

Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας

Γιούρντα Άννα-Μαρία¹, Τουλιά Γεωργία²

1. Νοσηλεύτρια
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες ολοένα και περισσότερο δίνεται έμφαση στις ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τις ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ερευνητικών και ανασκοπικών εργασιών που αφορούσαν τις ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ, ανεξαρτήτως ειδικότητας.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι, οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ βιώνουν πολλές και ποικίλες ανάγκες, εκ των οποίων οι επικρατέστερες είναι η ανάγκη πληροφόρησης, η ανάγκη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που αφορούν κυρίως ηθικά διλήμματα και η ανάγκη επισκεπτηρίου του αγαπημένου νοσηλευόμενου προσώπου. Επίσης, οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ βιώνουν έντονο άγχος και κατάθλιψη τα οποία θα πρέπει να αξιολογούνται από τους επαγγελματίες υγείας και να αντιμετωπίζονται.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μεριμνούν για τους συγγενείς δεδομένου ότι, η νοσηλεία του αγαπημένου προσώπου επιφέρει πλήθος αλλαγών στη καθημερινή τους ζωή.

Λέξεις Κλειδιά: Ανάγκες συγγενών, μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γιούρντα Άννα-Μαρία, E-mail: anmar.13@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 14, Issue 1 (January – March 2015)

REVIEW

Needs of patients' relatives in intensive care unit

Giournta Anna-Maria¹, Toulia Georgia²

1. RN
2. Lecturer, Nursing Department, Technological Educational Institute, Athens

ABSTRACT

During the last decades more emphasis is put on the needs of relatives of hospitalized patients in the intensive care unit (ICU).

The **purpose** of this study was to review the literature on the needs of relatives of hospitalized patients in the ICU.

Methodology: The methodology followed included literature research mainly concerning the needs of relatives of patients hospitalized in ICU, regardless of specialty.

Results: The literature review showed that relatives experience many and various needs, of which the most common are the need of information, the need to participate in decisions concerning mainly ethical dilemmas and the need of visiting their loved hospitalized person. Also, they experience intense anxiety and depression which should be evaluated by health professionals and treated.

Conclusions: Healthcare professionals should take care of relatives since the hospitalization of their loved person implies numerous changes in their daily lives.

Keywords: Needs of relatives, Intensive Care Unit, hospitalization in ICU.

Corresponding Author: Giournta Anna-Maria, E-mail: anmar.13@hotmail.com



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή και παραμονή ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί μια στρεσογόνο εμπειρία τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένεια του.¹

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγιση του αρρώστου ενώ ταυτόχρονα έχει αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας όσον αφορά την έκβαση της νόσου. Η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα ατόμων που αλληλοσυνδέονται μέσα σε έναν οργανωμένο και προβλέψιμο τρόπο επικοινωνίας και λειτουργούν ως μονάδα.²⁻⁴ Η «δυναμική» της οικογένειας αλλάζει σημαντικά μετά την εισαγωγή ενός μέλους στο νοσοκομείο καθώς δημιουργείται μια νέα πραγματικότητα που έχει άμεσες και έμμεσες συνέπειες σε όλα σχεδόν τα επίπεδα της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ζωής της οικογένειας.¹⁻³

Τα μέλη της οικογένειας των νοσηλευομένων ασθενών βιώνουν ανάγκες οι οποίες επιτείνονται από το ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ όπως επίσης πλήθος αρνητικών συναισθημάτων όπως για παράδειγμα θυμό, απελπισία, ενοχές και φόβο για την πιθανή απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου.²⁻⁴ Η διερεύνηση των αναγκών που βιώνει η οικογένεια κατά την παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ, έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα από τη δεκαετία του 1970 και αφορά κυρίως ποσοτικές μελέτες.^{5,6}

Πολλά ερωτηματολόγια προτάθηκαν για την αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας των νοσηλευομένων ασθενών, εντούτοις το πιο γνωστό είναι το “Critical Care Family Needs Inventory” που δημοσιεύτηκε το 1979 από τον Molter και διερευνά 5 ομάδες αναγκών των μελών της οικογένειας: α) ανάγκη για πληροφόρηση, β) ανάγκη για άνεση, γ) ανάγκη για τη στήριξη, δ) ανάγκη για το αίσθημα της ασφάλειας και μείωσης του άγχους και ε) ανάγκη για εγγύτητα και πρόσβαση.⁷

