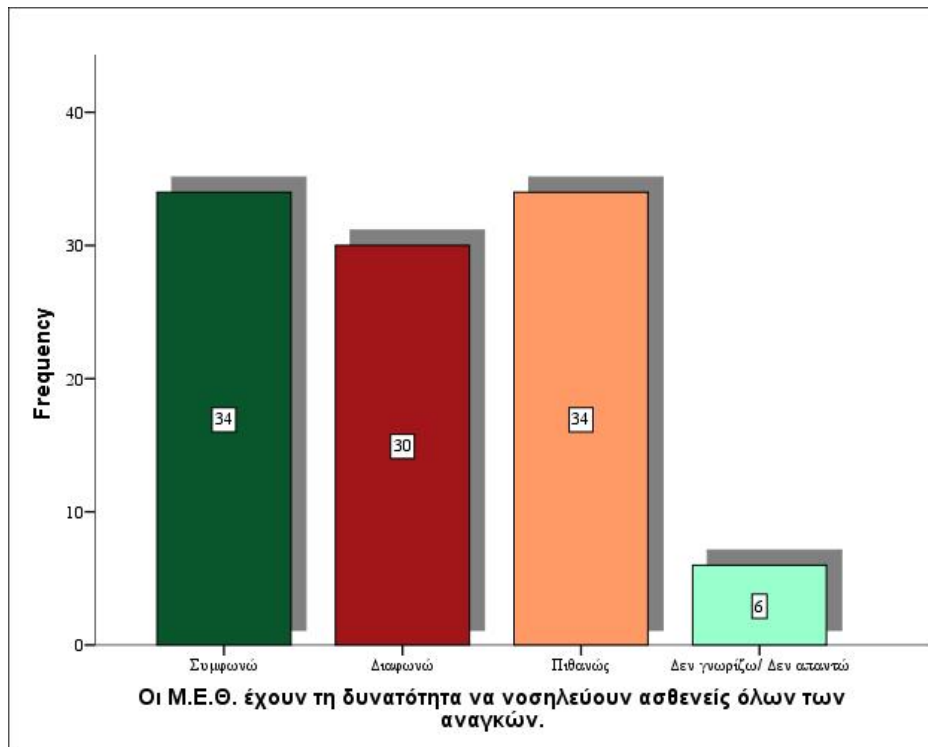
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών παρατηρείται ο πίνακας VII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 34 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών (32,7% του δείγματος) ενώ 30 νοσηλευτές διαφώνησαν (28,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 34 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι οι Μ.Ε.Θ. πιθανόν να έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών (32,7% του δείγματος) ενώ 6 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (5,8% του δείγματος).

Πίνακας VII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της έβδομης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών.

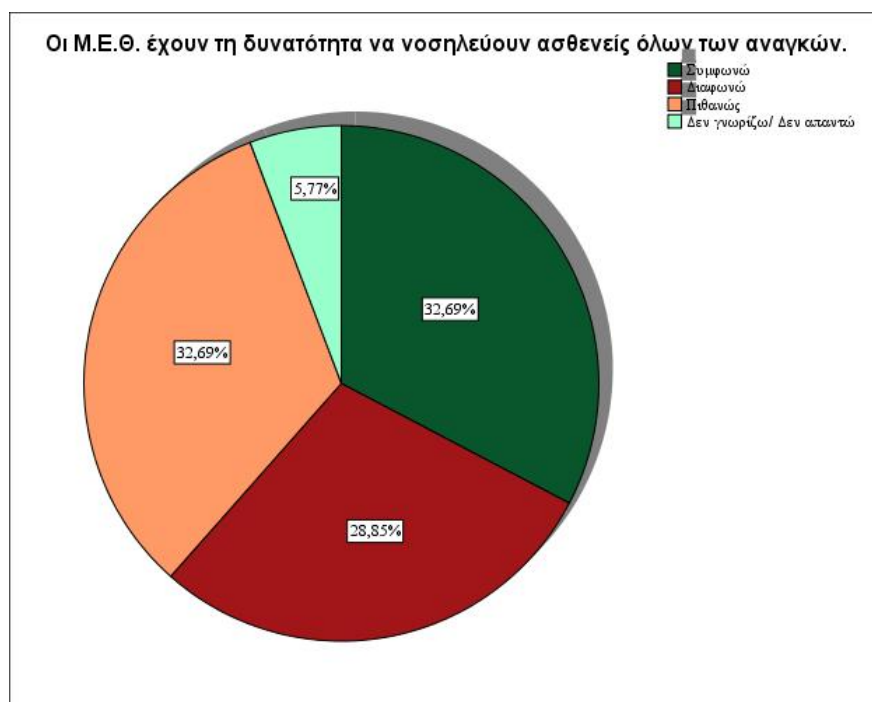
Οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>34</i>	<i>32,7</i>
	<i>Διαφωνώ</i>	<i>30</i>	<i>28,8</i>
	<i>Πιθανώς</i>	<i>34</i>	<i>32,7</i>
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	<i>6</i>	<i>5,8</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα VII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών.



Γράφημα VII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών.



VII. Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους παρατηρείται ο πίνακας VIII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 42 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς και μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους (40,4% του δείγματος) ενώ 10 νοσηλευτές διαφώνησαν (9,6% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 48 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν πιθανών η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς και θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους (46,2% του δείγματος) ενώ 4 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (3,8% του δείγματος).

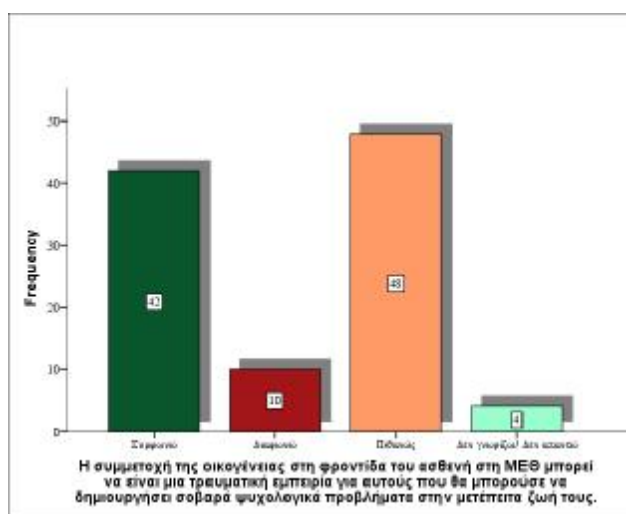
Πίνακας VIII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της όγδοης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους.

Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους.

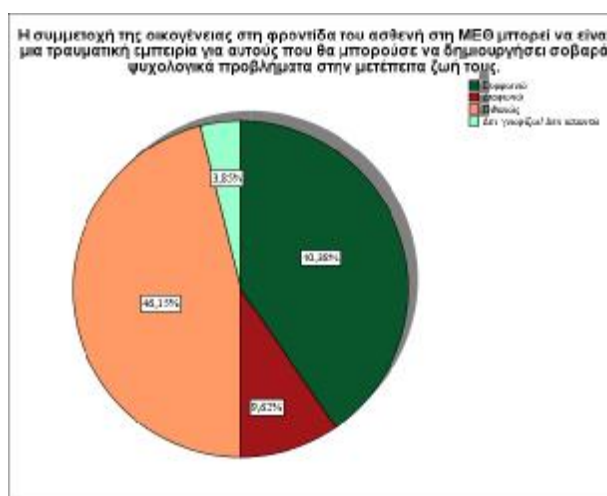
		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	42	40,4
	<i>Διαφωνώ</i>	10	9,6

Πιθανώς	48	46,2
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	4	3,8
Total	104	100,0

Γράφημα VIII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους.



Γράφημα VIII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους.



VIII. Οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού.

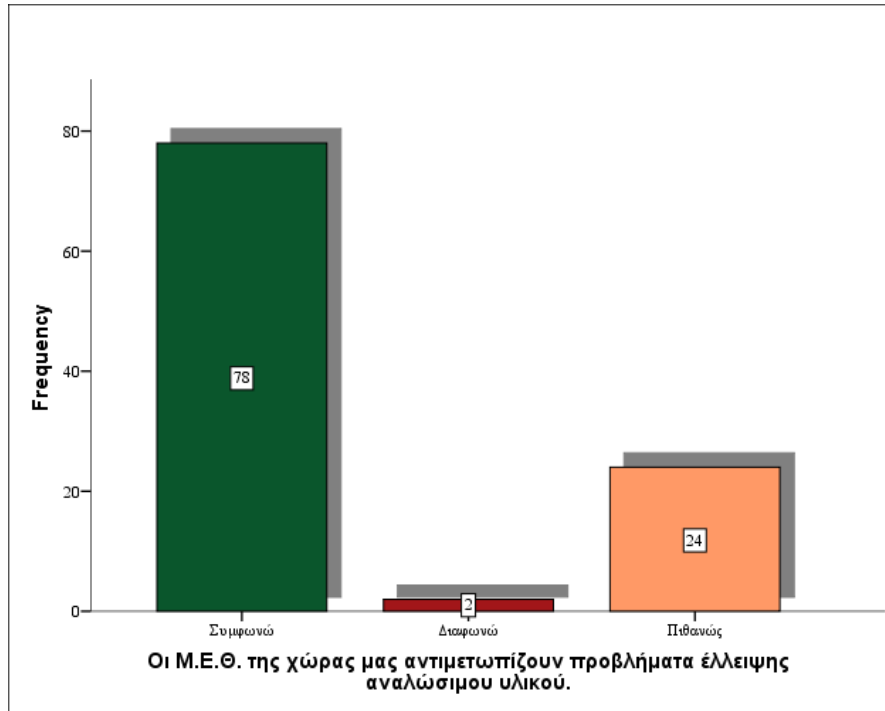
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού παρατηρείται ο πίνακας ΙΧ. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 78 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού (75% του δείγματος) ενώ 2 νοσηλευτές διαφώνησαν (1,9% του δείγματος). Ταυτόχρονα 24 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανός οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού (23,1% του δείγματος).

Πίνακας ΙΧ : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της ένατης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού.

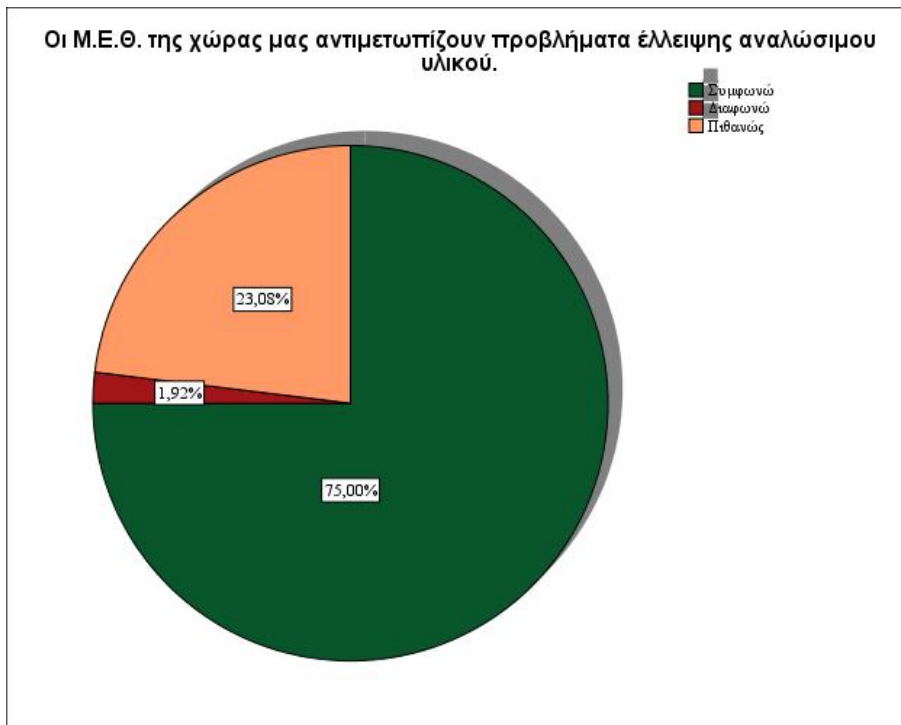
Οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	78	75,0
	<i>Διαφωνώ</i>	2	1,9
	<i>Πιθανώς</i>	24	23,1
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα ΙΧ.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού.



