

# Διερεύνηση Απόψεων Ιατρών και Νοσηλευτών σχετικά με το Επισκεπτήριο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Χαράλαμπος Ψαθάς,<sup>1</sup> Γεώργιος Αργυρίου,<sup>2</sup> Όλγα Καδδά,<sup>3</sup>  
Αθανασία Νέστωρ,<sup>4</sup> Χριστίνα Ρούτση,<sup>5</sup> Γεώργιος Βασιλόπουλος,<sup>6</sup>  
Χριστίνα Μαρβάκη<sup>4</sup>

## Doctors' and Nurses' Opinions about Visiting in Intensive Care Units

*Abstract at the end of the article*

<sup>1</sup>MSc Νοσηλεύτρια, ΜΕΘ, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών, <sup>2</sup>MSc Νοσηλεύτρια, PhD(c), Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα, <sup>3</sup>MSc Νοσηλεύτρια, PhD(c), Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα, <sup>4</sup>Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα, <sup>5</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα <sup>6</sup>Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

Τμήμα Ιατρικής,  
ΕΚΠΑ, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 4.7.2011  
Επανυποβλήθηκε: 21.11.2011  
Εγκρίθηκε: 22.12.2011

### Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Γεώργιος Αργυρίου  
Ερατούς 15  
175 63 Π. Φάληρο  
Τηλ.: 210 98 32 868, 6945 386 094  
e-mail: ageorge2000@yahoo.com

**Εισαγωγή:** Η εισαγωγή ενός ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός, που μπορεί να βιώσει ένα άτομο, καθώς προκαλούνται συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας και άγχους λόγω περιορισμένης σωματικής κίνησης, περιορισμού των επισκέψεων, αλλά και στέρησης ύπνου. Οι ασθενείς αποζητούν την παρουσία της οικογένειάς τους γιατί έτσι αισθάνονται πιο ασφαλείς και προστατευμένοι και ένας τρόπος να είναι οι συγγενείς κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια νοσηλείας του στη ΜΕΘ είναι το επισκεπτήριο. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των απόψεων και των πεποιθήσεων των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ σε σχέση με το επισκεπτήριο. **Υλικό-Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 179 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλεύτες) που εργάζονταν σε 4 ΜΕΘ νοσοκομείων του λεκανοπεδίου της Αττικής. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση τη βιβλιογραφία και, συγκεκριμένα, βασίστηκε σε προηγούμενη μελέτη των Berti et al, των Vandjick et al και των Hunter et al, μετά από σχετική έγκριση και μετάφραση. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) έκδοση 17. **Αποτελέσματα:** Στο σύνολο του δείγματος, το 65,9% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 34,3±6,9 έτη. Το 59,2% ήταν νοσηλευτές και το 40,8% ήταν ιατροί. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, το 44% ήταν έγγαμοι. Το 94,4% του δείγματος ανέφερε ότι το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ που εργάζονταν είναι περιορισμένο και ο επιτρεπτός χρόνος παραμονής είναι <1 ώρα. Από την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής λογαριθμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι οι ιατροί υπερισχύουν στις απόψεις τους έναντι των νοσηλευτών για την ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στον ασθενή (OR: 0,415, 95% CI: 0,226–0,760, p=0,004) και ότι η πολιτική του ανοικτού επισκεπτηρίου είναι σημαντική για την ανάρρωση του ασθενούς (OR: 1,615, 95%

CI: 1,082–2,410,  $p=0,009$ ). **Συμπεράσματα:** Ιατροί και νοσηλευτές συμφώνησαν ότι το επισκεπτήριο έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή, με την προϋπόθεση να πραγματοποιείται σε συγκεκριμένη ώρα της ημέρας και για συγκεκριμένη διάρκεια. Σε αντίθετη περίπτωση, οι επαγγελματίες στις ΜΕΘ πιστεύουν ότι αυξάνεται η πιθανότητα λαθών κατά τη φροντίδα των ασθενών, αλλά και εξαντλείται η οικογένεια του ασθενούς καθώς θεωρεί υποχρέωσή της να βρίσκεται όλη την ημέρα πλησίον του.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Ανάγκες συγγενών, επισκεπτήριο, ιατρός, μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλεύτης

## Εισαγωγή

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο ιατροί και νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και όπου οι παρεμβάσεις του είναι σύνθετες, άμεσες και απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις λόγω του προηγμένου τεχνικού εξοπλισμού, των αυξημένων απαιτήσεων, καθώς και των υψηλών προδιαγραφών.<sup>1,2</sup> Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επωμίζεται τεράστια ψυχολογικά φορτία του ειδικού περιβάλλοντος που χαρακτηρίζουν τις ΜΕΘ.<sup>3</sup> Μια από τις αδιαμφισβήτητα στρεσογόνες καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο είναι να βρεθεί σε μια ΜΕΘ ως ασθενής.<sup>4</sup>

Ανεξάρτητα από τη φύση και τη χρονιότητα της νόσου οι πάσχοντες έχουν ανάγκες, οι οποίες καλύπτονται είτε από το θεραπευτικό τους περιβάλλον (ιατρούς-νοσηλευτές) είτε από το συγγενικό τους περιβάλλον. Στις ανάγκες αυτές συγκαταλέγεται η εμπιστοσύνη, η ενημέρωση, η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η στήριξη και η αυτοφροντίδα.<sup>5</sup> Αλλά και οι συγγενείς αποζητούν πλήρη πληροφόρηση για την κατάσταση, την πρόγνωση, καθώς και τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς ημερησίως. Επιπλέον, αποζητούν καθημερινή πληροφόρηση για την παρεχόμενη φροντίδα, το λόγο για την εφαρμογή των συγκεκριμένων θεραπειών, την ίδια τη λειτουργία της ΜΕΘ, αλλά και τον ιατρικό εξοπλισμό και τους διάφορους κανονισμούς που επικρατούν σε αυτό το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται ο συγγενής τους, αλλά και το τι μπορούν οι ίδιοι να προσφέρουν καθώς βρίσκονται στο προσκεφάλι του συγγενή τους,<sup>6,7</sup> γεγονός που ενδέχεται να δυσχεράνει ακόμη περισσότερο τις ήδη δύσκολες εργασιακές συνθήκες στις ΜΕΘ.