Η παραμονή ενός ασθενή στο χώρο του νοσοκομείου και κυρίως στη ΜΕΘ δημιουργεί πολλές και ποικίλες ανάγκες στην οικογένεια, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, πρακτικές, συναισθηματικές και άλλες ανάγκες που αφορούν τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους.⁵⁻⁸

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ως ανάγκη καθορίζεται «η απαίτηση των ατόμων να μπορέσουν να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής, από μια συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας». Κάποιες φορές, το ίδιο το «σύστημα» φαίνεται να ευθύνεται για την αποτυχία κάλυψης των αναγκών και την αύξηση του κόστους φροντίδας καθώς οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι πάντα

προσιτές όσον αφορά οικονομικούς, φυσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες ή παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις κατά την παροχή περίθαλψης. Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού και διάθεσης χρόνου επιτείνει την αποτυχία συστηματικής διερεύνησης των αναγκών στην καθημερινή κλινική πράξη.⁸

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αναγκών συγγενών νοσηλευομένων ασθενών στη ΜΕΘ.

Μεθοδολογία: Η αναζήτηση των πηγών της παρούσης ανασκόπησης έγινε στο διαδίκτυο από συγκεκριμένες βάσεις δεδομένων, όπως PubMed και Google Scholar. Η αναζήτηση περιελάμβανε ερευνητικά άρθρα των τελευταίων, κυρίως, δεκαετιών, που αφορούσαν τις ανάγκες συγγενών των νοσηλευομένων ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και πιο συγκεκριμένα της οικογένειας και των λοιπών συγγενών που επισκέπτονταν τον νοσηλευόμενο ασθενή στη ΜΕΘ. Τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν διερευνούσαν τις ανάγκες συγγενών νοσηλευομένων ασθενών, ανεξαρτήτου της βαρύτητας της νόσου και του χρόνου παραμονής στη ΜΕΘ του νοσηλευόμενου αγαπημένου ατόμου και άλλων λοιπών κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Ανάγκες συγγενών νοσηλευομένων ασθενών

Οι κυριότερες ανάγκες συγγενών νοσηλευομένων ασθενών όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι οι εξής:

Διλλήματα

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις ΜΕΘ, έρχονται αντιμέτωποι με πλήθος διλημάτων τα οποία αφορούν τους νοσηλευόμενους ασθενείς, όπως για παράδειγμα αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία που πρέπει να λαμβάνονται όταν η κατάσταση των ασθενών είναι ιδιαίτερα κρίσιμη ή όταν δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν για τον εαυτό τους. Υπό αυτές τις συνθήκες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απευθυνθεί προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με τη ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη θεραπεία του νοσηλευόμενου.⁹

Κάθε ηθικό δίλημα που αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς στη ΜΕΘ αποτελεί μια ανάγκη των συγγενών καθώς εκείνοι υποχρεώνονται να λάβουν αποφάσεις εκ μέρους του ασθενούς και να χειριστούν το άγχος που απορρέει από τις ληφθείσες αποφάσεις.⁹

Σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς κατοχυρώνεται από την



αντιπροσώπευσή από τους οικείους όταν ο ίδιος αδυνατεί να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.⁹

Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι, βασική ανάγκη των συγγενών των νοσηλευόμενων ασθενών είναι η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την πορεία του ασθενή η οποία προϋποθέτει καλή επικοινωνία, λεπτομερή πληροφόρηση, ανάπτυξη σχέσης αλληλεγγύης και εμπιστοσύνης. Ο βαθμός συμμετοχής των συγγενών στη λήψη της απόφασης επηρεάζεται από το πολιτισμικό πλαίσιο.⁹

Η φροντίδα στη ΜΕΘ μπορεί μεν να παρέχει στον ασθενή την ευκαιρία να ωφεληθεί, ωστόσο η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης δεν εξασφαλισμένη, εκ των προτέρων. Όταν η θεραπευτή αγωγή που ακολουθείται εντός της ΜΕΘ δεν δύναται να εκπληρώσει τον επιδιωκόμενο στόχο τότε απαιτείται ο αναπροσανατολισμός της ακολουθούμενης τακτικής από την επιδίωξη της ίασης στην ελάφρυνση του φορτίου οδύνης του θνήσκοντα.⁹⁻¹²

Σε αυτή τη περίπτωση, τα ηθικά διλήμματα που μπορεί να προκύψουν είναι η μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας, η μη κλιμάκωση έναντι