Γράφημα ΙΧ.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού.



IX. Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης (αναπνευστήρες, αντλίες, αναρροφήσεις, μηχανήματα διύλισης, τροχήλατα και χειρουργικός εξοπλισμός, φορητό ακτινολογικό εξοπλισμό)

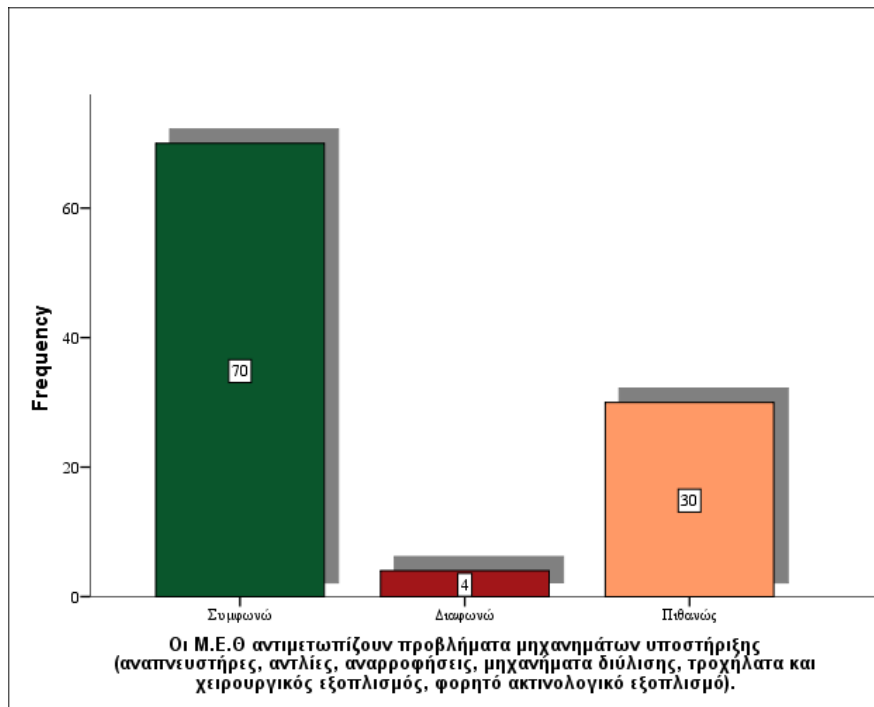
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης παρατηρείται ο πίνακας X. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 70 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης (67,3% του δείγματος) ενώ 4 νοσηλευτές διαφώνησαν (3,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 30 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανόν οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης (28,8% του δείγματος).

Πίνακας X : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης.

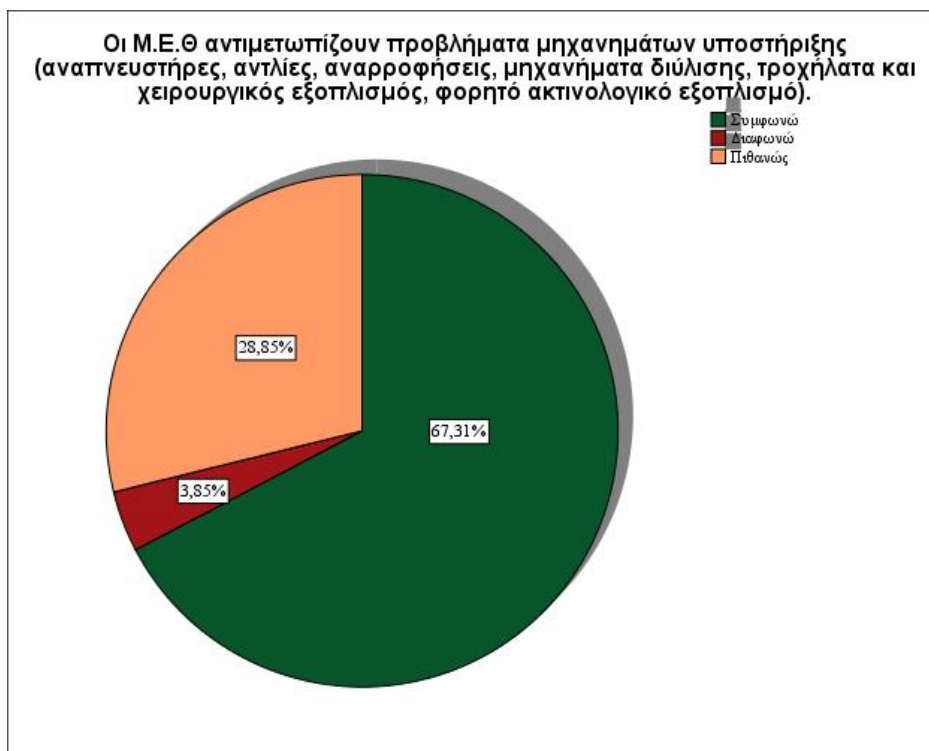
Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης (αναπνευστήρες, αντλίες, αναρροφήσεις, μηχανήματα διύλισης, τροχήλατα και χειρουργικός εξοπλισμός, φορητό ακτινολογικό εξοπλισμό).

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	70	67,3
	<i>Διαφωνώ</i>	4	3,8
	<i>Πιθανώς</i>	30	28,8
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα X.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης.



Γράφημα Χ.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης.



X. Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού.

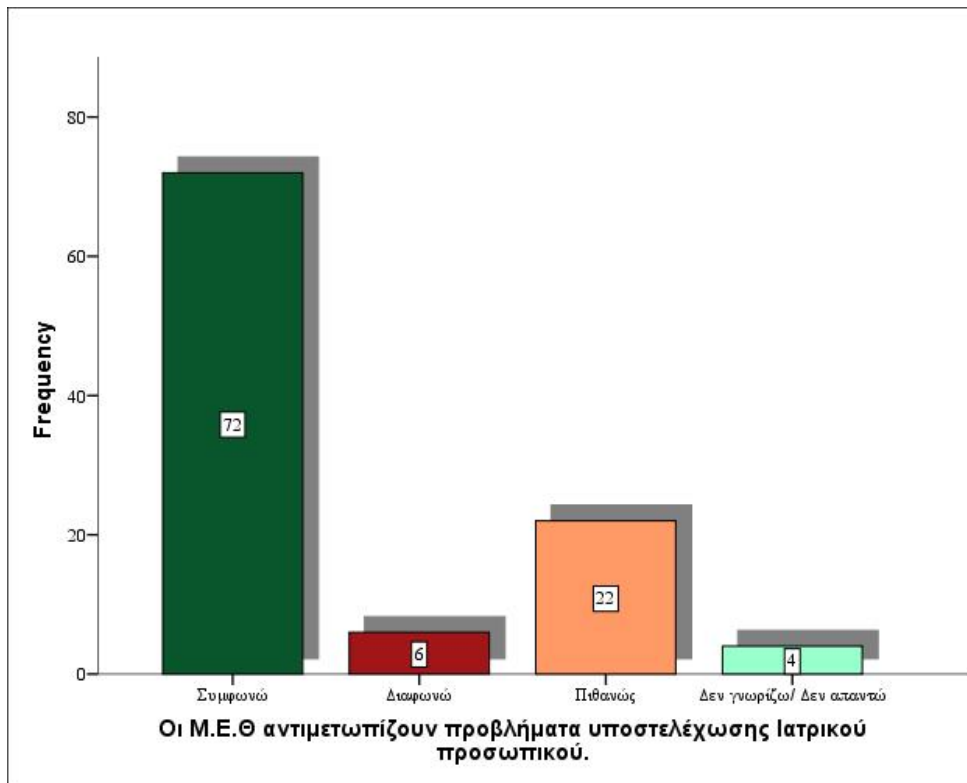
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού παρατηρείται ο πίνακας XI. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 72 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού (69,2% του δείγματος) ενώ 6 νοσηλευτές διαφώνησαν (5,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 22 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς οι Μ.Ε.Θ. πιθανώς αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού (21,2% του δείγματος) ενώ 4 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (3,8% του δείγματος).

Πίνακας XI : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της ενδέκατης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού.

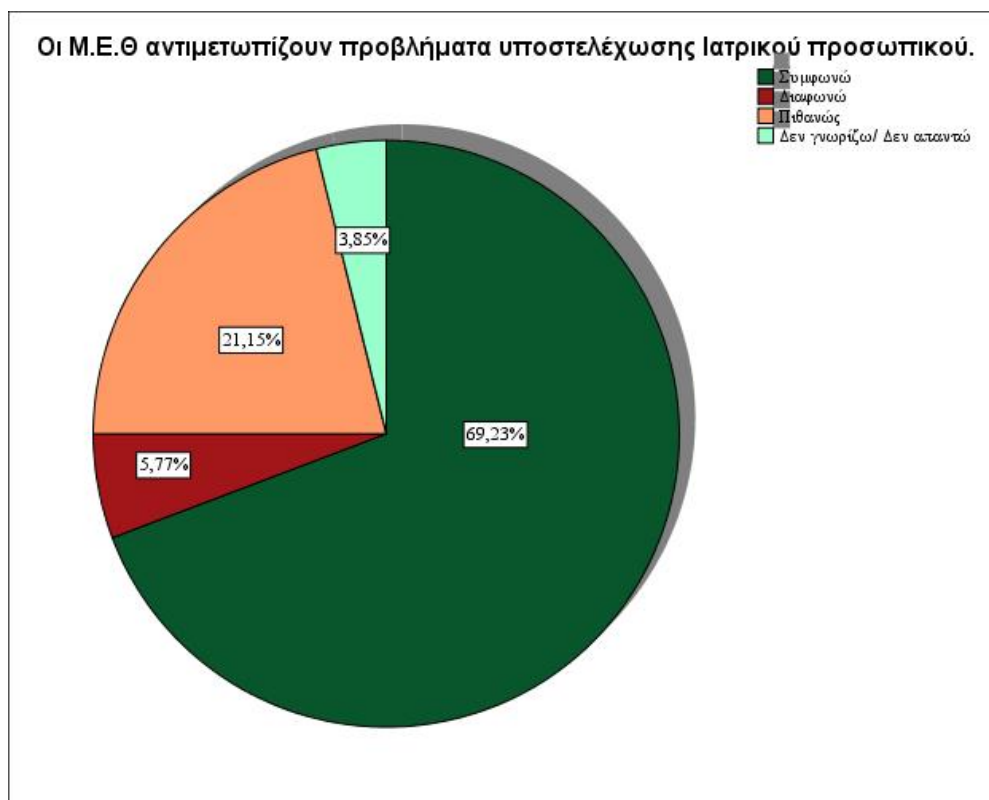
Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	72	69,2
	<i>Διαφωνώ</i>	6	5,8
	<i>Πιθανώς</i>	22	21,2
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	4	3,8
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XI.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού.



Γράφημα XI.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού.



XI. Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.

