

Το Βίωμα Νοσηλευομένου Ασθενούς σε Κρίσιμη Κατάσταση Υγείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Αγγελική Στάμου

Patient's Experience of Being Critical Ill in Intensive Care Unit

Abstract at the end of the article

Λέκτορας Εφαρμογών,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Υποβλήθηκε: 10/12/2020
Επανυποβλήθηκε: 26/02/2021
Εγκρίθηκε: 08/04/2021

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αγγελική Στάμου
Λασκάρεως 54, 114 72 Αθήνα
e-mail: astamou@uniwa.gr

Εισαγωγή: Η νοσηλεία ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση υγείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), παρότι συντελεί στην αύξηση της επιβίωσής τους, παράλληλα συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων ή διαταραχών. Ως αίτια έχουν αναφερθεί η αισθητηριακή απομόνωση, το σωματικό stress της καθήλωσης, καθώς και το περιβάλλον της ΜΕΘ. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αποτύπωση των βιωμάτων νοσηλευομένων ασθενών στη ΜΕΘ μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων, της τελευταίας εικοσαετίας (2000–2020) στην ελληνική και αγγλική γλώσσα συναφών με το θέμα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Science Direct και Google Scholar, χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά: μονάδα εντατικής θεραπείας, εντατική φροντίδα, βίωμα ασθενούς, αναμνήσεις. **Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ βιώνουν πολλές και δυσάρεστες εμπειρίες. Το περιβάλλον των ΜΕΘ φαίνεται να έχει πολλές επιπτώσεις στους ασθενείς επιφέροντας οργανικές, συναισθηματικές και νευρολογικές μεταβολές, επηρεάζοντας τη μετέπειτα ποιότητα και τρόπο ζωής τους. Πολλές μελέτες επικεντρώνονται στα βιώματα και στις αντιλήψεις των ασθενών για το περιβάλλον της ΜΕΘ, στην ανάκληση αναμνήσεων από τη νοσηλεία, στις αντιλήψεις για τις αλλαγές του σώματος, και στις σχέσεις τους με την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας. **Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στις ΜΕΘ δέχονται επιδράσεις τόσο από το άψυχο όσο και από το έμπυχο περιβάλλον της ΜΕΘ. Βιώνουν πολλαπλές εμπειρίες οι οποίες συνοδεύονται από πληθώρα σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων με αποτέλεσμα την ανάγκη μακροχρόνιας ψυχολογικής υποστήριξης. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο διαμορφώνονται αυτές οι εμπειρίες της ασθένειας και της νοσηλείας, μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως τους νοσηλευτές να κατανοήσουν αυτές τις εμπειρίες για την ανακούφιση των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών.

Λέξεις-ερευτηρίου: Μονάδα εντατικής θεραπείας, εντατική φροντίδα, βίωμα ασθενούς, αναμνήσεις.

Εισαγωγή

Η νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί μια συνθήκη έντονης ψυχοσωματικής καταπόνησης. Η ξαφνική και απροσδόκητη φύση των γεγονότων όπως η μεταφορά με ασθενοφόρο, η εισαγωγή στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ, σε συνδυασμό με τον διαταραγμένο ύπνο, την αισθητηριακή στέρηση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις με τις παρενέργειες των φαρμάκων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που δυσκολεύουν τον ασθενή να κατανοήσει και να προσαρμοστεί στο γεγονός.^{1,2}

Επιπλέον, υπάρχουν και άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και περιλαμβάνουν αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, ταπεινώση, διαταραχή της εικόνας σώματος και νοητικές διαταραχές. Οι ασθενείς αντιδρούν συχνά με έντονο άγχος, θυμό ή και κατάθλιψη και ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς όπως την απόσυρση, την άρνηση, την παλινδρόμηση, όπως επίσης μερικοί εμφανίζουν παραλήρημα ή και συμπτώματα αγχώδους διαταραχής.³