απόσυρσης της αγωγής, τα υπερβολικά θεραπευτικά μέσα, καθώς και οι εντολές αναζωογόνησης (do not resuscitate [DNR] orders). Η καθιέρωση των πρακτικών της μη κλιμάκωσης (withholding) και της απόσυρσης (withdrawal) της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής (life support treatment) συνέβαλε σημαντικά στην αποφυγή της άσκοπης και μάταιης ταλαιπωρίας των θνησκόντων στη ΜΕΘ.⁹⁻¹²

Οι Κρανιδιώτης και συν.,⁹ υποστήριξαν ότι, η εντατική θεραπεία μπορεί να παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου ασθενών που δεν ανταποκρίθηκαν στην ήδη χορηγηθείσα αγωγή και έχουν ελάχιστη έως μηδενική πιθανότητα επιβίωσης ή επανόδου σε μια ζωή ανεκτής ποιότητας. Παρόλα αυτά, η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς και επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένειά του. Η εξασφάλιση ενός ειρηνικού και ανώδυνου τέλους για τον ασθενή που πεθαίνει στη ΜΕΘ συνιστά ιατρικό καθήκον εξίσου επιτακτικό με την παροχή όλων των ενδεδειγμένων θεραπειών στον ασθενή που μπορεί να σωθεί.

Πληροφόρηση

Η παροχή πληροφόρησης αποτελεί μια από τις επικρατέστερες ανάγκες που βιώνουν οι συγγενείς νοσηλευομένων ασθενών στη ΜΕΘ.

Η αποτελεσματική πληροφόρηση συνεπάγεται πολλά οφέλη για τους συγγενείς, όπως μείωση του άγχους, καλύτερη κατανόηση της πορείας του πάσχοντα, απόρριψη σύγχυσης και ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής τους στη λήψη των αποφάσεων.^{13,14}

Οι Ψαθάς και συν.,¹ τόνισαν ότι, οι συγγενείς αποζητούν πληροφόρηση για την πρόγνωση και τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, σε ημερήσια βάση. Επιπροσθέτως, επιθυμούν να γνωρίζουν τι μπορούν οι ίδιοι να προσφέρουν κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Από την άλλη πλευρά, η πληροφόρηση από τους συγγενείς είναι σημαντική διότι δίνει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να εφαρμόσουν εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στο άτομο που είναι σε κρίσιμη κατάσταση.^{15,16}

Οι συγγενείς χρειάζονται ακριβείς και κατανοητές πληροφορίες που αφήνουν περιθώρια για ελπίδα. Στο αρχικό στάδιο, τα μέλη της οικογένειας μπορούν μόνο να δεχτούν παθητικά την πληροφόρηση ενώ αργότερα αρχίζουν να επεξεργάζονται την πληροφόρηση και να αναζητούν την ανοικοδόμηση της ελπίδας τους.^{13,14}

Οι Chatzaki και συν.,¹⁷ που μελέτησαν μέλη των οικογενειών των ασθενών που εισήχθησαν για διάστημα ≥ 48 ωρών σε μικτή μονάδα εντατικής θεραπείας (παθολογική-χειρουργική) έδειξαν ότι, η ανάγκη της διαβεβαίωσης αξιολογούνταν ως

η πιο σημαντική. Οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο αξιολόγησαν ως σημαντικότερη την ανάγκη στήριξης.

Ομοίως, ο Khalaila¹⁸ τόνισε ότι, οι ανάγκες πληροφόρησης ποικίλουν και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, κ.ά. Συνήθως, οι συγγενείς νοσηλευομένων ασθενών επιθυμούν ενημέρωση όχι μόνο για τη νόσο και τη θεραπεία της αλλά και για άλλα πρακτικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμα και οικονομικά θέματα. Οι Al-Mutair και συν.,¹⁹ τόνισαν ότι, έμφαση θα πρέπει να δοθεί στον προσδιορισμό των αναγκών της οικογένειας σε σχέση με την επιρροή των πολιτιστικών αξιών και της θρησκείας των μελών της οικογένειας όπως επίσης και με την πολιτική του φορέα που εντάσσεται η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Άλλη αναφορά των Al-Mutair και συν.,²⁰ έδειξε ότι, οι ανάγκες της οικογένειας περιγράφονται με τα εξής βασικά θέματα: την αναζήτηση πληροφόρησης, την διατήρηση της επιβεβαίωσης, τη πνευματική θεραπεία, τη παραμονή του συγγενή στο εγγύς περιβάλλον του πάσχοντα. Προσοχή απαιτείται στις οικογένειες που έχουν ιδιαίτερες πολιτιστικές και πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές, συμπεριλαμβανομένων της πίστης στο Θεό.