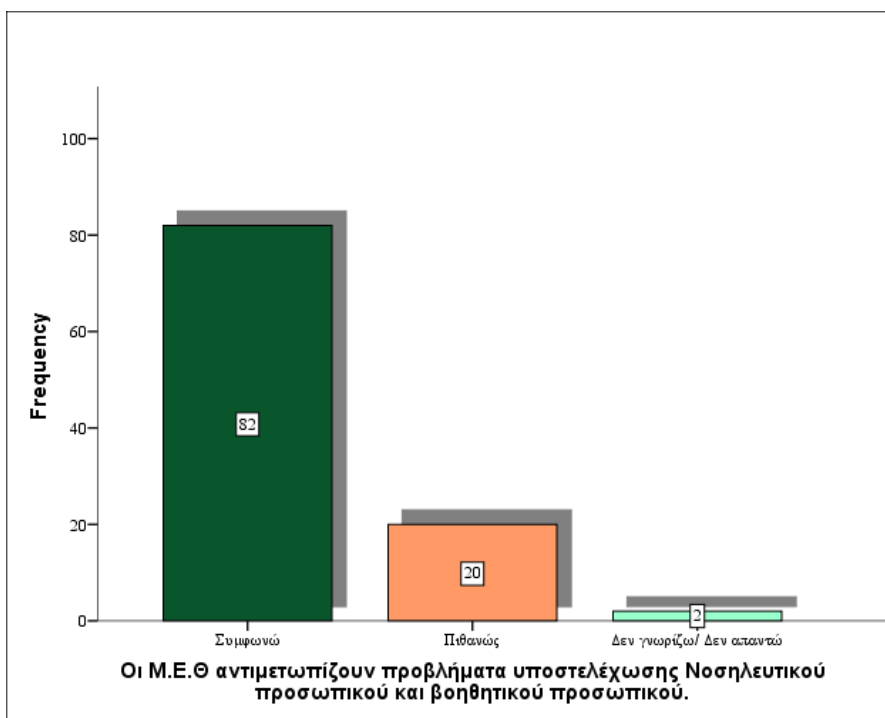
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού παρατηρείται ο πίνακας XII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 82 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού (78,8% του δείγματος) ενώ 20 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς να συμβαίνει κάτι τέτοιο (5,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 2 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (1,9% του δείγματος).

Πίνακας XII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δωδέκατης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.

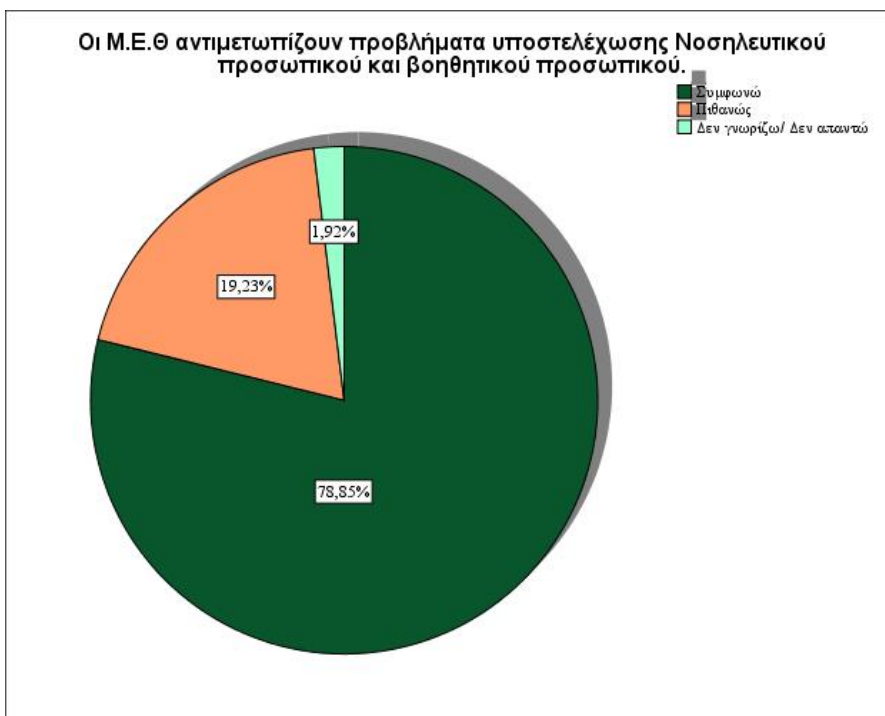
Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	82	78,8
	<i>Πιθανώς</i>	20	19,2
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	2	1,9
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.



Γράφημα ΧΙΙ.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.



XII. Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

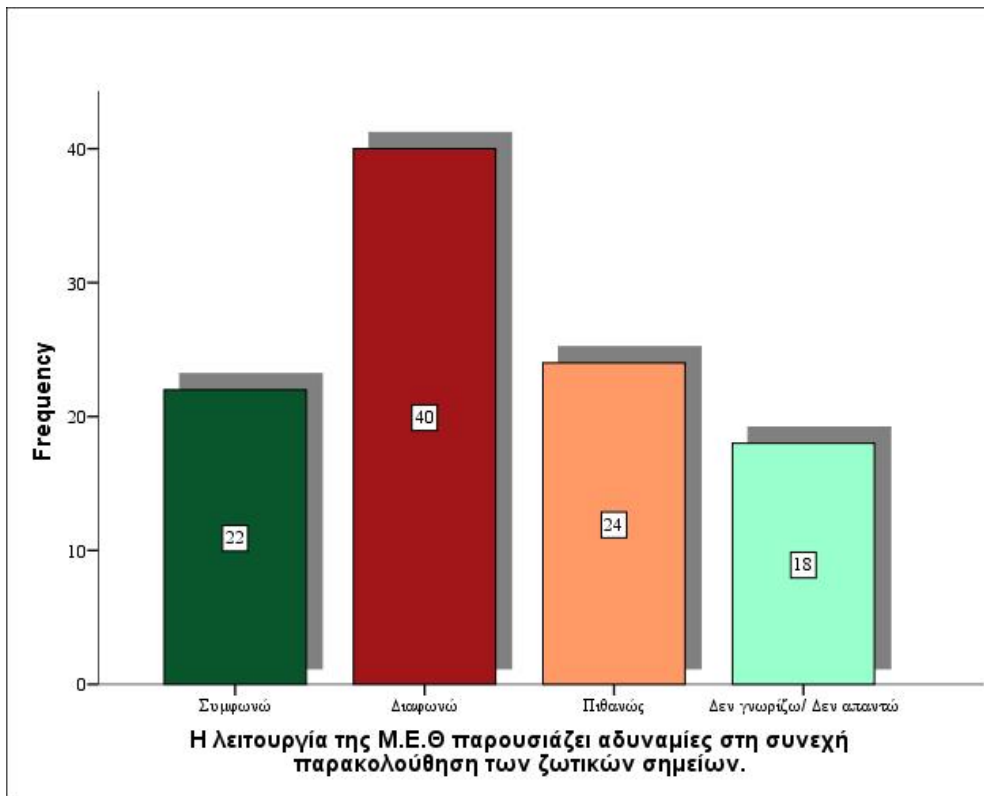
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων παρατηρείται ο πίνακας XIII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 22 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (21,2% του δείγματος) ενώ 40 νοσηλευτές διαφώνησαν (38,5% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 24 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (23,1% του δείγματος) ενώ 18 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (17,3% του δείγματος).

Πίνακας XIII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης τρίτης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

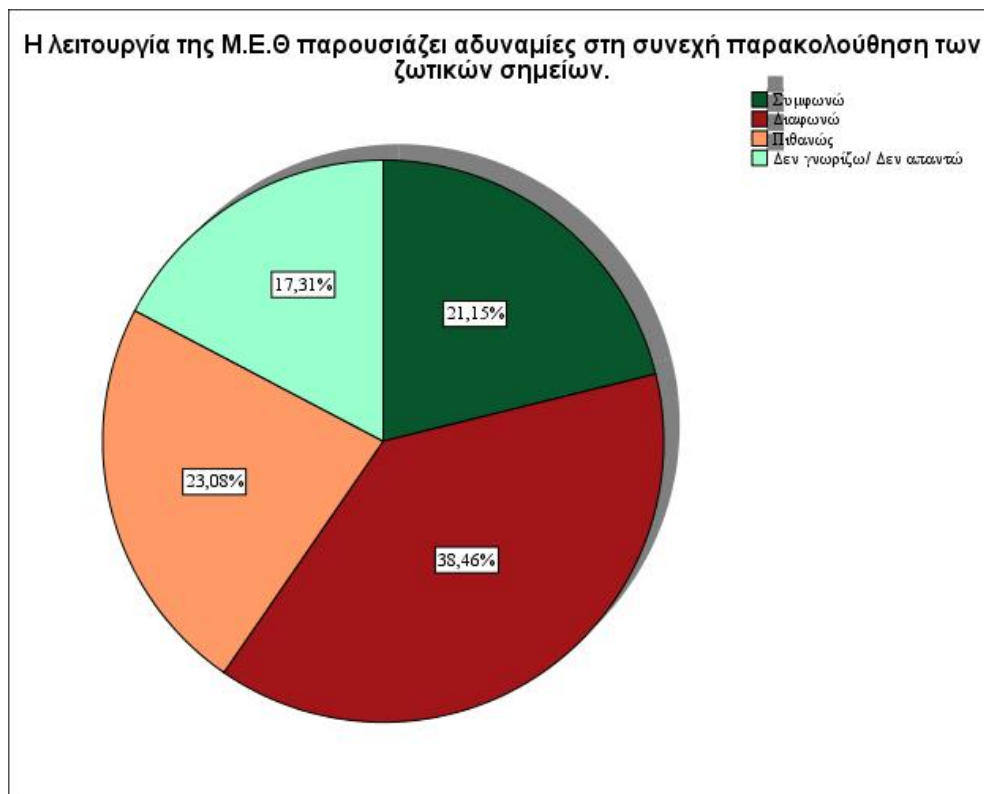
Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	22	21,2
	<i>Διαφωνώ</i>	40	38,5
	<i>Πιθανώς</i>	24	23,1
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	18	17,3
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XIII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.



Γράφημα XIII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.



XIII. Οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης παρατηρείται ο πίνακας XIV. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 20 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης (19,2% του δείγματος) ενώ 16 νοσηλευτές διαφώνησαν (15,4% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 50 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης (48,1% του δείγματος) ενώ 18 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (17,3% του δείγματος).

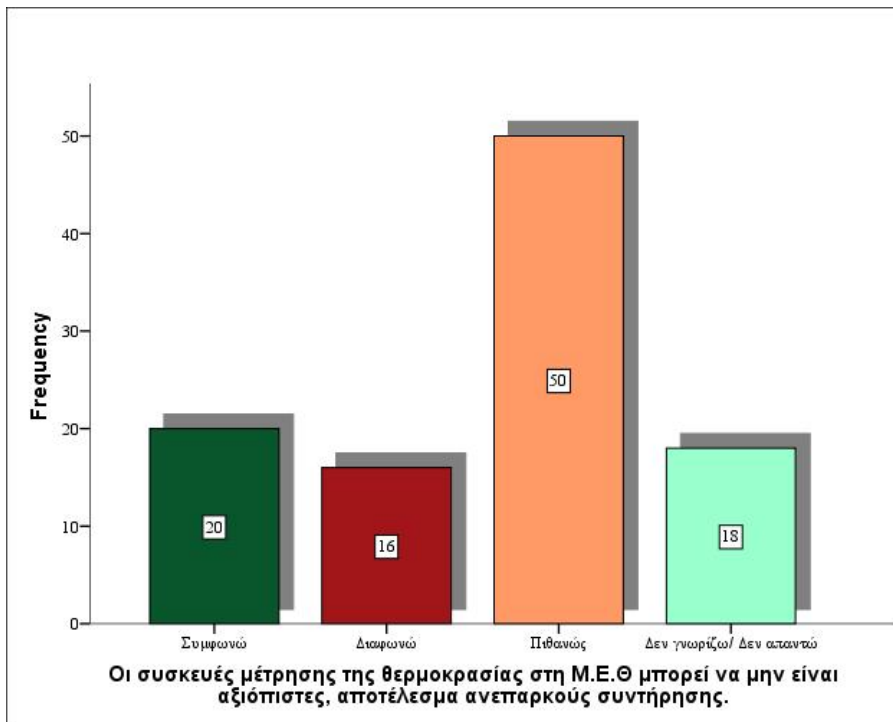
Πίνακας XIV : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης τέταρτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης.

Οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης.