Η εισαγωγή ενός ατόμου στη ΜΕΘ είναι ένα από τα πλέον στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να βιώσει κάποιος, καθώς προκαλούνται συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας και άγχους λόγω περιορισμένης σωματικής κίνησης, περιορισμού των επισκέψεων, αλλά και στέρησης ύπνου.<sup>8</sup>

Οι ασθενείς αποζητούν την παρουσία της οικογένειάς

τους, κυρίως επειδή απλά χρειάζονται κάποιον δίπλα τους. Αισθάνονται ότι η οικογένεια τους προσέχει και τους κάνει να αισθάνονται ασφαλείς και προστατευμένοι. Επίσης, οι οικογένειες βοηθούν τους ασθενείς να έχουν βελτιωμένη διάθεση και να διατηρούν την ελπίδα τους, αλλά έχουν και τη δυνατότητα να λάβουν αποφάσεις για λογαριασμό τους.<sup>9</sup>

Ένας τρόπος να είναι οι συγγενείς κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια νοσηλείας του στη ΜΕΘ είναι το επισκεπτήριο. Στο χώρο των ΜΕΘ υπάρχουν συγκεκριμένες πολιτικές για το επισκεπτήριο, οι οποίες καθορίζονται βάσει του μεγέθους του νοσοκομείου, της γεωγραφικής του θέσης, 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.<sup>10</sup>

Σύμφωνα με τον Chow,<sup>11</sup> ισχύουν τα παρακάτω είδη επισκεπτηρίου:

- Ανοικτό επισκεπτήριο, δηλαδή όταν δεν υπάρχουν περιορισμοί στη συχνότητα των επισκέψεων, στο χρόνο παραμονής των επισκεπτών ή στην ώρα που έρχονται οι επισκέπτες, αν και θα πρέπει να υπάρχει κάποιος περιορισμός σχετικά με τον αριθμό και το είδος των επισκεπτών
  - Ευέλικτο επισκεπτήριο, στο οποίο υπάρχει κάποιου είδους συμφωνία σχετικά με το επισκεπτήριο μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειάς του και του ιατρονοσηλευτικού 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 νύκτας, εκτός από ορισμένες προκαθορισμένες ώρες που ορίζονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Η εφαρμογή ενός ανοικτού επισκεπτηρίου φαίνεται ότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις απόψεις και τις πεποιθήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.<sup>12</sup> Οι

περισσότερες έρευνες που ασχολήθηκαν με τις απόψεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με την πολιτική του επισκεπτηρίου στις μονάδες εντατικής θεραπείας, δεν παρέχουν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την πρακτική που πρέπει να εφαρμόζεται στις μονάδες αυτές.<sup>13-15</sup>

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των πεποιθήσεων των ιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ σε σχέση με το επισκεπτήριο.

## Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη. Το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης, ενώ η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη προϋπηρεσίας και το είδος της ΜΕΘ στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές του δείγματος.

## Μελετώμενος πληθυσμός

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 179 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλεύτες) που εργάζονταν σε 4 ΜΕΘ νοσοκομείων του λεκανοπεδίου της Αττικής. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν οι νοσηλεύτες και οι ιατροί που εργάζονταν στις προαναφερθείσες ΜΕΘ. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 88%. Ο κύριος λόγος για τον οποίο οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δε συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν επειδή βρίσκονταν σε άδεια από την εργασία τους. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι νοσηλεύτες ήταν υποχρεωτικής εκπαίδευσης και οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλεύτες) που ήταν μαθητευόμενοι. Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, μη πιθανότητας.

## Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση τη βιβλιογραφία και συγκεκριμένα βασίστηκε σε προηγούμενη μελέτη των Berti et al,<sup>16</sup> των Vandjick et al<sup>17</sup> και των Hunter et al,<sup>18</sup> μετά από σχετική έγκριση και μετάφραση.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο συνολικά από 63 ερωτήσεις και από τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα αφορούσε στα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμε-

τεχόντων (8 ερωτήσεις). Το δεύτερο τμήμα αναφερόταν στις απόψεις για τις συνέπειες του επισκεπτηρίου στον ασθενή, στην οικογένειά του και στην οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας (21 ερωτήσεις). Οι ερωτηθέντες είχαν επιλογή από πέντε πιθανές απαντήσεις: Διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα. Το τρίτο τμήμα αφορούσε στις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ (14 ερωτήσεις) και αποτελούσε συνέχεια του δεύτερου τμήματος, δίνοντας τις ίδιες πιθανές απαντήσεις. Το τελευταίο τμήμα αφορούσε στις επικρατούσες συνθήκες του επισκεπτηρίου στις ΜΕΘ (20 ερωτήσεις) και οι ερωτηθέντες μπορούσαν να επιλέξουν μία απάντηση από μια ποικιλία δοθισών απαντήσεων ανάλογα με την ερώτηση. Στο τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου αναζητούνται πληροφορίες σχετικά με την πολιτική των ΜΕΘ όσον αφορά στο επισκεπτήριο (περιορισμένο ή ανοικτό, χρόνος παραμονής συγγενών, χρόνος πραγματοποίησης, αριθμός επισκεπτών κ.λπ.). Επίσης, παρέχονται πληροφορίες για την πολιτική της ΜΕΘ όσον αφορά στον τρόπο αντιμετώπισης των επισκεπτών (αν λαμβάνουν τα ενδεδειγμένα μέτρα προφύλαξης και αν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση).

Πριν από την οριστική του διαμόρφωση, τέθηκε σε πιλοτική δοκιμασία σε ένα δείγμα 15 ατόμων, με στόχο τη βελτίωσή του μέσω του ελέγχου της σαφήνειας των ερωτήσεων, της ορθής διατύπωσής τους και της δομικής τους επάρκειας. Οι συμμετέχοντες δεν πρότειναν κάποιο νέο δείκτη ποιότητας. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, ο δείκτης αξιοπιστίας των ενοτήτων Β και Γ για τις οποίες πραγματοποιήθηκε η ανάλυση βρέθηκε στο  $\alpha=0,709$ .

## Μέθοδος

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επιτεύχθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Σε όλα τα ερωτηματολόγια υπήρχε ο ίδιος συνεντευκτής προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αξιοπιστία της συλλογής των δεδομένων. Η διαδικασία που περιελάμβανε τις συνεντεύξεις και την καταγραφή των δεδομένων διήρκεσε συνολικά 6 μήνες.

## Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή των ερωτηθέντων ήταν εθελοντική. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές δεοντολογίας.

## Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι ( $\pm$  τυπικές αποκλίσεις, ΤΑ). Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων (επεξηγηματικών) μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's  $\chi^2$ . Για τον έλεγχο της πολλαπλής επίδρασης των επεξηγηματικών μεταβλητών σχετικών με την άποψη των ιατρών και των νοσηλευτών για το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική λογαριθμική παλινδρόμηση (multiple logistic regression). Το επίπεδο σημαντικότητας σταθμίστηκε, όπου  $p < 0,001$ . Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) έκδοση 17 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).