Οι Azoulay και συν.,²¹ υποστήριξαν ότι, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των οικογενειών συνήθως ακολουθούν ένα από τα τρία μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο, ένας εκπρόσωπος της οικογένειας λαμβάνει πληροφορίες αλλά δεν συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων ή τη σωματική φροντίδα. Στο δεύτερο μοντέλο, οι επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ προσπαθούν να παρέχουν φροντίδα ανάλογα με τις επιθυμίες και τις αξίες του ασθενούς, όπως περιγράφονται από την οικογένεια. Στο τρίτο μοντέλο, τα μέλη της οικογένειας παρέχουν φυσική φροντίδα στον ασθενή και συμμετέχουν σε ιατρική διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Σύμφωνα με τους Pardavila Belio και συν.,²² μία από τις κύριες ανάγκες της οικογένειας είναι η λεπτομερής πληροφόρηση από τους επαγγελματίες και ακολουθεί η ανάγκη για εγγύτητα με το άρρωστο μέλος της οικογένειας.

Η παροχή αποτελεσματικής πληροφόρησης για την επεξήγηση της νόσου και των θεραπευτικών οδηγιών προϋποθέτει αφενός τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και από τις δυο πλευρές με ειλικρινή και άνετη ατμόσφαιρα, αφετέρου τη χρήση σαφών και κατανοητών όρων. Συχνά, δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην ακρίβεια της διάγνωσης και στην επιλογή σωστής θεραπευτικής παρέμβασης ενώ υποτιμάται ο τρόπος

ανακοίνωσης της νόσου και η επεξήγηση των θεραπευτικών οδηγιών.²³

Επισκεπτήριο

Η βασικότερη ανάγκη των συγγενών νοσηλευομένων ασθενών στις ΜΕΘ είναι να βρεθούν κοντά στο αγαπημένο τους πρόσωπο και δυστυχώς έχουν στη διάθεση τους μόνο τη ώρα του επισκεπτηρίου. Στο χώρο των ΜΕΘ υπάρχουν συγκεκριμένες πολιτικές για το επισκεπτήριο, οι οποίες καθορίζονται βάσει του μεγέθους και της γεωγραφικής θέσης του νοσοκομείου, της καθημερινής διακίνησης των ασθενών, της απόστασης που θα πρέπει να διανύσουν οι επισκέπτες για να φθάσουν στο νοσοκομείο και της προθυμίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να επιτρέψει ή όχι στους επισκέπτες να παραμείνουν δίπλα στον ασθενή. Υπάρχουν τα παρακάτω είδη επισκεπτηρίου:¹

- Ανοικτό επισκεπτήριο, δηλαδή όταν δεν υπάρχουν περιορισμοί στη συχνότητα των επισκέψεων, στο χρόνο παραμονής και προσέλευσης των επισκεπτών
- Ευέλικτο επισκεπτήριο, στο οποίο υπάρχει κάποιου είδους συμφωνία σχετικά με το επισκεπτήριο μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειάς του και του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού
- Δομημένο επισκεπτήριο, το οποίο διαφέρει από το περιορισμένο μόνο στη

διάρκεια παραμονής των επισκεπτών

- Αποκλειστικό επισκεπτήριο, το οποίο επιτρέπει την επίσκεψη οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή της νύχτας, εκτός από ορισμένες προκαθορισμένες ώρες που ορίζονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οι Fumis και συν.,²⁴ υποστήριξαν ότι, η περιοριστική πολιτική επισκεπτηρίου επιτρέπει την επίσκεψη στην οικογένεια κατά τη διάρκεια ορισμένων περιόδων της ημέρας με περιορισμό του αριθμού των επισκεπτών ανά περίοδο. Το ανοιχτό επισκεπτήριο επιτρέπει την πρόσβαση στην οικογένειά ανά πάσα στιγμή (24 ώρες), με ή χωρίς περιορισμό στον αριθμό των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε περιόδου. Αυτό το επισκεπτήριο είναι πολύ συχνό στη παιδιατρική ΜΕΘ, αλλά είναι ασυνήθιστο στη ΜΕΘ ενηλίκων. Το ανοιχτό ή φιλελεύθερο επισκεπτήριο σχετίζεται με μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης για τον ασθενή και με βελτίωση στο βαθμό ικανοποίησης της οικογένειας από τη παρεχόμενη φροντίδα. Ωστόσο, ορισμένα εμπόδια του ανοιχτού επισκεπτηρίου είναι ότι, μπορεί να προκαλέσει αύξηση του φόρτου εργασίας για τους εργαζόμενους ΜΕΘ και να δημιουργήσει κάποια καθυστέρηση στην επιτέλεση των καθηκόντων. Οι νοσηλευτές χουν την τάση να είναι πιο επιφυλακτικοί σε αυτή τη μορφή

επισκεπτηρίου, παρότι έχει οφέλη για τον ασθενή.