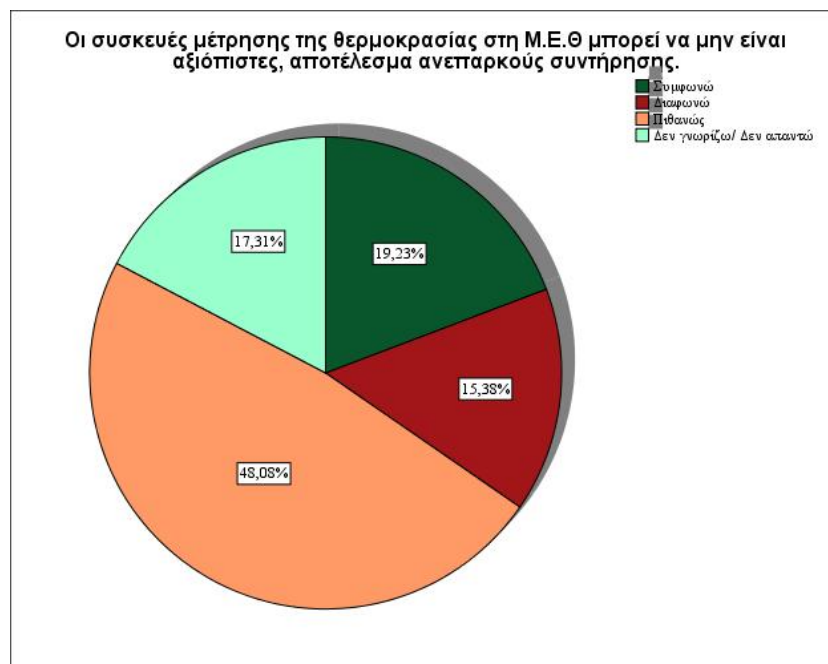
		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>20</i>	<i>19,2</i>
	<i>Διαφωνώ</i>	<i>16</i>	<i>15,4</i>
	<i>Πιθανώς</i>	<i>50</i>	<i>48,1</i>
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	<i>18</i>	<i>17,3</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XIV.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι

συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης.



Γράφημα XIV.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης.



XIV. Στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια.

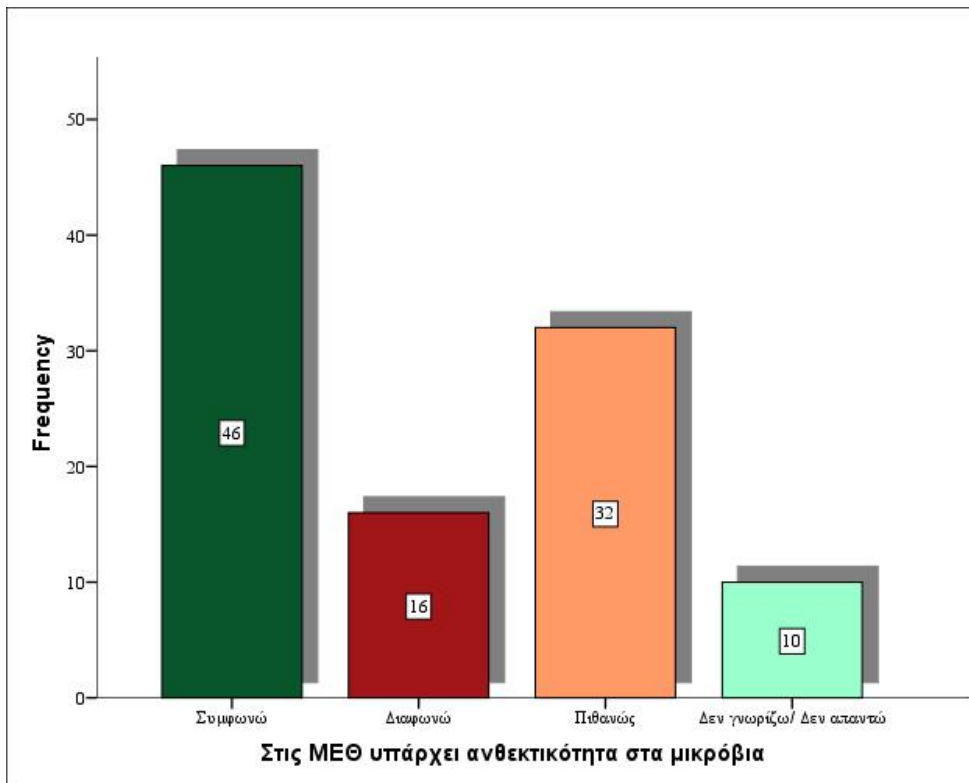
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια παρατηρείται ο πίνακας XV. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 46 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια (44,2% του δείγματος) ενώ 16 νοσηλευτές διαφώνησαν (15,4% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 32 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι στις ΜΕΘ πιθανώς υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια (30,8% του δείγματος) ενώ 10 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (9,6% του δείγματος).

Πίνακας XV : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα τηςδέκατης πέμπτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια.

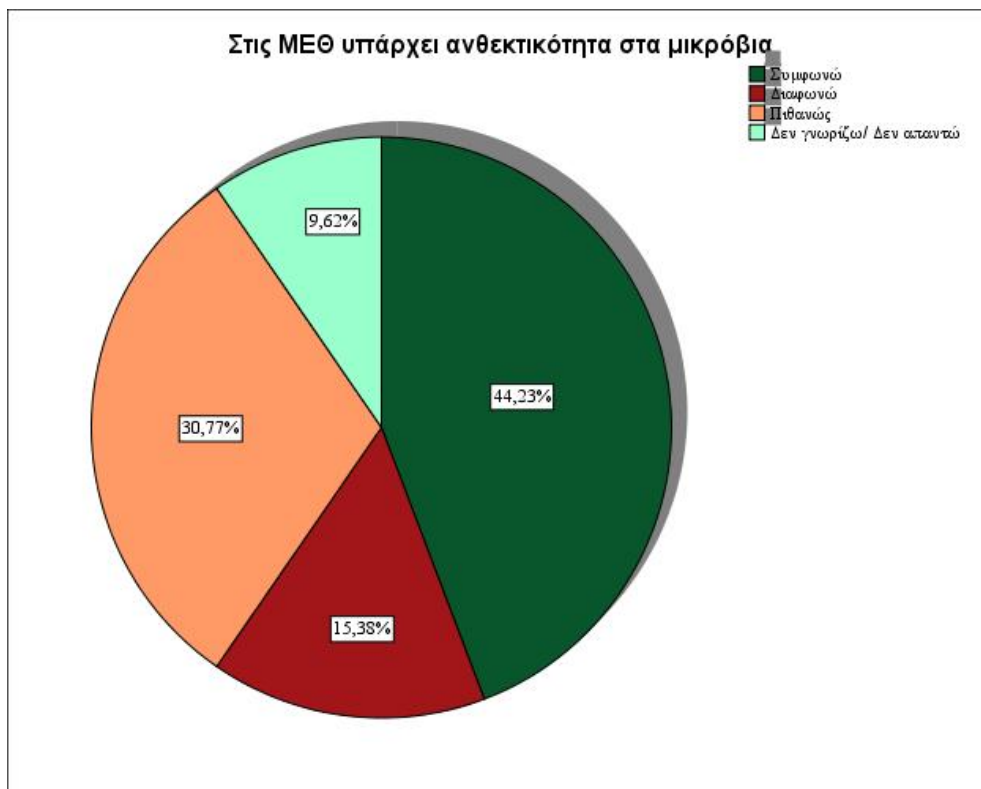
Στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>46</i>	<i>44,2</i>
	<i>Διαφωνώ</i>	<i>16</i>	<i>15,4</i>
	<i>Πιθανώς</i>	<i>32</i>	<i>30,8</i>
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	<i>10</i>	<i>9,6</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XV.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια.



Γράφημα XV.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια.



XV. Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης.

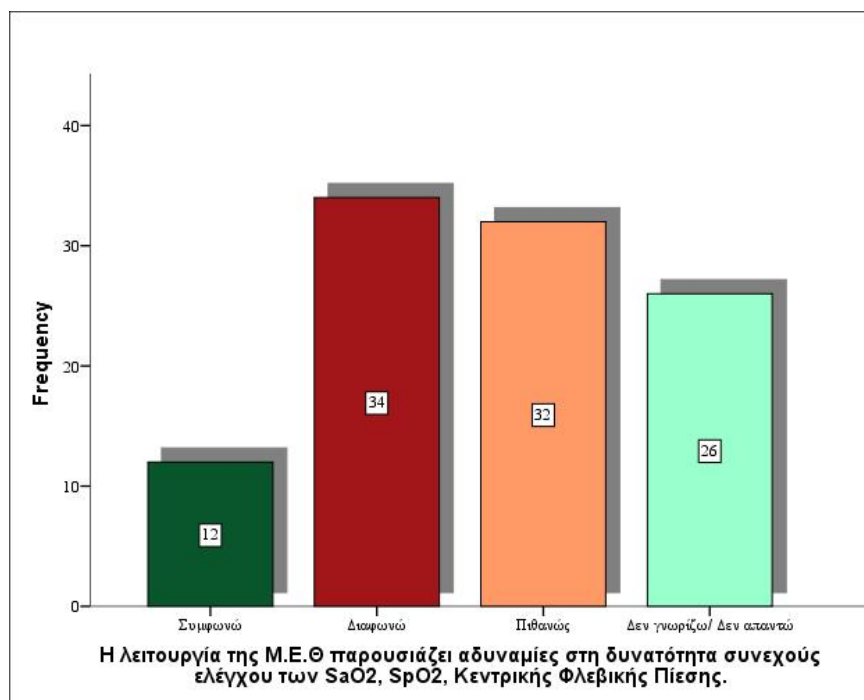
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης παρατηρείται ο πίνακας XVI. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 12 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης (11,5% του δείγματος) ενώ 34 νοσηλευτές διαφώνησαν (32,7% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 32 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης (30,8% του δείγματος) ενώ 26 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (25% του δείγματος).

Πίνακας XVI : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης έκτης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης.

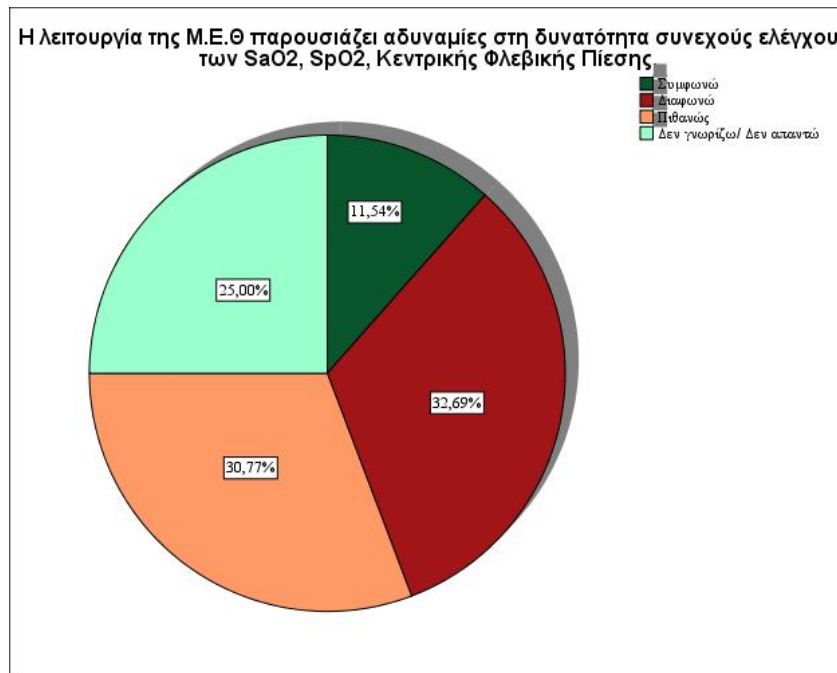
Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>12</i>	<i>11,5</i>
	<i>Διαφωνώ</i>	<i>34</i>	<i>32,7</i>
	<i>Πιθανώς</i>	<i>32</i>	<i>30,8</i>
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	<i>26</i>	<i>25,0</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XVI.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης.



Γράφημα XVI.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης.