## Αποτελέσματα

Στο σύνολο του δείγματος, το 65,9% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν  $34,3 \pm 6,9$  έτη. Ποσοστό 59,2% ( $n=106$ ) ήταν νοσηλευτές και το 40,8% ( $n=73$ ) ήταν ιατροί. Το πλήθος των ιατρών δε διέφερε σημαντικά από τους νοσηλευτές ( $p > 0,05$ ). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ιατροί ήταν ειδικευόμενοι (54,8%), ενώ οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (59,4%). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εργαζόταν σε γενική ΜΕΘ (80,2% των νοσηλευτών και 79,4% των ιατρών,  $p < 0,05$ ). Η μέση προϋπηρεσία των ερωτηθέντων ήταν  $6,5 \pm 6$  έτη. Τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1.

Το 95% ( $n=170$ ) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι στη ΜΕΘ που εργάζεται υπάρχει συγκεκριμένη πολιτική στο επισκεπτήριο, όσον αφορά στο ωράριο και στα άτομα τα οποία μπορούν να επισκέπτονται τους ασθενείς. Στις περισσότερες ΜΕΘ υπάρχει περιορισμός στην πρόσβαση των ανηλίκων, επιτρέποντας την είσοδο στα άτομα ηλικίας  $> 16$  ετών (69,8%). Το 94,4% του δείγματος απάντησε ότι η πολιτική της ΜΕΘ στην οποία εργάζονται ακολουθεί περιορισμένο επισκεπτήριο, με χρόνο επίσκεψης  $< 1$  ώρα (96,6%). Στις περισσότερες περιπτώσεις επιτρέπεται η ταυτόχρονη είσοδος δύο επισκεπτών (78,2%), ενώ δεν τίθεται ιδιαίτερος περιορισμός όσον αφορά στο ποιος μπορεί να επισκεφθεί έναν ασθενή (73,8%). Στις γενικές ΜΕΘ επιτρέπεται η ταυτόχρονη είσοδος σημαντικά περισσότερων ατόμων (2–3) σε σχέση με τις καρδιολογικές (1–2) ( $p < 0,05$ ), ενώ όσον αφορά στους ανήλικους επισκέπτες, στις γενικές ΜΕΘ επιτρέπεται η

είσοδος σημαντικά μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων ( $> 16$ ) σε σχέση με τις καρδιολογικές ( $> 14$ ) ( $p < 0,05$ ). Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι επικρατούσες συνθήκες στη ΜΕΘ όπου εργάζεται ο μελετώμενος πληθυσμός.

Όσον αφορά στον τρόπο πρόσβασης στη ΜΕΘ, το 3,9% δήλωσε ότι υπάρχει κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης, 79,9% γίνεται με τη χρήση κουδουνιού, 8,9% η πρόσβαση είναι ελεύθερη και 7,3% απαιτείται η εισαγωγή ειδικού κωδικού. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (93,3%) απάντησαν ότι υπάρχει διαθέσιμο αντισηπτικό καθαρισμού και η κατάλληλη προτροπή για χρήση στους επισκέπτες. Επίσης, οι επισκέπτες φορούν ειδική ενδυμασία (55,9%) κατά την είσοδό τους στη ΜΕΘ, χειρουργική μάσκα (6,1%) και κάλυμμα μαλλιών (1,1%).

Στις ΜΕΘ που υπάρχει χώρος ανακοίνωσης θανάτου, ο χώρος αυτός μπορεί να είναι το δωμάτιο του ασθενούς (2,2%), το γραφείο προϊσταμένης (6,1%) και το γραφείο των ιατρών (91,7%). Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης, σε όλες τις ΜΕΘ η ενημέρωση των συγγενών γινόταν

**Πίνακας 1.** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τη θέση εργασίας στη ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Νοσηλευτές		Ιατροί	
	n	%	n	%
<i>Φύλο</i>				
Άνδρες	28	26,4	33	45,2
Γυναίκες	78	73,6	40	54,8
Σύνολο	106	59,2	73	40,8
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Έγγαμος	34	32,1	42	57,5
Άγαμος	72	67,9	31	42,5
<i>Εκπαίδευση – Θέση</i>				
Ειδικευόμενος ιατρός			40	54,8
Ειδικευμένος ιατρός			14	19,2
Επιμελητής Α', Β'			15	20,5
Αναπληρωτής Διευθυντής			3	4,1
Διευθυντής			1	1,4
Νοσηλεύτης ΠΕ	19	(17,9)		
Νοσηλεύτης ΤΕ	63	59,4		
Νοσηλεύτης ΔΕ	9	8,5		
Νοσηλεύτης ΜSc	14	13,2		
Νοσηλεύτης PhD	3	1,0		
<i>Χώρος εργασίας</i>				
Γενική ΜΕΘ	85	80,2	58	79,4
Καρδιολογική ΜΕΘ	12	11,3	7	9,6
Αναπνευστική ΜΕΘ	8	7,5	8	11,0
Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ	1	1,0	0	0,0

ΠΕ: Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**Πίνακας 2.** Χαρακτηριστικά επισκεπτηρίων των ΜΕΘ.

Μεταβλητές	n	%
<i>Είδος επισκεπτηρίου</i>		
Ανοικτό	10	5,6
Περιορισμένο	169	94,4
<i>Επιτρεπτή ώρα παραμονής (περιορισμένου επισκεπτηρίου)</i>		
<1 ώρα	173	96,6
1–2 ώρες	1	0,6
2–3 ώρες	2	1,1
>3 ώρες	3	1,7
<i>Ωρα επισκεπτηρίου</i>		
Πρωί	96	53,6
Απόγευμα	13	7,3
Πρωί και απόγευμα	70	39,1
<i>Αριθμός επισκεπτών ανά κλίνη</i>		
Ένας	28	15,6
Δύο	140	78,2
Συγκεκριμένος περιορισμός	5	2,8
Δεν υπάρχει περιορισμός	6	3,4
<i>Εξαιρέσεις στην περίπτωση ετοιμοθάνατων ασθενών</i>		
Καμιά εξαίρεση	43	24,0
Ισχύει αυξημένο ωράριο	47	26,3
Επιτρέπονται παραπάνω επισκέπτες	89	49,7
<i>Ποιοι επισκέπτες επιτρέπονται</i>		
Συγγενείς α΄ βαθμού	27	15,1
Συγγενείς α΄, β΄ βαθμού και εξ αγχιστείας	20	11,2
Συγγενείς α΄, β΄ βαθμού και εξ αγχιστείας και φίλοι	132	73,8

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

μόνο από τους ιατρούς (100%). Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι δεν υπάρχει ομάδα υποστήριξης των συγγενών (71,5%). Μερικοί απάντησαν ότι υπάρχει ομάδα στήριξης από τηλέφωνο (3,4%), άλλοι μέσω ραντεβού

(8,4%) και άλλοι ομαδική υποστήριξη (5%). Το ποσοστό παρουσίας χώρου αναμονής των επισκεπτών στις ΜΕΘ ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις γενικές (41,5%) έναντι των καρδιολογικών (5%) ( $p < 0,05$ ).