Επίσης, ο μέσος χρόνος παραμονής του επισκεπτηρίου δείχνει να διαφέρει και πιο συγκεκριμένα οι Fumagalli και συν.,²⁵ ανέφεραν μέσο χρόνο επισκεπτηρίου 2,6 ώρες την ημέρα κατά τη διάρκεια μιας απεριόριστης πολιτικής επισκεπτηρίου σε καρδιολογική ΜΕΘ. Επίσης, τόνισαν ότι, η απελευθέρωση του ωραρίου επίσκεψης σε ΜΕΘ δεν αυξάνει τον κίνδυνο σηπτικών επιπλοκών, ενώ θα μπορούσε να μειώσει τις καρδιαγγειακές επιπλοκές, ενδεχομένως μέσω της μείωσης του άγχους.

Παλαιότερη αναφορά των Simpson²⁶ που μελέτησε τις προτιμήσεις των ασθενών για το επισκεπτήριο σε ΜΕΘ καρδιολογική και ΜΕΘ χειρουργική έδειξε ότι, οι προτιμήσεις των ασθενών για την διάρκεια των επισκέψεων διέφεραν ανάλογα με την ηλικία τους, ιδιαίτερα για τους ασθενείς σε ΜΕΘ καρδιολογική. Η σοβαρότητα της ασθένειας όπως την αντιλαμβάνονταν οι ασθενείς στη χειρουργική ΜΕΘ, συσχετίστηκε θετικά με τον προτιμώμενο αριθμό των επισκεπτών. Μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών στη χειρουργική ΜΕΘ προτίμησε επισκέψεις οποιαδήποτε ώρα, μέρα ή νύχτα σε σύγκριση με τους ασθενείς της καρδιολογικής ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη να προσαρμοστούν οι επισκέψεις στις προτιμήσεις των ασθενών.



Οι Ψαθάς και συν.,¹ που διερεύνησαν τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ σε σχέση με το επισκεπτήριο έδειξαν ότι, ιατροί υπερσχύουν στις απόψεις τους έναντι των νοσηλευτών για την ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στον ασθενή. Επίσης, έδειξαν ότι, ιατροί και νοσηλευτές συμφώνησαν ότι το επισκεπτήριο έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή υπό την προϋπόθεση να πραγματοποιείται σε συγκεκριμένη ώρα της ημέρας και για συγκεκριμένη διάρκεια. Σε αντίθετη περίπτωση, οι επαγγελματίες στις ΜΕΘ πιστεύουν ότι αφενός αυξάνεται η πιθανότητα λαθών κατά τη φροντίδα των ασθενών, αφετέρου ότι, εξαντλείται η οικογένεια του ασθενούς καθώς θεωρεί υποχρέωσή της να βρίσκεται όλη την ημέρα πλησίον του.

Πολλές φορές οι απόψεις, των συγγενών έρχονται σε αντίθεση με τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Για παράδειγμα όσον αφορά τους συγγενείς μπορεί να ζητούν περισσότερες ώρες επισκεπτηρίου και αλλαγή των συνθηκών του επισκεπτηρίου. Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι, η έντονη παρουσία των συγγενών προκαλεί περισσότερο άγχος στους ασθενείς και αντιλαμβάνονται το επισκεπτήριο ως «απώλεια χρόνου» ή ως μια προσπάθεια παρέμβασης των συγγενών στη παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.¹ Αξίζει να τονισθεί ότι, η αυστηρότητα στο επισκεπτήριο δεν

τηρείται υπό ορισμένες συνθήκες, όπως όταν ο ασθενής είναι τελικού σταδίου και έτοιμος να καταλήξει.

Οι Farrell και συν.,²⁷ τόνισαν ότι, η ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών για πληροφόρηση και πρόσβαση στο αγαπημένο νοσηλευόμενο πρόσωπο σε συνδυασμό με την ανάγκη του νοσηλευτή να διαχειριστεί με ασφάλεια τη φροντίδα των βαρέως πασχόντων αποτελούν τη χρυσή τομή για την επιλογή του κατάλληλου επισκεπτηρίου.