XVI. Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς παρατηρείται ο πίνακας XVII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 16 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς (15,4% του δείγματος) ενώ 36 νοσηλευτές διαφώνησαν (34,6% του δείγματος). Την ίδια στιγμή ισάριθμοι νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς ενώ 16 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (15,4% του δείγματος).

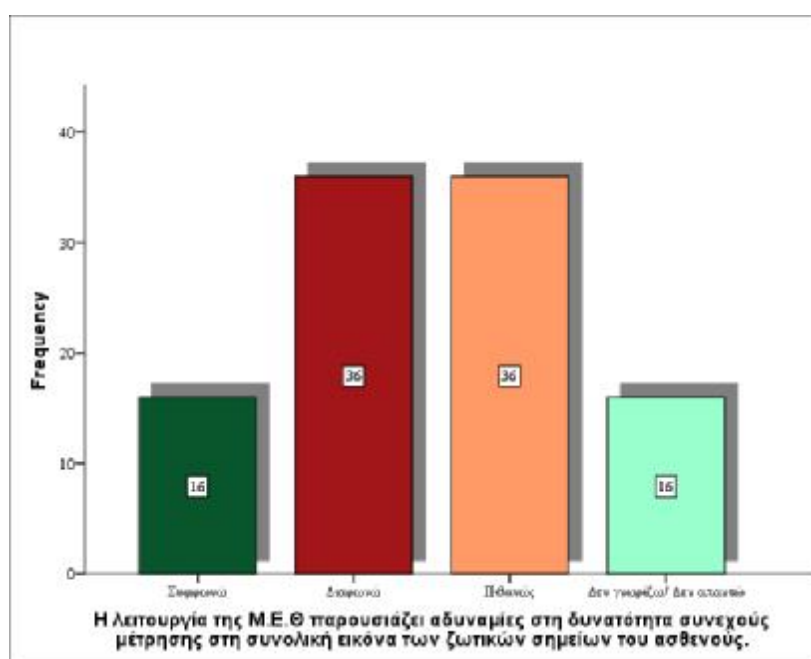
Πίνακας XVII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης έβδομης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν

με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς.

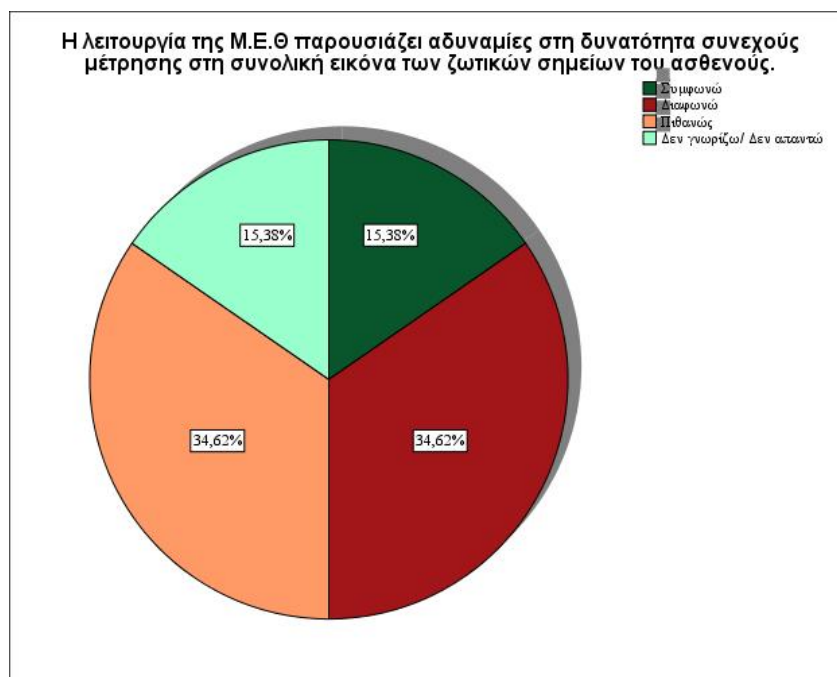
Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς.

		Frequency	Percent
Valid	Συμφωνώ	16	15,4
	Διαφωνώ	36	34,6
	Πιθανώς	36	34,6
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	16	15,4
	Total	104	100,0

Γράφημα XVII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς.



Γράφημα XVII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς.



XVII. Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς παρατηρείται ο πίνακας XVIII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 32 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς (30,8% του δείγματος) ενώ 30 νοσηλευτές διαφώνησαν (28,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή ισάριθμα άτομα απάντησαν πως θεωρούν πως πιθανώς η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς ενώ 12 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (11,5% του δείγματος).

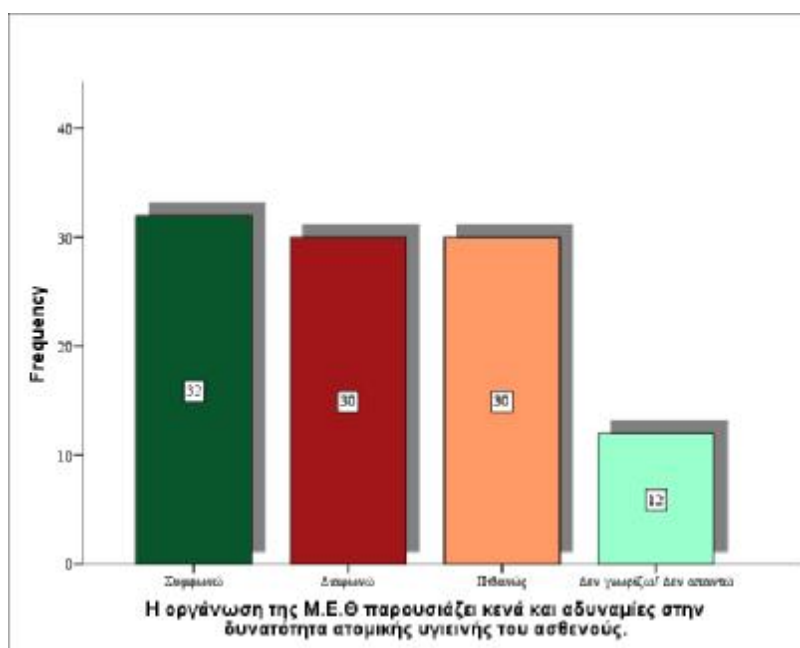
Πίνακας XVIII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης όγδοης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν

με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς.

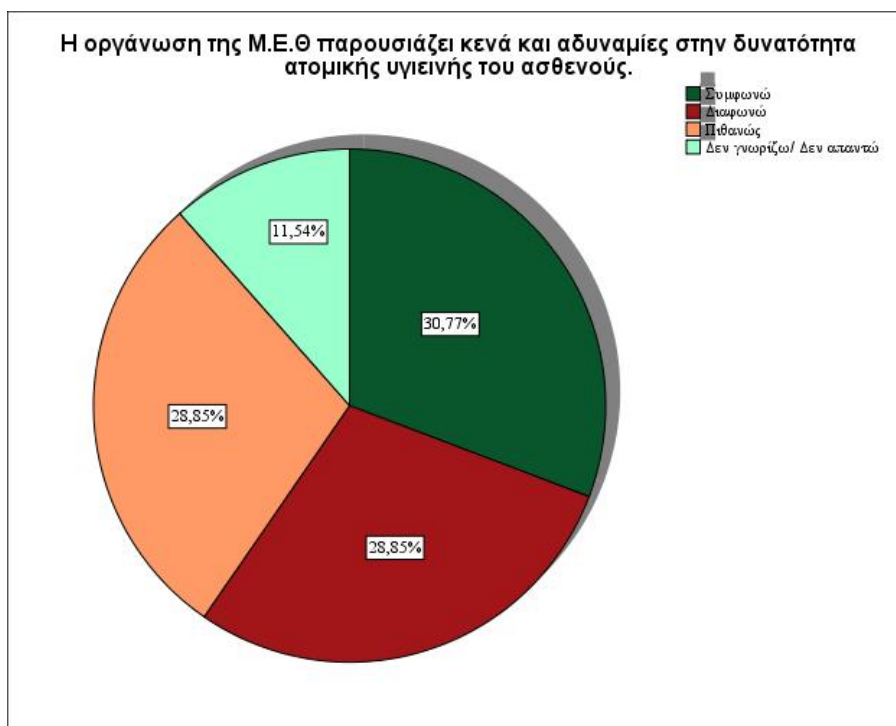
Η οργάνωση της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	Συμφωνώ	32	30,8
	Διαφωνώ	30	28,8
	Πιθανώς	30	28,8
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	12	11,5
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XVIII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς.



Γράφημα XVIII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς.



XVIII. Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων παρατηρείται ο πίνακας XIX. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 30 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων (28,8% του δείγματος) ενώ 32 νοσηλευτές διαφώνησαν (30,8% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 26 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων (25% του δείγματος) ενώ τέλος 16 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (15,4% του δείγματος).

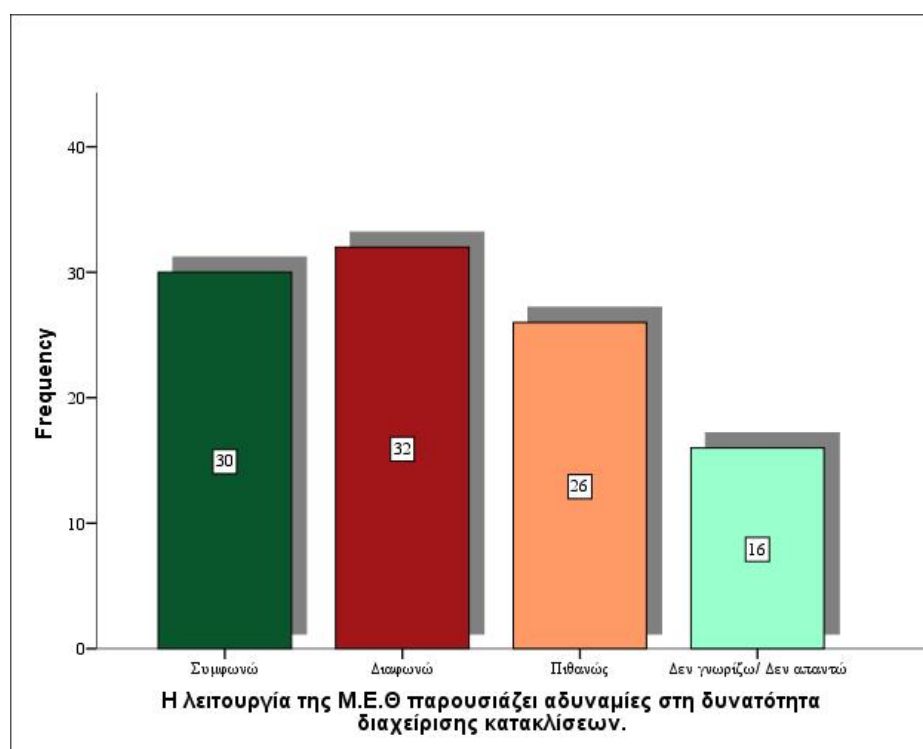
Πίνακας XIX : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της δέκατης ένατης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν

με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων.