Τα τελευταία χρόνια, έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποφέρουν από οξείες και απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της διάρκειας παραμονής των βαρέως πασχόντων ασθενών σε ΜΕΘ και σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσής τους. Στα παραπάνω ενθαρρυντικά αποτελέσματα συνέβαλε πολύ η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης αλλά και της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας.⁴

Σε συνδυασμό με τα παραπάνω υπάρχει επίσης και ένα ποσοστό ασθενών που οδηγούνται σε κέντρα αποκατάστασης μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ προκειμένου να επιστρέψουν στο αρχικό γνωστικό και λειτουργικό τους επίπεδο. Ένα άλλο σημαντικό ποσοστό ασθενών επιστρέφει στο σπίτι όπου παρόλο που βρίσκεται στο οικείο του περιβάλλον και κοντά στα μέλη της οικογένειάς του, μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης ή μετατραυματικού στρες για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.⁵

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές γνωστικές, όπως απώλεια μνήμης και αδυναμία συγκέντρωσης αλλά και λειτουργικές όπως αναπνευστικές δυσχέρειες και μυϊκή αδυναμία. Η επίπτωση των γνωστικών διαταραχών κυμαίνεται σε ποσοστό 25–75% ενώ η επίπτωση των ψυχολογικών διαταραχών ανέρχεται σε ποσοστό 28%.⁶

Ωστόσο, ποιοτικές μελέτες^{7–9} έδειξαν, ότι η παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ μπορεί να αποτελέσει και μια πλούσια εμπειρία, με στοιχεία πνευματικών αναζητήσεων

και προσωπικών αλλαγών. Η τραυματική εμπειρία θα μπορούσε να οδηγήσει και σε θετικές ψυχολογικές αλλαγές και ψυχικές διεργασίες που μπορούν να συμβάλουν στην προσωπική ανάπτυξη. Οι ασθενείς όταν αντιμετωπίζουν τα απειλητικά για τη ζωή γεγονότα, επαναξιολογούν τους στόχους και τις προτεραιότητές τους, βιώνουν βελτιωμένες κοινωνικές σχέσεις και συγχρόνως φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αποτύπωση των βιωμάτων νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων, της τελευταίας εικοσαετίας (2000-2020) στην ελληνική και αγγλική γλώσσα συναφών με το θέμα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Science Direct και Google Scholar, χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά: μονάδα εντατικής θεραπείας, εντατική φροντίδα, βίωμα ασθενούς, αναμνήσεις.

Αποτελέσματα

Το περιβάλλον στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα ξεχωριστό αυτόνομο τμήμα ενός νοσοκομείου, με ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό, για τη διαχείριση ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις. Από πολύ νωρίς έχει αναγνωριστεί η σημασία του ιδανικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο σχεδιασμός των ΜΕΘ γίνεται με πολύ αυστηρά κριτήρια με σκοπό να εκπληρώνονται συγκεκριμένες προϋποθέσεις όπως είναι η εξασφάλιση σταθερής θερμοκρασίας περιβάλλοντος, ομοιόμορφου φωτισμού, ηχητικής μόνωσης, οπτικοακουστικών εγκαταστάσεων για την παρακολούθηση των ασθενών και τέλος εξασφάλιση ενός καθαρού περιβάλλοντος για την πρόληψη μετάδοσης των λοιμώξεων. Τα τελευταία χρόνια, έχει υπογραμμιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία η θετική επίδραση του κατάλληλου περιβάλλοντος της ΜΕΘ στη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας των ασθενών.¹⁰

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ αποτελεί μια οξεία κατάσταση που προκαλεί αβεβαιότητα στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους. Επιπλέον, το περιβάλλον της ΜΕΘ αποτελεί έναν μη οικείο, τρομακτικό και παράξενο χώρο, περίπλοκο και πολυδιάστατο που δημιουργεί σύγχυση