Οι Kutash²⁸ ανέφεραν τις εξής βασικές ανάγκες: α) την ανάγκη μιας στενής φυσικής απόστασης από το μέλος της οικογένειάς τους, β) την ανάγκη παροχής φροντίδας από τους νοσηλευτές γ) την ανάγκη ενός άνετου περιβάλλοντος ως προς το χώρο δ) την ανάγκη ενός περιβάλλοντος όπου θα μπορούν να βιώνουν συναισθηματική υποστήριξη και τέλος ε) την ανάγκη λήψης πληροφοριών.

Η καλή σχέση με την οικογένεια που διέπεται από συμπάρασταση και ψυχραιμία συμβάλλει καθοριστικά στην μείωση του άγχους των ασθενών και ομαλή έκβαση της νόσου. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να διερευνούν το περιβάλλον του ασθενή προκειμένου να αξιολογήσουν την υποστηρικτικότητά του. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια παρεμβαίνει αρνητικά και αντιστέκεται στις υποδείξεις ή τις αποφάσεις των ιατρών, δυσκολεύοντας έτσι το έργο των επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη, η οικογένεια θα πρέπει να

συνειδητοποιήσει, ότι μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ απαιτείται προσαρμογή στη νέα τάξη πραγμάτων καθώς οι ασθενείς δεν βρίσκονται πλέον στην ίδια η βιολογική και ψυχική κατάσταση.

Ψυχικές διαταραχές

Οι συγγενείς και κυρίως η οικογένεια βιώνουν συχνά προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα, όπως άγχος και κατάθλιψη.³²

Οι Rochard και συν.,³⁵ που μελέτησαν τριακόσους πενήντα επτά ασθενείς και 544 μέλη της οικογένειας από 78 ΜΕΘ (1184 κλίνες) στη Γαλλία έδειξαν ότι, το 73,4% και 35,3% των μελών της οικογένειας, βίωνε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν περισσότερο συχνή σε μέλη της οικογένειας ασθενών που απεβίωσαν (48,2%) συγκριτικά με των επιζώντων (32,7%).

Οι Choi και συν.,³⁶ υποστήριξαν ότι, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο, οι συγγενείς δίνουν λιγότερη προσοχή στις δικές τους ανάγκες για την υγεία, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά η υγεία τους όπως επίσης και η ικανότητά τους να παρέχουν στήριξη.

Οι Davison και συν.,³⁷ τόνισαν ότι, η απάντηση της οικογένειας στην κρίσιμη ασθένεια αποτελεί ένα «σύμπλεγμα ψυχικών αντιδράσεων» που περιλαμβάνει το άγχος, την οξεία διαταραχή του στρες, το

μετατραυματικό στρες, την κατάθλιψη και τη θλίψη. Οι ψυχολογικές αυτές απαντήσεις επηρεάζουν την ικανότητα των μελών της οικογένειας να συμμετάσχουν σε ικανοποιητικό βαθμό στην παροχή φροντίδας μετά από τη νοσηλεία. Ο όρος “postintensive care syndrome family” σύμφωνα με τους Needham και συν.,³⁸ χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική προκειμένου να περιγράψει μια επιδείνωση προβλημάτων στη φυσική, γνωστική ή ψυχική κατάσταση υγείας των μελών της οικογένειας, τα οποία προκύπτουν κυρίως μετά από την κρίσιμη ασθένεια και επιμένουν πέρα από την οξεία νοσηλεία. Οι ίδιοι ερευνητές τόνισαν ότι η βελτίωση της φροντίδας για τους επιζώντες στη ΜΕΘ και τις οικογένειές τους απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των ερευνητών, τόσο στην ενδονοσοκομειακή όσο και στην εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, προκειμένου να αξιολογηθούν τα προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα και να αντιμετωπιστούν εγκαίρως.

Οι Schmidt και συν.,³³ τόνισαν ότι, ο όρος “postintensive care syndrome family” προτάθηκε προκειμένου να περιγράψει το σύμπλεγμα των ψυχολογικών επιπλοκών. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, ένα μεγάλο ποσοστό των μελών της οικογένειας βίωνε συμπτώματα του άγχους (70%) και κατάθλιψη (35%). Ωστόσο, το 40% των μελών της οικογένειας νοσηλευόμενων ασθενών που απεβίωσαν, ένα χρόνο μετά την



απώλεια, εκδήλωσε ψυχιατρικές ασθένειες, όπως γενικευμένο άγχος, μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ή περίπλοκη θλίψη.