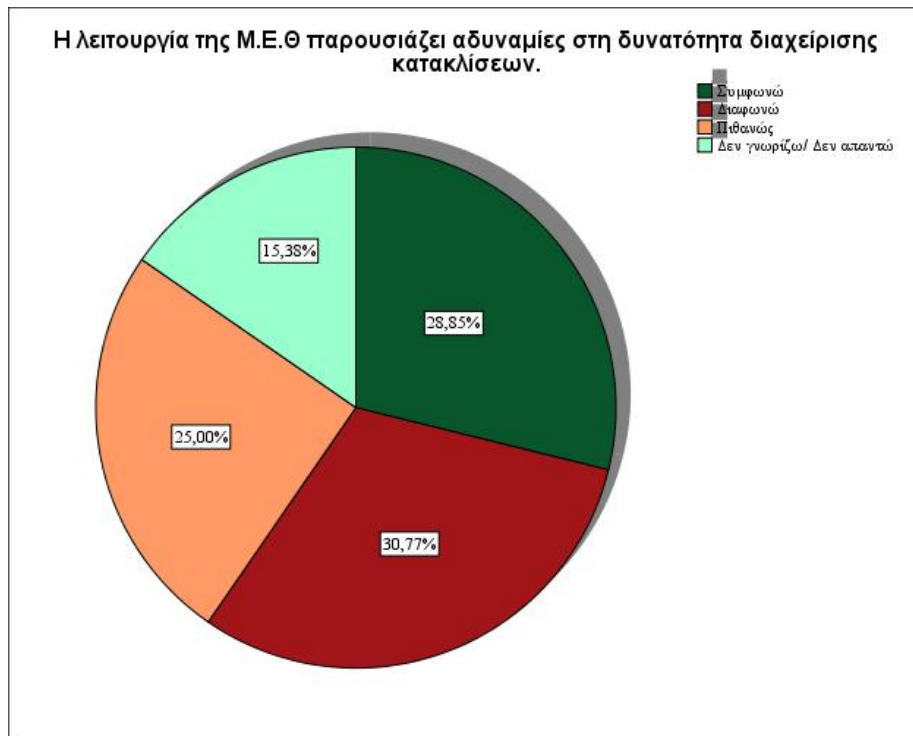
Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	30	28,8
	<i>Διαφωνώ</i>	32	30,8
	<i>Πιθανώς</i>	26	25,0
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	16	15,4
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XIX.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων.



Γράφημα XIX.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων.



XIX. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα παρατηρείται ο πίνακας XX. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 52 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα (50% του δείγματος) ενώ 10 νοσηλευτές διαφώνησαν (9,6% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 34 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα (32,7% του δείγματος) ενώ τέλος 8 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (7,7% του δείγματος).

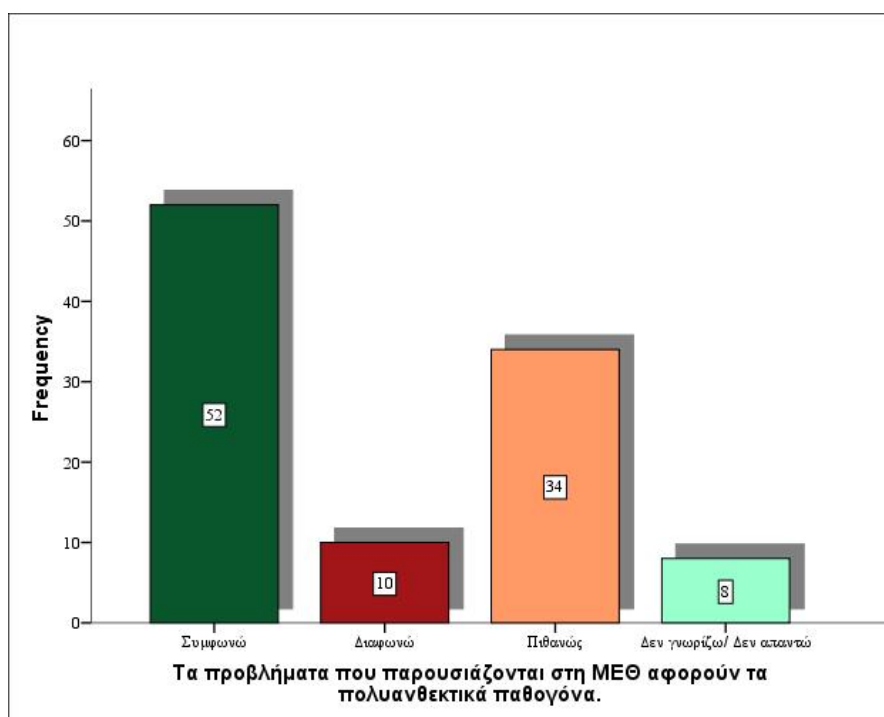
Πίνακας XX : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της εικοστής ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η

σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα.

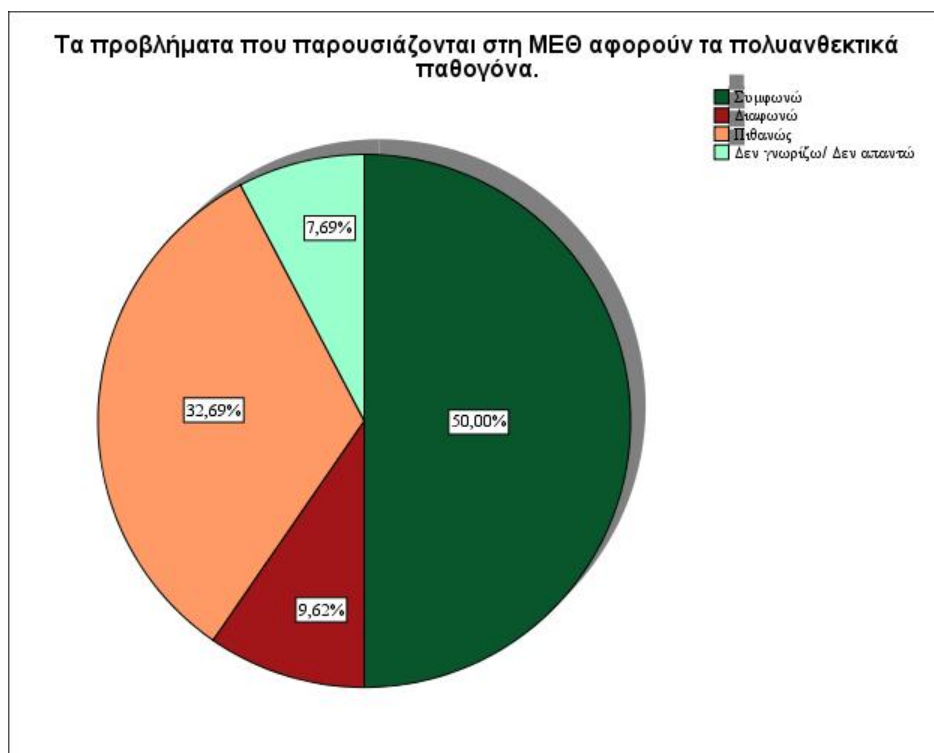
Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	52	50,0
	<i>Διαφωνώ</i>	10	9,6
	<i>Πιθανώς</i>	34	32,7
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	8	7,7
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XX.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα.



Γράφημα XX.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα.



XX. Η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη.

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη παρατηρείται ο πίνακας XXI. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 100 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη (96,2% του δείγματος) ενώ 2 νοσηλευτές διαφώνησαν (1,9% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 2 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη (1,9% του δείγματος).

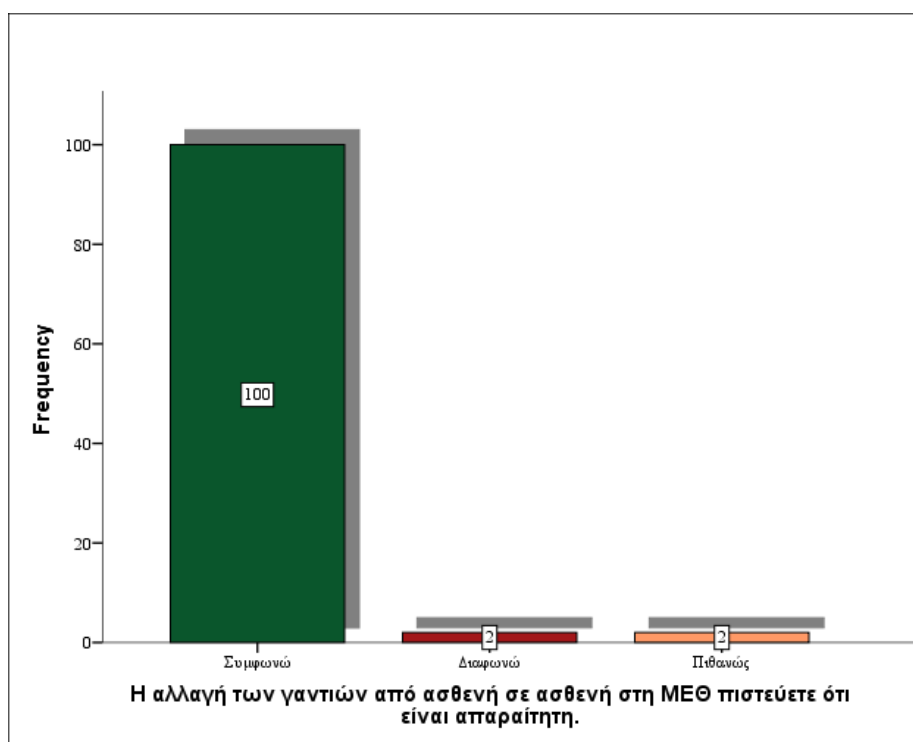
Πίνακας XXI : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της εικοστής πρώτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η

σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη.

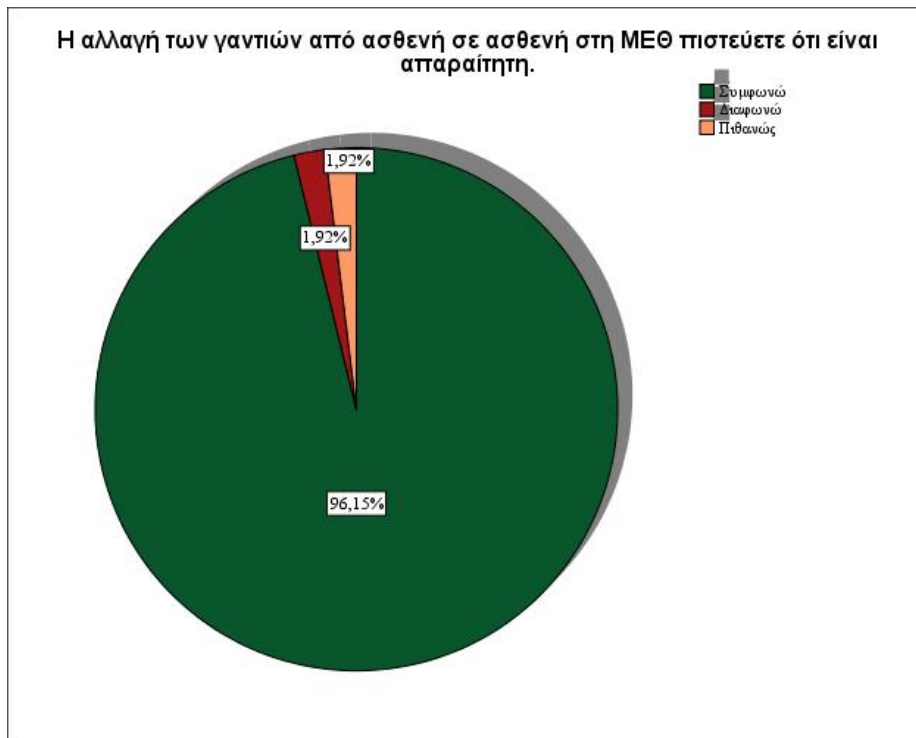
Η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη.

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>100</i>	<i>96,2</i>
	<i>Διαφωνώ</i>	<i>2</i>	<i>1,9</i>
	<i>Πιθανώς</i>	<i>2</i>	<i>1,9</i>
	<i>Total</i>	<i>104</i>	<i>100,0</i>

Γράφημα XXI.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη.



Γράφημα XXI.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη.