Μερικές φορές, η ενημέρωση των συγγενών στις ΜΕΘ γινόταν τηλεφωνικά (67%), σε άλλες συχνά (21,8%) και σε μερικές δε γινόταν ποτέ ενημέρωση από τηλέφωνο (11,2%). Την τηλεφωνική ενημέρωση την έκανε ο εφημερεύων ιατρός (87,2%) ή ο νοσηλευτής ωραρίου εργασίας (12,8%). Στην καρδιολογική ΜΕΘ, η τηλεφωνική ενημέρωση γινόταν σημαντικά περισσότερο από τον εφημερεύοντα ιατρό (95% και 5% κανέναν) σε σχέση με τις γενικές (86,2% ιατρός και 13,8% νοσηλεύτης) ( $p < 0,05$ ). Στις περισσότερες περιπτώσεις παρέχονταν γενικές πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς (50,8%). Στην καρδιολογική ΜΕΘ γινόταν σημαντικά περισσότερη επιβεβαίωση στοιχείων των συγγενών (65%) προκειμένου να δοθούν πληροφορίες για τον ασθενή τηλεφωνικά σε σχέση με τις γενικές (49,7%) ( $p < 0,05$ ). Στον πίνακα 3 παρατίθενται περισσότερες πληροφορίες για την πρόσβαση και την ενημέρωση των συγγενών στη ΜΕΘ.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων για τις συνέπειες του επισκεπτηρίου στον ασθενή, την οικογένεια και την οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, ο αριθμός των επισκεπτών πρέπει να είναι  $3,9 \pm 1,7$  κατά τη διάρκεια 24 ωρών, ενώ σε κάθε επίσκεψη θα πρέπει να βρίσκονται ταυτόχρονα  $1,8 \pm 0,5$  άτομα δίπλα στον ασθενή. Στον πίνακα 5 φαίνονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την πολιτική των ΜΕΘ που θα έπρεπε να έχουν για το επισκεπτήριο.

Οι ιατροί συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους νοσηλευτές ότι το επισκεπτήριο έχει ευεργετική επίδραση στους ασθενείς (77,4% έναντι 60,3%,  $p < 0,05$ ). Οι νοσηλευτές συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους ιατρούς ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress στους ασθενείς (32,9% νοσηλευτές

**Πίνακας 3.** Πρόσβαση και ενημέρωση επισκεπτών στη ΜΕΘ.

	Ναι		Όχι	
	n	%	n	%
Ειδικός χώρος ανακοίνωσης θανάτου	21	11,7	158	88,3
Χώρος επισκεπτών	67	37,4	112	62,6
Πληροφόρηση συγγενών για τρόπο επικοινωνίας με τους ασθενείς	144	80,4	35	19,6
Καθημερινή ενημέρωση συγγενών	179	100,0	0	0,0
Διανομή ερωτηματολογίου ικανοποίησης στους συγγενείς	8	4,5	171	85,5
Ωράριο τηλεφωνικής επικοινωνίας συγγενών	21	11,7	158	88,3
Υπηρεσία υποστήριξης για τους συγγενείς αποθανόντων ασθενών	51	28,5	128	71,5

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**Πίνακας 4.** Απόψεις για τις συνέπειες του επισκεπτηρίου στον ασθενή, στην οικογένεια και στην οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Ερωτήσεις	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμ- φωνώ, ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή	2,8	26,8	70,4
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο παρεμποδίζει την ανάπαυση του ασθενούς	47,5	30,2	22,3
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress στον ασθενή	34,1	39,7	26,3
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο προκαλεί αρνητικές αιμοδυναμικές αντιδράσεις στους ασθενείς	33,0	40,2	26,8
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου είναι σημαντική για την ανάρρωση του ασθενούς	63,1	19,6	17,3
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο προκαλεί ψυχολογικό stress στον ασθενή	24,0	38,5	37,5
Πιστεύω ότι οι επισκέπτες μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του	44,1	24,6	31,3
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου παρεμποδίζει την ιδιωτικότητα του ασθενούς	22,3	24,6	53,1
Πιστεύω ότι ένα ανοικτό επισκεπτήριο προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή	55,9	24,6	19,6
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου μειώνει την αγωνία της οικογένειας του ασθενούς	26,3	20,1	53,6
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου εξαντλεί την οικογένεια, λόγω του γεγονότος ότιιώθει αναγκασμένη να βρίσκεται κοντά στον ασθενή	20,1	27,9	52,0
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου παρεμποδίζει την άμεση παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	14,0	9,5	76,5
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα	35,2	24,0	40,8
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου κάνει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό έλεγχο	19,6	22,3	58,1
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου παρεμποδίζει τον κατάλληλο σχεδιασμό των διαδικασιών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	17,3	13,4	69,3
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου παρεμποδίζει τη φιλική σχέση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	48,0	20,7	31,3
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου αναγκάζει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να σπαταλούν περισσότερο χρόνο, δίνοντας πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς	8,4	19,6	72,1
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου αυξάνει τον κίνδυνο λαθών	30,7	22,9	46,4
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο γενικά παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους παρόχους φροντίδας	51,4	29,6	19,0
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή	62,0	22,3	15,6
Πιστεύω ότι το ανοικτό επισκεπτήριο προκαλεί μεγαλύτερο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο για τον ιατρό και το νοσηλεύτη	8,4	11,7	79,9

έναντι 21,0% ιατρών,  $p < 0,05$ ). Οι νοσηλευτές αναφορικά με τους ιατρούς υποστηρίζουν σημαντικά περισσότερο την άποψη ότι το επισκεπτήριο είναι σημαντικό για την ανάρρωση του ασθενούς (24,7% έναντι 10,7%,  $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι ιατροί σε σχέση με νοσηλευτές διαφωνούν με την άποψη ότι οι ασθενείς πρέπει να ελέγχουν οι ίδιοι το επισκεπτήριο (διάρκεια και αριθμός επισκεπτών) όταν κρίνονται ικανοί να λαμβάνουν αποφάσεις (76,2% έναντι 60,3%,  $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους ιατρούς συμφωνούσαν με την άποψη ότι το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με την κουλτούρα και την εθνικότητα των ασθενών (26% έναντι 11,9%,  $p < 0,05$ ).