Οι Paparrigopoulos και συν.,³⁴ που διερεύνησαν συμπτώματα πρόωρης μετατραυματικής αντίδρασης στο στρες, άγχους - κατάθλιψης σε 32 συγγενείς πρώτου βαθμού νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ σε δυο μετρήσεις: α) κατά την εισαγωγή και β) πριν την έξοδο έδειξαν υψηλά ποσοστά άγχους - κατάθλιψης (97%) και μετατραυματικού στρες (81%) κατά την αρχική εκτίμηση. Το 87% και 59% του δείγματος πληρούσαν τα κριτήρια για καταθλιπτική και μετατραυματική αντίδραση στρες, αντίστοιχα, στη δεύτερη αξιολόγηση. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας και πιο επίμονα συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες.

Οι Rochar d και συν.,³⁵ σε παλαιότερη αναφορά έδειξαν ότι, οι παράγοντες που πυροδοτούσαν συμπτώματα άγχους αφορούσαν τον ασθενή (απουσία χρόνιων ασθενειών), την οικογένεια (σύζυγος, το γυναικείο φύλο, η επιθυμία για επαγγελματική και ψυχολογική βοήθεια) και τους επαγγελματίες υγείας (έλλειψη τακτικών συναντήσεων, απουσία χώρου που χρησιμοποιείται μόνο για συναντήσεις με τα μέλη της οικογένειας). Η κατάθλιψη σχετιζόταν με την ηλικία των ασθενών, την οικογένεια (σύζυγο, το γυναικείο φύλο) και

τους επαγγελματίες υγείας (απουσία αίθουσας αναμονής, αντιληπτές αντιφάσεις στην παρεχόμενη πληροφόρηση). Επίσης, η ιδέα του θανάτου του αγαπημένου ατόμου και η αβεβαιότητα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ.

Οι McAdam και συν.,³⁶ μελέτησαν 74 οικογένειες και 74 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ οι οποίοι κρίθηκαν ως υψηλού κινδύνου για θάνατο, είχαν χρονική διάρκεια παραμονής >72 ώρες και ήταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Οι ερευνητές έδειξαν ότι, περίπου το ήμισυ (57%) των μελών της οικογένειας βίωνε μέτρια έως σοβαρά επίπεδα μετατραυματικού στρες, το 80% βίωνε οριακά συμπτώματα άγχους και το 70% είχε οριακά συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι Azoulay και συν.,³⁷ έδειξαν ότι, άγχος βίωνε το 73% και κατάθλιψη το 35% των μελών της οικογένειας. Μεταξύ των μελών του προσωπικού στις ΜΕΘ, το 91% των γιατρών πίστευε ότι, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, μόνο το 39% είχε εμπλέξει τα μέλη της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων ενώ επιθυμία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων εκφράστηκε μόνο από το 47% των μελών της οικογένειας.

Οι Rusinova και συν.,³⁸ μελέτησαν 405 μέλη της οικογένειας των 293 συμμετεχόντων

ασθενών που νοσηλεύονταν σε είκοσι δύο μονάδες εντατικής θεραπείας, ενηλίκων και παιδών (205 κλίνες) κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 6 μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης, 78% και 54%, αντίστοιχα. Τα ενημερωτικά έντυπα που διανεμήθηκαν στα μέλη της οικογένειας δεν μείωσαν τις επιπτώσεις του άγχους/κατάθλιψης.

Οι McAdam και συν.,³⁹ τόνισαν ότι, η μέριμνα για τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο θανάτου σε μονάδες εντατικής θεραπείας θα πρέπει να αποτελεί αναγκαίο και αναπόσπαστο μέρος της παροχής ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να πεθάνουν, οι οικογένειές τους έρχονται αντιμέτωποι με έντονο συναισθηματικό φορτίο, όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων και την επιλογή θεραπείας με αποτέλεσμα να βιώνουν ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα, συνηθέστερα στρες, άγχος και κατάθλιψη. Τα συμπτώματα αυτά με τη σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν τη γενική ευημερία των μελών της οικογένειας.

Οι Kentsih και συν.,⁴⁰ υποστήριξαν ότι, η ψυχική επιβάρυνση των οικογενειών θα πρέπει να αξιολογείται τακτικά είτε με τη χρήση δεικτών είτε με τη μέτρηση με επικυρωμένα εργαλεία. Επίσης, τόνισαν ότι, προϋπόθεση για την πρόληψη των συμπτωμάτων του στρες, άγχους ή της

κατάθλιψης είναι η αποτελεσματική επικοινωνία.

Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ θα πρέπει να είναι συστηματική και μετά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων να λαμβάνεται ειδική μέριμνα για τα άτομα υψηλού κινδύνου. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συμβάλλουν συμβουλευτικά, εποπτικά, συντονιστικά στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών. Ωστόσο, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ είτε διότι το αποδίδουν στις συνθήκες νοσηλείας είτε διότι δίδουν περισσότερη σημασία στην αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου ατόμου.

Οι Chien και συν.,⁴¹ τόνισαν ότι η δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και βοήθειας των οικογενειών έχει ως απώτερο στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συμπεράσματα

Οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ βιώνουν πλήθος αναγκών, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι η ανάγκη του επισκεπτηρίου, της πληροφόρησης, της ενεργού συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων



όσον αφορά τη θεραπεία και τα ηθικά διλήματα όπως επίσης η ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα.

Καλούνται οι επαγγελματίες υγείας να ευαισθητοποιηθούν ως προς την ενσωμάτωση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και γενικότερα να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ψαθάς Χ, Αργυρίου Γ, Καδδά Ό, Νέστωρ Α, Ρούτση Χ, Βασιλόπουλος Β, Μαρβάκη Χ. Διερεύνηση Απόψεων Ιατρών και Νοσηλευτών σχετικά με το Επισκεπτήριο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2012;51(2): 195-205.
2. Moghaddasian S, Lak Dizaji S, Mahmoudi M. Nurses empathy and family needs in the intensive care units. *Caring Sci* 2013;2(3):197-201.
3. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse* 2009;29(3):28-34.
4. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;30(3):456-460.
5. Κουκούλη Σ, Αλεβυζάκη Α, Λαμπράκη Μ, Σταυροπούλου Α. Διερεύνηση των εμπειριών της οικογενείας νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας τριών νοσοκομείων της Κρήτης. Ερευνητικό πρωτόκολλο. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2013;2(3): 131-139.
6. Κούρτη Μ, Φιλντίσης Γ, Χριστοφίλου Ε, Φλώρος Ι, Καλλέργης Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της μονάδας εντατικής θεραπείας από την παροχή φροντίδας στο νοσηλευόμενο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014;31(1):60-70.
7. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979;8(2):332-339.
8. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2013;2(2):73-83.
9. Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010;27(1):18-36.
10. Swetz KM, Mansel JK. Ethical issues and palliative care in the cardiovascular intensive care unit. *Cardiol Clin* 2013;31(4):657-68.
11. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. Withholding and withdrawal of life-sustaining

- treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Med* 2005;31(4):562-7.
12. Varelas PN, Abdelhak T, Hacein-Bey L. Withdrawal of life-sustaining therapies and brain death in the intensive care unit. *Semin Neurol* 2008;28(5):726-35.
13. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14(4):501-9.
14. Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Grypdonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *J Clin Nurs* 2007;16(8):1488-97.
15. Engström B, Uusitalo A, Engström A. Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(1):1-9.
16. Engström A, Söderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1651-9.
17. Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolaki E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs* 2012;21(13-14):1831-9.
18. Khalaila R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nurs Stand* 2014;28(43):37-44.
19. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs* 2013;22(13-14):1805-17.
20. Al-Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurs Crit Care* 2014;19(3):135-44.
21. Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003;9(6):545-50.
22. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva* 2012;23(2):51-67.
23. Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal* 2011;5(1):15-22.
24. Fumis RR, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care* 2013;3(1):34.
25. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications



- with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006;113(7):946-52.
26. Simpson T. Critical care patients' perceptions of visits. *Heart Lung* 1991;20(6):681-8.
27. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum* 2005;40(1):18-28.
28. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs* 2007;60(4):384-8.
29. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20(1):90-6.
30. Choi J, Hoffman LA, Schulz R, Ren D, Donahoe MP, Given B, Sherwood PR. Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis. *Am J Crit Care* 2013;22(1):41-5.
31. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012;40(2):618-24.
32. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502-9.
33. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012;18(5):540-7.
34. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006;61(5):719-22.
35. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision making capacity. *Crit Care Med* 2001;29(10):1893-7.
36. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010;38(4):1078-85.
37. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78

- French intensive care units. *Crit Care Med* 2004;32(9):1832-8.
38. Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. DEPRESS study working group Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC Psychiatry* 2014; 27;14:21.
39. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009;18(3):200-9.
40. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med* 2007;37(10 Suppl):S448-56.
41. Chien W, Chiu YL, Lam L, Ip W. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006;43(1):39-50.