XXI. Οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί;

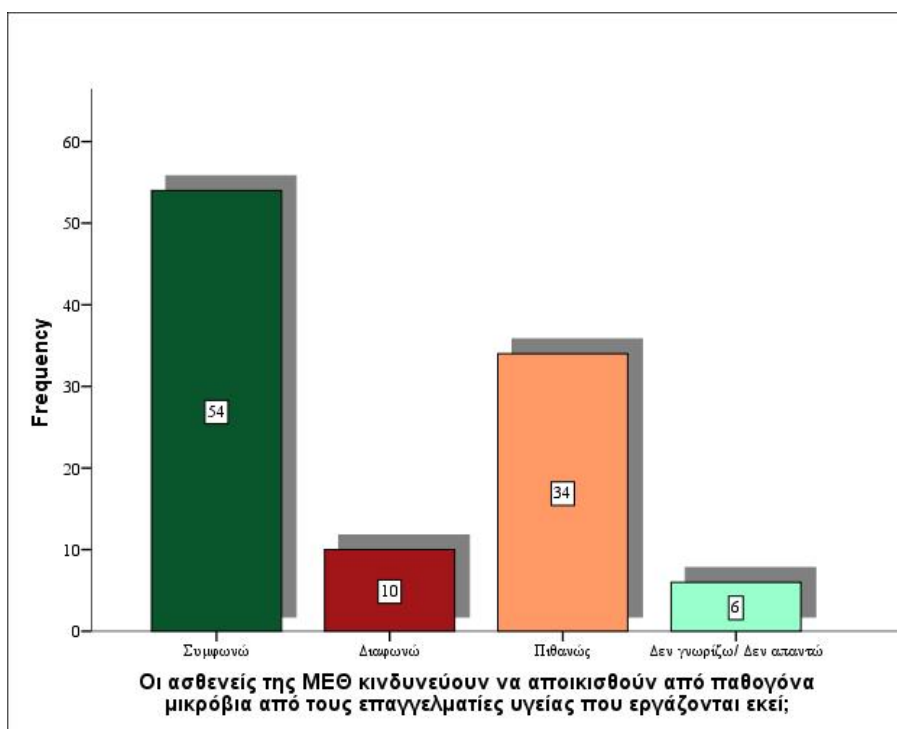
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί παρατηρείται ο πίνακας XXII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 54 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί (51,9% του δείγματος) ενώ 10 νοσηλευτές διαφώνησαν (9,6% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 34 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί (32,7% του δείγματος) ενώ τέλος 6 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (5,8% του δείγματος).

Πίνακας XXII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της εικοστής δεύτερης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί.

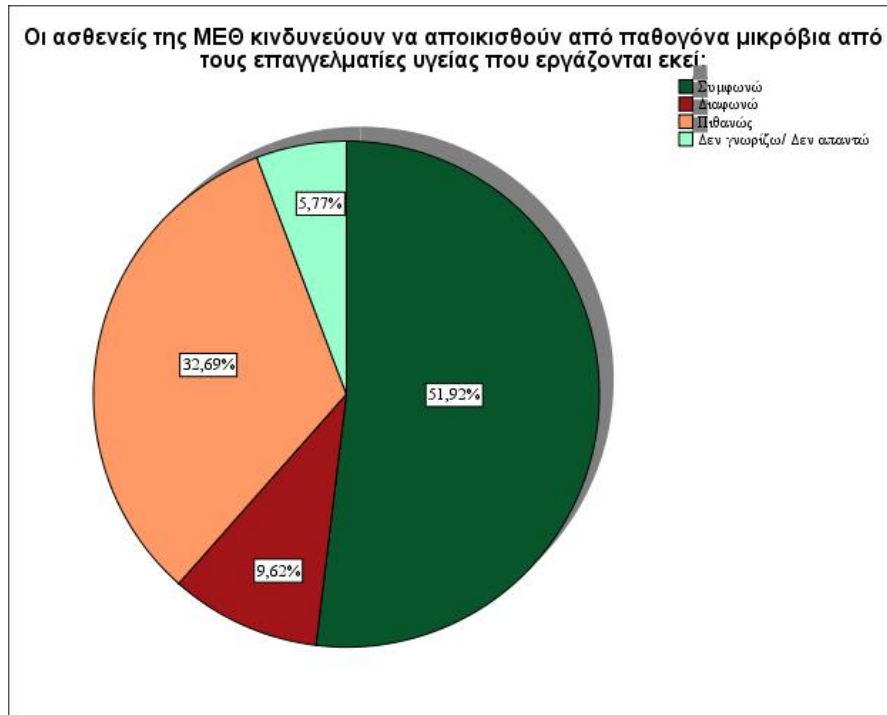
Οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί;

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	54	51,9
	<i>Διαφωνώ</i>	10	9,6
	<i>Πιθανώς</i>	34	32,7
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	6	5,8
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XXII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί.



Γράφημα XXII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί.



XXII. Οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)

Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρείται ο πίνακας XXIII. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 76 νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (73,1% του δείγματος) ενώ 2 νοσηλευτές διαφώνησαν (1,9% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 18 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (17,3% του δείγματος) ενώ τέλος 8 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (7,7% του δείγματος).

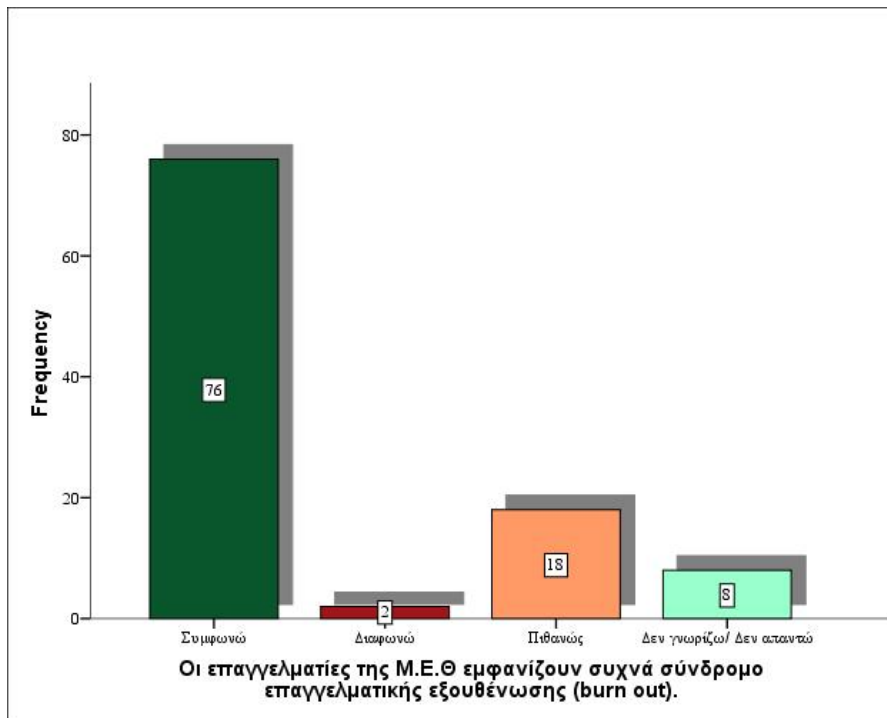
Πίνακας XXIII : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της εικοστής τρίτης ερώτησης που καλέστηκαν αν απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out).

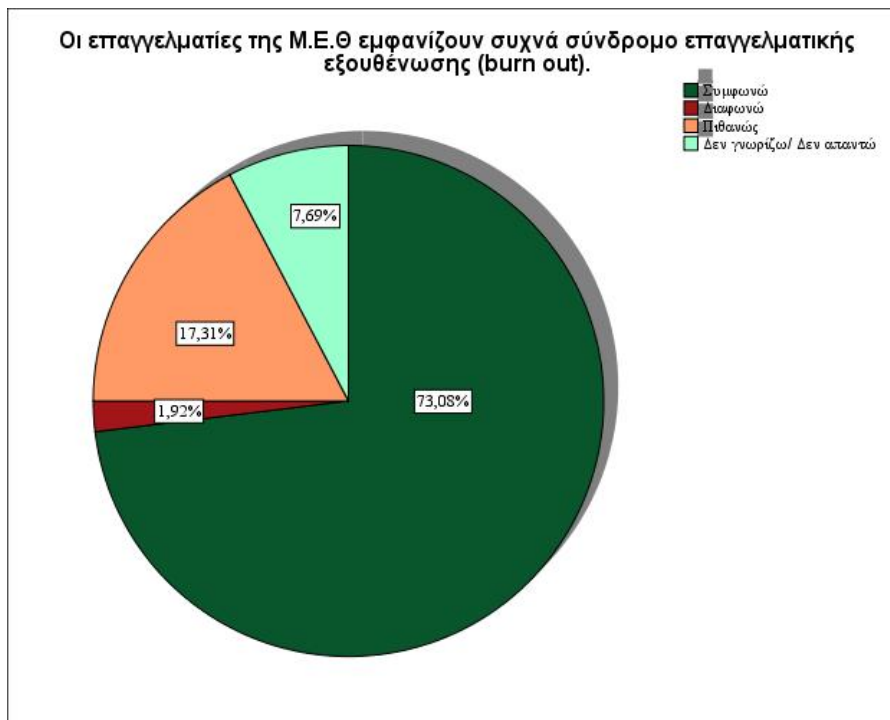
		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	76	73,1
	<i>Διαφωνώ</i>	2	1,9
	<i>Πιθανώς</i>	18	17,3
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	8	7,7
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XXIII.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το

ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.



Γράφημα XXIII.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.



XXIII. Θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα της Μ.Ε.Θ

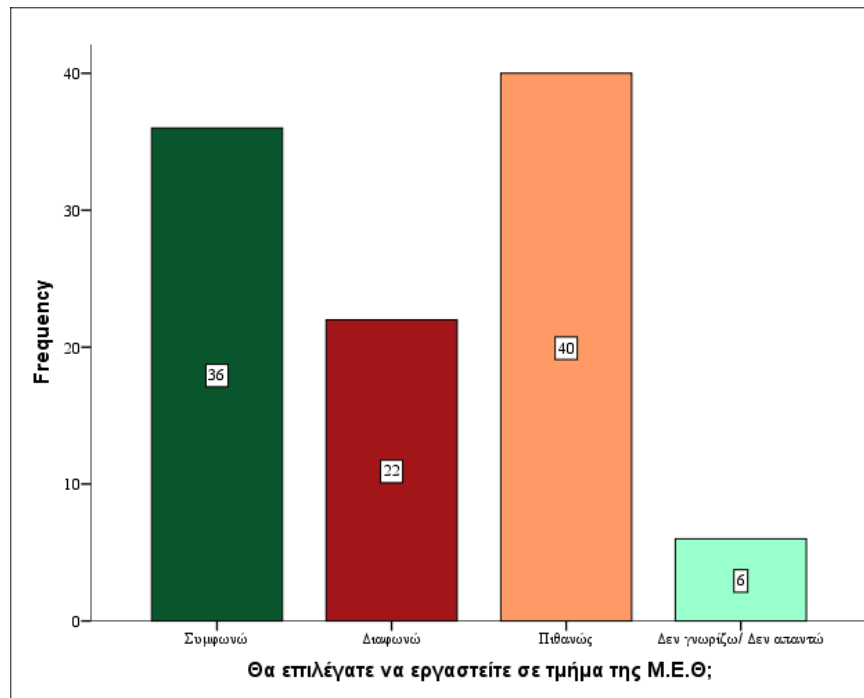
Σε σχέση με το εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με το ότι θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ παρατηρείται ο πίνακας XXIV. Εδώ με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν, είναι εμφανές ότι το δείγμα αποτελείται από 36 νοσηλευτές που θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ (34,6% του δείγματος) ενώ 22 νοσηλευτές δεν θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ (21,2% του δείγματος). Την ίδια στιγμή 40 νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ (38,5% του δείγματος) ενώ τέλος 6 νοσηλευτές δεν γνώριζαν ή δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν στην παρούσα ερώτηση (5,8% του δείγματος).

Πίνακας XXIV : Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούν να παρατηρηθούν τα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα της εικοστής τέταρτης ερώτησης που καλέστηκαν να απαντήσουν οι ερωτηθέντες. Πιο αναλυτικά παρουσιάζεται η συχνότητα και η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ.