Στις καρδιολογικές ΜΕΘ υπάρχουν σημαντικά περισσότεροι επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τις γενικές ΜΕΘ που υποστηρίζουν ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress (45% έναντι 23,9%,  $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονταν στις γενικές ΜΕΘ απάντησαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο εμποδίζει την ιδιωτικότητα του ασθενούς (55,3% έναντι 35%,  $p < 0,05$ ). Στις καρδιολογικές ΜΕΘ, σημαντικά περισσότεροι επαγγελματίες υγείας υποστήριζαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή (20% έναντι 11,5%,  $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι εργαζόμενοι στις γενικές ΜΕΘ ανέφεραν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό και ψυχικό φόρτο για

**Πίνακας 5.** Απόψεις ερωτηθέντων για την πολιτική επισκεπτηρίου των ΜΕΘ.

Ερωτήσεις	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)
Νομίζω ότι θα πρέπει να επιτρέπεται σε όλους το επισκεπτήριο, εφόσον αυτό εγκρίνεται από τον ασθενή	64,8	35,2	0,0
Νομίζω ότι ο αριθμός των επισκεπτών σε ένα εύρος χρόνου 24 ωρών δε θα πρέπει να είναι περιορισμένο	81,0	18,4	0,6
Νομίζω ότι ο χρόνος μιας επίσκεψης δε θα πρέπει να περιορίζεται	82,7	11,7	5,6
Νομίζω ότι ο αριθμός των ατόμων που επισκέπτονται τον ασθενή την ίδια στιγμή δε θα πρέπει να περιορίζεται	86,6	8,4	5,0
Νομίζω ότι θα πρέπει να εφαρμοστεί μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου στη μονάδα, στην οποία εργάζομαι	78,2	11,2	10,6
Νομίζω ότι οι αυστηρές ώρες επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζονται όταν η οικογένεια έχει πρακτικούς λόγους που την παρεμποδίζουν να τηρήσει αυτή την πολιτική	22,3	14,5	63,1
Νομίζω ότι οι αυστηρές ώρες επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζονται όταν ο ασθενής έχει σωματικές ανάγκες	25,7	25,1	49,2
Νομίζω ότι όταν ο ασθενής είναι ικανός, θα πρέπει να έχει ο ίδιος τον έλεγχο του πότε/πόση ώρα και πόσους επισκέπτες μπορεί να έχει	71,5	16,2	12,3
Νομίζω ότι η πολιτική του επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με την κουλτούρα και την εθνικότητα του ασθενούς	67,0	15,6	17,3
Νομίζω ότι μια αυστηρά συγκεκριμένη ώρα έναρξης του επισκεπτηρίου είναι σημαντική, αλλά η διάρκεια μιας επίσκεψης μπορεί να είναι ευέλικτη	36,3	21,2	42,5
Νομίζω ότι η πολιτική επισκεπτηρίου πρέπει να είναι ευέλικτη κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου της νοσηλείας	39,1	15,6	45,3
Νομίζω ότι η πολιτική επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζεται όταν ο ασθενής είναι ετοιμοθάνατος	9,5	15,1	75,4

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

τους ιατρούς και τους νοσηλευτές (81,8% έναντι 65%,  $p < 0,05$ ). Το 83% και το 65% των επαγγελματιών υγείας σε γενική και καρδιολογική ΜΕΘ, αντίστοιχα διαφωνούσε ότι πρέπει να υπάρχει περιορισμός στον αριθμό των επισκεπτών ( $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι ήταν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε καρδιολογική

ΜΕΘ που υποστήριζαν ότι η πολιτική του επισκεπτηρίου πρέπει να είναι ευέλικτη το πρώτο 24ωρο νοσηλείας του ασθενούς (60% έναντι 43,4%,  $p < 0,05$ ). Ο πίνακας 6 δείχνει τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή και το είδος της ΜΕΘ (γενική ή καρδιολογική) που διεξήχθη η μελέτη.

**Πίνακας 6.** Λογαριθμική παλινδρόμηση για την αξιολόγηση της άποψης των ιατρών και των νοσηλευτών για το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ σε σχέση με το είδος της ΜΕΘ.

Μεταβλητή	p	OR	95% CI
Πιστεύω ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress στον ασθενή	0,004	2,203	1,062–4,579
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και τους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα	0,021	2,247	1,125–4,488
Πιστεύω ότι μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου αναγκάζει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να σπαταλούν περισσότερο χρόνο, δίνοντας πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς	0,013	3,113	0,984–9,845
Πιστεύω ότι το ανοικτό επισκεπτήριο προκαλεί μεγαλύτερο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο για τον ιατρό και το νοσηλευτή	0,002	0,278	0,125–0,617
Νομίζω ότι ο αριθμός των επισκεπτών σε ένα εύρος χρόνου 24 ωρών δε θα πρέπει να είναι περιορισμένο	0,008	1,957	1,193–3,210
Νομίζω ότι θα πρέπει να εφαρμοστεί μια πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου στη μονάδα, στην οποία εργάζομαι	0,012	0,552	0,311–0,978

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Οι νοσηλευτές που είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης ήταν σημαντικά περισσότεροι σε σχέση με τους νοσηλευτές, οι οποίοι δεν είχαν μεταπτυχιακές σπουδές, που υποστήριξαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο είναι σημαντικό για την ανάρρωση του ασθενούς (27,8% έναντι 9,1%,  $p < 0,05$ ). Σημαντικά περισσότεροι νοσηλευτές με μεταπτυχιακές σπουδές, σε σχέση με τους υπόλοιπους, ανέφεραν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή (22,2% έναντι 18,2%,  $p < 0,05$ ). Επίσης, οι νοσηλευτές με μεταπτυχιακές σπουδές που δήλωσαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή ήταν σημαντικά περισσότεροι σε σχέση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (31,2% έναντι 11,4%,  $p < 0,05$ ). Ακόμη, σημαντικά περισσότεροι ήταν οι νοσηλευτές που είχαν μεταπτυχιακές σπουδές, οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι αυστηρές ώρες του επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζονται όταν ο ασθενής έχει συναισθηματικές ανάγκες (72,2% έναντι 45,5%,  $p < 0,05$ ).