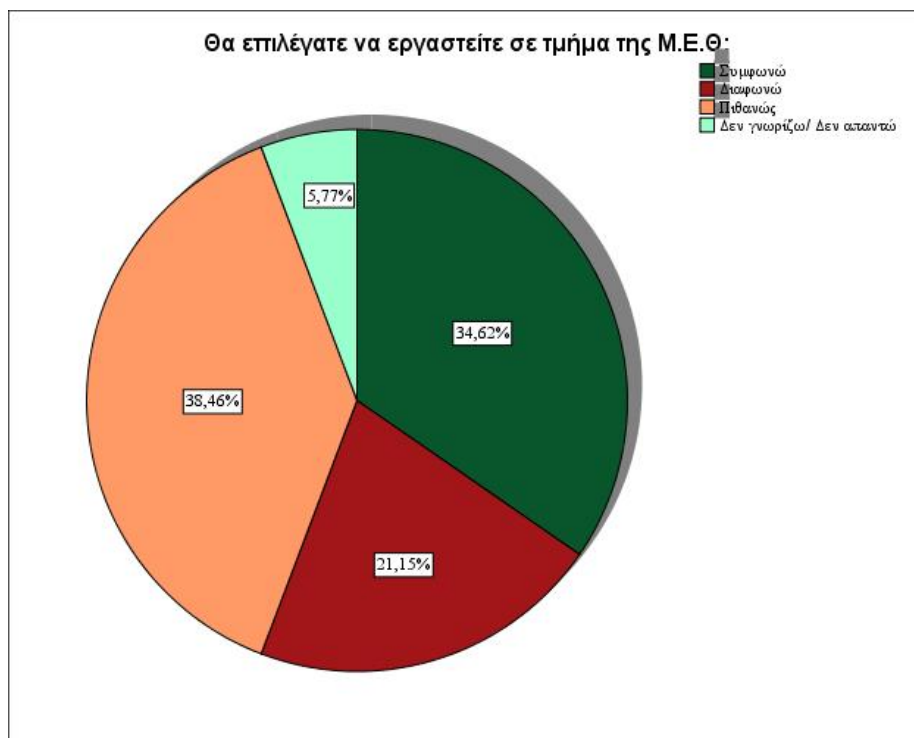
Θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα της Μ.Ε.Θ;

		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Συμφωνώ</i>	36	34,6
	<i>Διαφωνώ</i>	22	21,2
	<i>Πιθανώς</i>	40	38,5
	<i>Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ</i>	6	5,8
	<i>Total</i>	104	100,0

Γράφημα XXIV.1: Στο γράφημα ράβδων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ.



Γράφημα XXIV.2: Στο γράφημα πίτας που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχετική συχνότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν συμφωνούν με το ότι θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο παρόν σημείο πρόκειται να παρουσιαστούν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, πρέπει να σημειωθεί πως κατά κύριο λόγο οι απαντήσεις των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα αντικατοπτρίζουν πλήρως την εικόνα των Μ.Ε.Θ της χώρας αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Αρχικά πρέπει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως έχει βρεθεί σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ (51,9% του δείγματος).

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες κατατάσσουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ στην τρίτη θέση (51,9% του δείγματος) ενώ ακολούθησε η πρώτη θέση (34,6% του δείγματος). Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε πως κατά κύριο λόγο τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα διατήρησαν μια ουδέτερη προς θετική στάση στο ότι οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών (65,4% του δείγματος). Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί πως πιθανών η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς και θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους (46,2% του δείγματος) με μεγάλο τμήμα του δείγματος να συμφωνεί με αυτό (40,4% του δείγματος).

Την ίδια στιγμή άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι το δείγμα της έρευνας κατά κύριο λόγο αποτελούταν από νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού (75% του δείγματος), ενώ λίγο λιγότερα άτομα συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανημάτων υποστήριξης (67,3% του δείγματος). Σημειωτέο είναι και το γεγονός ότι κατά κύριο λόγο οι ερωτηθέντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού (69,2% του δείγματος) ενώ περισσότεροι ήταν αυτοί που συμφώνησαν με το ότι οι Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού (78,8% του δείγματος).

Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα διαφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ενώ κατά κύριο λόγο οι ερωτηθέντες

απάντησαν πως θεωρούν ότι πιθανώς οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης (48,1% του δείγματος). Επίσης κατέστη εμφανές πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος συμφώνησε με το ότι στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια (44,2% του δείγματος), ταυτόχρονα οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν θεωρούν πως η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης (32,7% του δείγματος) ενώ μεγάλο τμήμα τους θεωρεί ότι κάτι τέτοιο πιθανώς να συμβαίνει (30,8% του δείγματος.) Επίσης άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες διαφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς (34,6% του δείγματος) ενώ ισάριθμοι νοσηλευτές απάντησαν πως θεωρούν ότι κάτι τέτοιο είναι πιθανόν να συμβαίνει.

Την ίδια στιγμή παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των νοσηλευτών συμφώνησαν με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς (30,8% του δείγματος) αλλά εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μεγάλο τμήμα του δείγματος διαφώνησε με το προαναφερθέν (28,8% του δείγματος) παρόλα αυτά πολλά ήταν και τα άτομα που θεωρούν πως κάτι τέτοιο συμβαίνει πιθανόν δημιουργώντας έτσι ένα γενικό αρνητικό προφίλ στο παρόν εύρημα. Επίσης παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο τμήμα του δείγματος διαφώνησε με το ότι η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων (30,8% του δείγματος).

Επίσης σημαντικά ευρήματα της έρευνας είναι και το ότι κατά κύριο λόγο το δείγμα αποτελείται από νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα (50% του δείγματος) ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών συμφώνησε με το ότι η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη (96,2% του δείγματος). Επιπλέον παρατηρήθηκε πως το δείγμα της έρευνας κατά κύριο λόγο αποτελείται από νοσηλευτές που συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί (51,9% του δείγματος). Τέλος παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες συμφώνησαν με το ότι οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (73,1% του δείγματος) ενώ οι περισσότεροι

ερωτηθέντες απάντησαν πως είτε θα επέλεγαν να εργαστούν σε τμήμα της Μ.Ε.Θ είτε πιθανόν να έκαναν κάτι τέτοιο (73,1% του δείγματος).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Azoulay E, Chevert S. et al. (2000), Halt the families of intensive care unit patients experience, inadequate communication with physicians.

Buckmann R (1993). Communication in Palliative care. A practical guide. Oxford textbook of palliative medicine,51-69

Cornock MA. (1998) Stress and the intensive care patient: perception of patient and nurses. Journal of advanced nursing 1998;27:518- 527

Currey J, Botti M. (2006) The influence of patient complexity and nurses' experience on hemodynamic decision-making, following cardiac surgery. Intensive Crit Care Nurs 22: 194-205.

Desbiens NA, Wu Aw,(1997).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.102:269-76

El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. (2007) Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses.Intensive Crit Care Nurs 23(1):43-50.

Engström A, Söderberg S. (2007) Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. J Clin Nurs , 16(9):1651-9.

Faber-Langendoen K.(1996) A multi institutional study of care given to patients dying in hospital. Ethical and practice implications. Arch intern.Med. 1996;156:2130-2136

Gunningberg L. (2004) Pressure ulcer prevention: evaluation of an education programme for Swedish nurses.J Wound Care 2004;13(3):85-9.

Hancock HC, Easen PR. (2006) The decision making processes of nurses when extubating patients following cardiac surgery: an ethnographic study. *Int J Nurs Stud*, 43: 693-705.

Lee YH, Jeong IS, Jeon SS. (2003) A comparative study on the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 33(2):162-9

Manias E, Street A. (2001) The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *Int J Nurs Stud*, 38: 129-140

Moore Z, Price P. (2004) Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *J Clin Nurs* 13(8):942-51

Nelson DP, Polst G. (2005) An interdisciplinary team approach to evidence-based improvement in family-centered care. *Crit Care Nurs Q* 2008;31(2):110-8.

Qyull TE. A (1996) *Midwife Through the dying process*. Baltimore MD. The John Hopkins university Press

Ramezani Badr F, Nasrabadi AN, Yekta ZP, Taleghani F. Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. *J Nurs Scholarsh* 2009, 41: 351-358

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

Suominen T, Leino-Kilpi H, Merja M, Irvine Doran D, Puukka P. (2001) Staff empowerment in Finnish intensive care units. *J Prof Nurs*, 17: 341-347. 1

Varjus SL, Suominen T, Leino-Kilpi H. (2003) Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive Crit Care Nurs*, 19: 31-40.

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 care unit? J Clin Nurs 2007;16(8):1488-97.

Whitcher S.J , Fisher J.D.(1979) Multidimensional reaction to therapeutic touch in a
hospital setting, Pers. Soc. Psychol. 1979 Jan;37(1):87- 96

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Θέματα τακτικών ασφαλείας σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ

Αγαπητοί, συνάδελφοι,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο Τμήμα της Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Σκοπός της έρευνας μας είναι να διαπιστώσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για θέματα τακτικών ασφαλείας σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα. Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνο μία απάντηση. ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΕΣ.

* Απαιτείται

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο *

- Άρρεν
- Θήλυ

Ηλικία *

- 18-20
- 20-22
- 23-29
- 30+

Έτος σπουδών *

- 1ο έτος
- 2ο έτος
- 3ο έτος
- 4ο έτος

Οι γνώσεις σας για την Μ.Ε.Θ προέρχονται από: *

- Τις σπουδές σας
- Επίσκεψη σε τμήμα Μ.Ε.Θ

- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
- Κοινωνικός περίγυρος

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Έχετε βρεθεί ποτέ σε κάποιο τμήμα της Μ.Ε.Θ; *

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Τι θέση πιστεύεται ότι κατέχουν τα ιατρικά σφάλματα στην Μ.Ε.Θ. *

- 1η
- 3η
- 5η
- 7η

Οι Μ.Ε.Θ. έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των αναγκών. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία για αυτούς που θα μπορούσε να δημιουργήσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι Μ.Ε.Θ. της χώρας μας αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης αναλώσιμου υλικού. *

- Συμφωνώ

- ο Διαφωνώ
- ο Πιθανώς
- ο Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα μηχανμάτων υποστήριξης (αναπνευστήρες, αντλίες, αναρροφήσεις, μηχανήματα διύλισης, τροχήλατα και χειρουργικός εξοπλισμός, φορητό ακτινολογικό εξοπλισμό). *

- ο Συμφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Πιθανώς
- ο Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Ιατρικού προσωπικού. *

- ο Συμφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Πιθανώς
- ο Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι Μ.Ε.Θ αντιμετωπίζουν προβλήματα υποστελέχωσης Νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού. *

- ο Συμφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Πιθανώς
- ο Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. *

- ο Συμφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Πιθανώς

- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι συσκευές μέτρησης της θερμοκρασίας στη Μ.Ε.Θ μπορεί να μην είναι αξιόπιστες, αποτέλεσμα ανεπαρκούς συντήρησης. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Στις ΜΕΘ υπάρχει ανθεκτικότητα στα μικρόβια *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς ελέγχου των SaO₂, SpO₂, Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα συνεχούς μέτρησης στη συνολική εικόνα των ζωτικών σημείων του ασθενούς. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η οργάνωση της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει κενά και αδυναμίες στην δυνατότητα ατομικής υγιεινής του ασθενούς. *

- Συμφωνώ

- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η λειτουργία της Μ.Ε.Θ παρουσιάζει αδυναμίες στη δυνατότητα διαχείρισης κατακλίσεων. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη ΜΕΘ αφορούν τα πολυανθεκτικά παθογόνα. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Η αλλαγή των γαντιών από ασθενή σε ασθενή στη ΜΕΘ πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη. *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι ασθενείς της ΜΕΘ κινδυνεύουν να αποικισθούν από παθογόνα μικρόβια από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί; *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Οι επαγγελματίες της Μ.Ε.Θ εμφανίζουν συχνά σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out). *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Θα επιλέγατε να εργαστείτε σε τμήμα της Μ.Ε.Θ; *

- Συμφωνώ
- Διαφωνώ
- Πιθανώς
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Υποβολή