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική λογαριθμική παλινδρόμηση (multiple logistic regression) με εξαρτημένη μεταβλητή, το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο (ιατρός ή νοσηλεύτης) σε όλες τις μεταβλητές που αξιολογούν την άποψη των ιατρών και των νοσηλευτών για το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι οι ιατροί υπερισχύουν στις απόψεις τους έναντι των νοσηλευτών για την ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στον ασθενή (OR: 0,415, 95% CI: 0,226–0,760,  $p = 0,004$ ) και ότι η πολιτική του ανοικτού επισκεπτηρίου είναι σημαντική για την ανάρρωση του ασθενούς (OR: 1,615, 95% CI: 1,082–2,410,  $p = 0,009$ ). Επίσης, οι ιατροί είχαν 1,477 μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν ότι η πολιτική του επισκεπτηρίου πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με την κουλτούρα και την εθνικότητα του ασθενούς (OR: 1,477, 95% CI: 1,084–2,013,  $p = 0,001$ ).

## Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι ιατροί υπερισχύουν στις απόψεις τους έναντι των νοσηλευτών για την ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στον ασθενή και ότι η πολιτική του ανοικτού επισκεπτηρίου είναι σημαντική για την ανάρρωση του ασθενούς. Αντίθετα, οι νοσηλευτές συμφωνούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους ιατρούς ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress στους ασθενείς και ίσως θα ήταν καλύτερο να εφαρμόζεται η πολιτική του κλειστού επισκεπτηρίου. Οι απόψεις των νοσηλευτών για το επι-

σκεπτήριο στις ΜΕΘ έχουν εκτιμηθεί επανειλημμένα και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δε διαφέρουν από εκείνα που αναφέρονται σε μελέτες άλλων χωρών, όπου προτιμάται η πολιτική του κλειστού επισκεπτηρίου. Η πεποίθηση αυτή πιθανόν να προκύπτει από το γεγονός ότι η ακριβώς αντίθετη πολιτική ενδεχομένως να έχει αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή περιορίζοντας τη διαδικασία της φροντίδας του.

Σε ανάλογη μελέτη των Biancofiore et al,<sup>19</sup> όπου συμμετείχαν 377 νοσηλευτές και 230 ιατροί, εκτιμήθηκαν οι απόψεις των δύο ομάδων και ο βαθμός αποδοχής μιας πολιτικής ανοικτού επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ. Οι περισσότεροι νοσηλευτές, σε αντίθεση με τους ιατρούς, υποστήριξαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο καταπατά την ιδιωτική ζωή του ασθενούς, προκαλεί διενέξεις μεταξύ ασθενών και λειτουργών υγείας και επιτρέπει στους συγγενείς να επεμβαίνουν στα καθήκοντά τους. Επίσης, προκαλεί αιμοδυναμική αστάθεια και άγχος στον ασθενή.

Ανάλογη μελέτη των Berti et al<sup>16</sup> επιβεβαιώνει τη στάση των νοσηλευτών όσον αφορά στην εφαρμογή του ανοικτού επισκεπτηρίου. Δεν ήταν λίγοι οι νοσηλευτές (75,2%) που υποστήριξαν ότι η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής θα σταθεί εμπόδιο στην παροχή επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας και θα χρειαστεί οι νοσηλευτές να διαθέτουν περισσότερο χρόνο παρέχοντας πληροφορίες στους συγγενείς όσον αφορά στην κατάσταση του ασθενούς.

Η απελευθέρωση του ωραρίου του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ δεν αυξάνει τις επιπλοκές, αλλά, αντίθετα, μειώνει τις καρδιαγγειακές επιπλοκές μέσω ορμονικών μηχανισμών και μέσω της μείωσης του άγχους που προκαλείται στον ασθενή από την έλλειψη των συγγενών του. Αυτό είναι το συμπέρασμα που υποστηρίζει μελέτη των Fumagalli et al,<sup>20</sup> θέλοντας να διερευνήσει την ασφάλεια που προκύπτει και την αποτελεσματικότητα στην πορεία της υγείας του ασθενούς από την εφαρμογή της πολιτικής ανοικτού επισκεπτηρίου.

Η πολιτική του ανοικτού επισκεπτηρίου συναντά τις ανάγκες του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών της ΜΕΘ. Οι απόψεις του προσωπικού της ΜΕΘ απέναντι σε μια τέτοια πολιτική δίστανται. Υπάρχουν νοσηλευτές που επιτρέπουν πιο ελεύθερο επισκεπτήριο από αυτό που καθορίζεται στο χώρο της ΜΕΘ και από την άλλη πλευρά υπάρχουν εκείνοι που γίνονται πιο αυστηροί και μειώνουν τις ώρες επισκεπτηρίου βασιζόμενοι στο άγχος και την αγωνία που προκαλείται στον ασθενή.<sup>21</sup>

Η πλειοψηφία των ΜΕΘ εφαρμόζει πολιτική περιορισμένου τύπου επισκεπτηρίου και ο μέγιστος χρόνος παραμονής των επισκεπτών είναι <1 ώρα, με μέγιστο



επιτρεπόμενο αριθμό ατόμων ανά κλίνη τα δύο άτομα, ευρήματα που συμφωνούν με εκείνα άλλων μελετών του εξωτερικού.<sup>22-24</sup> Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ΜΕΘ εφαρμόζει πολιτική περιορισμένου επισκεπτηρίου με σαφείς περιορισμούς, τόσο στην ώρα παραμονής των επισκεπτών όσο και στον αριθμό των επιτρεπόμενων ατόμων ανά κλίνη. Όσον αφορά στον αριθμό των ατόμων που επισκέπτονται έναν ασθενή, τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλεύτες υποστηρίζουν ότι ο αριθμός αυτός πρέπει να είναι 2 άτομα, ευρήματα που συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας των Simon et al.<sup>25</sup>

Σε ανάλογη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων συμφώνησε στο να υπάρχει περιορισμός στον αριθμό, αλλά και στο είδος του συγγενή (1ου ή 2ου βαθμού συγγενής).<sup>26</sup> Αυστηρός καθορισμός στον αριθμό των επισκεπτών αποτελεί το συμπέρασμα μελέτης των Quinio et al,<sup>22</sup> στην οποία υπογραμμίζεται ότι τη συγκεκριμένη πολιτική την εφαρμόζει το 95% των ΜΕΘ που μελετήθηκαν. Από τις 171 ΜΕΘ που συμπεριέλαβε η μελέτη των Lee et al,<sup>27</sup> μόνο το 1/3 αυτών ακολουθεί πολιτική ανοικτού επισκεπτηρίου, χωρίς αυστηρούς περιορισμούς.

Γενικά, η πλειοψηφία του συνόλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τάσσεται εναντίον της εφαρμογής μιας πολιτικής ανοικτού επισκεπτηρίου πιστεύοντας ότι το επισκεπτήριο προκαλεί αρνητικές αιμοδυναμικές αντιδράσεις στους ασθενείς και ότι μια τέτοια πολιτική παρεμποδίζει την ιδιωτικότητα του ασθενούς.

Αντίθετα, μελέτη των Marco et al,<sup>28</sup> το δείγμα της οποίας περιελάμβανε 46 νοσηλεύτες ΜΕΘ, είχε σκοπό να αναλύσει τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων των νοσηλευτών όσον αφορά στο ανοικτό επισκεπτήριο και την επίδραση που θα έχει στους ασθενείς και στους συγγενείς. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής θα είχε θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, αλλά και για τους συγγενείς. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των Simpson et al,<sup>12</sup> όπου φαίνεται ότι οι νοσηλεύτες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το ανοικτό επισκεπτήριο. Οι απόψεις όμως δίστανται όσον αφορά στο πόσο ελεύθερο μπορεί να γίνει το επισκεπτήριο στη ΜΕΘ. Συμπερασματικά, η μελέτη καταλήγει στο γεγονός ότι πρέπει να εκτιμηθούν πολλοί παράγοντες πριν καθοριστεί μια τέτοια πολιτική. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι απόψεις των νοσηλευτών αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού της ΜΕΘ, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησής τους από μια τέτοια αλλαγή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η ώρα του επισκεπτηρίου

είναι δεσμευτική όσον αφορά στο χρόνο που διαθέτουν οι ιατροί και οι νοσηλεύτες για τους συγγενείς και τη διαδικασία της ενημέρωσης. Οι ώρες του επισκεπτηρίου κατέχουν σημαντικό ρόλο στη ΜΕΘ και για τους ασθενείς αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας. Τα μέλη της οικογένειας προσφέρουν συμπαράσταση και ανακούφιση στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Παρόλα αυτά, οι νοσηλεύτες θεωρούν τις ώρες επισκεπτηρίου ως «χάσιμο χρόνου» και ως μια προσπάθεια παρέμβασης των συγγενών στη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.<sup>29</sup>

Εδώ και πολλά χρόνια, οι ανάγκες των συγγενών ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ βρίσκονται στο προσκήνιο και γίνονται αντικείμενο μελέτης καθώς τις περισσότερες φορές κρίνεται η πορεία της υγείας του ασθενούς. Η ηθική και η πνευματική στήριξη που δέχεται ο ασθενής από το συγγενικό του περιβάλλον μπορεί να καθορίσει την ψυχολογία του, αλλά και τη διάρκεια παραμονής αυτού στη ΜΕΘ.<sup>30</sup>

Οι απόψεις, βέβαια, των συγγενών πιθανόν να έρχονται σε αντίθεση με τις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Μελέτη των Roger et al<sup>31</sup> αναφέρει στα αποτελέσματά της ότι οι συγγενείς ζητούν αφενός περισσότερες ώρες επισκεπτηρίου και αφετέρου αλλαγή των συνθηκών που επικρατούν όσον αφορά στη διάρκεια του επισκεπτηρίου. Επίσης, εξέφρασαν την επιθυμία να είναι παρόντες στη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται και να συμμετέχουν στη διαδικασία της σίτισης των ασθενών. Παρόλα αυτά, η εφαρμογή μιας ισορροπημένης πολιτικής θα πρέπει να διερευνηθεί γιατί δεν είναι λίγες οι φορές όπου η έντονη παρουσία των συγγενών προκαλεί περισσότερο άγχος στους ασθενείς.<sup>32</sup>

Η αυστηρότητα και ο περιορισμός στο επισκεπτήριο είναι καταστάσεις που μπορούν να αλλάξουν όταν υπάρχουν κάποιοι λόγοι όπως, για παράδειγμα, όταν ο ασθενής είναι τελικού σταδίου και έτοιμος να καταλήξει. Τέτοιου είδους εξαιρέσεις υποστηρίζονται και από την παρούσα μελέτη, αλλά και από τη μελέτη των Giannini et al.<sup>33</sup> Στην τελευταία αναφέρεται ότι από τη μια πλευρά θα πρέπει να υπάρχει περιορισμός στην ώρα του επισκεπτηρίου και στα άτομα που μπορούν να επισκέπτονται τον ασθενή, αλλά από την άλλη πλευρά η πολιτική αυτή απελευθερώνεται μερικώς, όταν ο ασθενής είναι ετοιμοθάνατος ή όταν πρόκειται για παιδί.

Γενικά, η ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Όμως, σύμφωνα με τον Giannini,<sup>34</sup> δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως, αν η παρουσία των

συγγενών στο πλευρό των ασθενών επιδρά θετικά ή όχι. Σε αυτά που πρέπει να σταθεί κάποιος είναι κυρίως η εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών, καθώς και η ευαισθητοποίησή τους σε θέματα που αφορούν στη ΜΕΘ (επισκεπτήριο, ανάγκες ασθενών και συγγενών). Επιπρόσθετα, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση των επιπτώσεων που πιθανόν να έχει η εφαρμογή της μίας εκ των δύο πολιτικών επισκεπτηρίου. Είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα προβλήματα, να γίνουν κατανοητά τα αίτια με σκοπό να βρεθούν λύσεις που να προσφέρουν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό την αίσθηση της ασφάλειας του ασθενούς. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών-συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει την εκτίμηση και την εμπιστοσύνη, κυρίως των συγγενών προς το προσωπικό της ΜΕΘ. Δεν είναι πάντα εύκολη η επικοινωνία αλλά αυτό που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι πάνω απ' όλα η ποιότητα και η αξία των σχέσεων μεταξύ ασθενών και συγγενών.

## Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, από τη μελέτη προκύπτει ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν περίπου τις ίδιες απόψεις και στάσεις για τη λειτουργία του επισκεπτηρίου στις ΜΕΘ. Το επισκεπτήριο έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή, με την προϋπόθεση ότι πραγματοποιείται σε συγκεκριμένη ώρα μέσα στην ημέρα και για συγκεκριμένη διάρκεια. Σε αντίθετη περίπτωση, οι επαγγελματίες στις ΜΕΘ πιστεύουν ότι αυξάνεται η πιθανότητα λαθών κατά τη φροντίδα των ασθενών, αλλά και εξαντλείται η οικογένεια του ασθενούς καθώς θεωρεί υποχρέωσή της να είναι καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας κοντά του. Η διοίκηση της κάθε ΜΕΘ, διευθυντές ιατροί και προϊστάμενοι νοσηλευτές, πρέπει να ορίζουν τις αρχές λειτουργίας του επισκεπτηρίου, θέτοντας συγκεκριμένες ώρες μέσα στη διάρκεια της ημέρας που θα επιτρέπεται το επισκεπτήριο αλλά και συγκεκριμένο αριθμό ατόμων που θα βρίσκεται κοντά στον ασθενή.

## ABSTRACT

### The Opinions of Doctors and Nurses about Visiting Hours in the Intensive Care Unit

Charalampos Psathas,<sup>1</sup> Georgios Argyriou,<sup>2</sup> Olga Kadda,<sup>3</sup> Athanasia Nestor,<sup>4</sup> Christina Routsis,<sup>5</sup> Georgios Vassilopoulos,<sup>6</sup> Christina Marvaki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>RN, MSc, ICU, "Sismanogleio" General Hospital, Athens, <sup>2</sup>RN, MSc, PhD(c), "Sotiria" General Hospital of Athens, Athens, <sup>3</sup>RN, MSc, PhD(c), "Onassis" Cardiac Surgery Centre, Athens, <sup>4</sup>Professor, 1st Department of Nursing, Technological and Educational Institute of Athens, Athens, <sup>5</sup>Department of Intensive Care, "Evangelismos" Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, <sup>6</sup>Laboratory Instructor, 1st Department of Nursing, Technological and Educational Institute of Athens, Athens, Greece

**Background:** The admission of a patient to the intensive care unit (ICU) is one of the most stressful events that a person can experience. It may cause feelings of fear, insecurity and anxiety due to limitation of physical movement, restriction of visits and sleep deprivation. Patients in the ICU seek the presence of their families because this makes them feel more secure and protected. The way for the relatives to be close to the patient during hospitalization in the ICU is visiting. **Aim:** Investigation of the attitudes and beliefs of doctors and nurses about visiting in the ICU. **Method:** The study population consisted of 179 health professionals, doctors and nurses, working in the ICUs of 4 hospitals in Attica, Greece. A specially designed questionnaire developed by the researchers was used, based on international literature and specifically on studies of Berti, Vandjick and Hunter and their respective co-workers, with their approval. Data analysis was performed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 17. **Results:** Of the 179 health professionals who completed the questionnaire, 65.9% were women. Their average age was 34.3±6.9 years and 59.2% were nurses and 40.8% doctors and 44% were married. In their responses, 94.4% stated that visiting hours in the ICUs where they work are limited and the permitted duration of stay is <1 hour. Physicians and nurses agreed that visiting patient in ICU has beneficial outcome provided that it takes place at a particular time of day and for a specific duration. Doctors believed more strongly than nurses in the beneficial effect of visiting for the patient in ICU, with a statistically significant difference (p=0.001). **Conclusions:** Physicians and nurses both believe that visiting is beneficial for the patient in the ICU, but at a specified time of day and for a specific duration. Perceived disadvantages are increase in the likelihood of mistakes in patient care during visiting, and exhaustion of patients' family members who would feel obliged to be with the patient throughout the day. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING 2012, 51 (2): 195–205.*

**Key-words:** doctor, family needs, intensive care unit, nurse, visiting policy

✉ **Corresponding Author:** Georgios Argyriou, 15 Eratous street, GR-175 63 P. Faliro, Greece, tel.: +30 210 98 32 868, +30 6945 386 094, e-mail: ageorge2000@yahoo.com

## Βιβλιογραφία

1. Ball C, McElliott M. "Realizing the potential of critical care nurses": An exploratory study of the factors that affect and comprise the nursing contribution to the recovery of critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurse* 2003, 19:226–238
2. Παπακωνσταντίνου Κ, Καραμπίνης Α, Μπαλτόπουλος Γ. *Η Νοσηλευτική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*. Αθήνα, 2005; 1:3–50
3. Hay D, Oken D. The psychological stresses on intensive care unit nursing. *Psychosom Med* 1972, 34:109–118
4. Margolis GJ. Postoperative psychosis on the intensive care unit. *Compr Psychiatry* 1967, 8:227–232
5. Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2010, 9:395–397
6. 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, 14:501–509
7. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care* 2004, 13:194–198
8. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs. Time to change. *JAMA* 2004, 292:736–737
9. Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves – The process of family integration into the ICU. *J Clin Nurs* 1999, 8:253–262
10. Carlson B, Riegel B, Thomason T. Visitation: Policy versus practice. *Dimens Crit Care Nurs* 1998, 17:40–47
11. Chow SM. Challenging restricted visiting policies in critical care. *Off J Can Assoc Crit Care Nurs* 1999, 10:24–27
12. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *Am J Crit Care* 1996, 5:420–426
13. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* 1993, 2:238–245
14. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008, 36:30–35
15. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007, 35:497–501
16. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med* 2007, 33:1060–1065
17. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung* 2010, 39:137–146
18. Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia* 2010, 65:1101–1105
19. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: A regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiol* 2010, 76:93–99
20. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006, 113:946–952
21. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 2007, 35:605–622
22. Quinio P, Savry C, Deghelt, A Guilloux M, Cateineau J, de Tinténac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2002, 28:1389–1394
23. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* 2011, 27:27–30
24. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: A survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs* 2008, 24:366–374
25. Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care* 1997, 6:210–217
26. Biley FC, Millar BJ, Wilson AM. Issues in intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs* 1993, 9:75–81
27. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007, 35:497–501
28. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006, 11:33–41
29. Gurley MJ. Determining ICU visiting hours. *Medsurg Nurs* 1995, 4:40–43
30. O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, Benson-Landau M et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung* 1991, 20:189–201
31. Roger C, Mari A, Bousquet PJ, Louart G, Casano F, Cuvillon A et al. Patient's relatives wishes concerning the visiting hours in an intensive care unit. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010, 29:431–435
32. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009, 25:190–198
33. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: A nationwide survey. *Intensive Care Med* 2008, 34:1256–1262
34. Giannini A. The "open" ICU: Not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010, 76:89–90