και υπερδιέγερση εξαιτίας του θορύβου, του ελλιπούς φυσικού φωτισμού, του πολύπλοκου βιοϊατρικού εξοπλισμού αλλά και της μειωμένης επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον.^{11,12}

Ο ζωτικός χώρος του ασθενούς «παραβιάζεται» διαρκώς από τις πολλαπλές και επώδυνες παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να στερείται τη δυνατότητα ελέγχου και ιδιωτικότητας.¹³

Στη φαινομενολογική μελέτη των Olausson et al,¹⁴ η εμπειρία του δωματίου συνδέθηκε με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς. Ο πόνος και η μειωμένη όραση επηρέασαν την αντίληψη του ορατού περιβάλλοντα χώρου, γεγονός που οδήγησε στην αίσθηση των συνεχών μεταβολών στο σχήμα του. Μερικοί ασθενείς βρήκαν τον εαυτό τους να υπάρχει μέσα σε έναν τόπο «ανάμεσα» στο όνειρο και στην πραγματικότητα, μέσα σε μια κατάσταση παραμορφωμένης αντίληψης για το δωμάτιο. «Οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός μεταμορφώνονται καθώς και ο ίδιος ο τόπος».

Το βίωμα του ασθενούς από τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, αντικείμενο μελέτης έχουν αποτελέσει οι εμπειρίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Οι περισσότερες μελέτες προέρχονται από σκανδιναβικές χώρες που συχνά έχουν ως μέθοδό τους τη φαινομενολογική προσέγγιση. Εστιάζουν την προσοχή τους στην ανάκληση των αναμνήσεων όπως τα όνειρα, τις παραισθήσεις, τις σωματικές αισθήσεις, αλλά και στις επιδράσεις της εμπειρίας στη ζωή των ασθενών μετά τη ΜΕΘ. Συνήθως, το χρονοδιάγραμμα της παρακολούθησης των ασθενών εκτείνεται από μερικές εβδομάδες μέχρι και δύο χρόνια μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Ο ασθενής που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ βιώνει την εμπειρία του αυτή με διάφορους τρόπους δίνοντας τη δική του σημασία και νόημα, αναφερόμενος στην αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, στις τροποποιημένες σχέσεις τόσο με το οικογενειακό του περιβάλλον όσο και με το προσωπικό της ΜΕΘ, αλλά και στις διαταραγμένες αντιλήψεις για το περιβάλλον της ΜΕΘ.^{15,16}

Στη μελέτη μετασύνθεσης των Cutler et al,¹⁷ εντοπίστηκαν 8 θεματικές κατηγορίες που αφορούν στο βίωμα του ασθενούς στη ΜΕΘ: (1) Μεταβολές της αντίληψης, δηλαδή τις μη πραγματικές εμπειρίες και τα όνειρα, (2) Εγγύτητα με τον θάνατο, (3) Αντίληψη του σώματος μέσα από το πρίσμα της ασθένειας, (4) Μεταβολές στην αντίληψη του χρόνου, (5) Εξάρτηση από το τεχνολογικό περιβάλλον

της ΜΕΘ, (6) Φροντίδα, σχέσεις και επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, (7) Υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος και των φίλων, η επιθυμία για επικοινωνία και (8) η μεταφορά από τη ΜΕΘ και η αποκατάσταση από την απειλητική ασθένεια.

Το βίωμα του σώματος

Η νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ, αλλάζει δραματικά τον τρόπο ζωής του. Το σώμα του πλέον, βρίσκεται σε έναν διαρκή αγώνα επιβίωσης. Ο ασθενής το αντιλαμβάνεται ως άγνωστο και ανεξέλεγκτο επειδή η δύναμη, η ικανότητα της κίνησης και της συνεργασίας είναι μειωμένες.^{15,18}

Παρόμοια ευρήματα ανέφεραν και οι Fredriksen et al,⁶ οι οποίοι διερεύνησαν τον τρόπο που βίωσαν οι ασθενείς τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε επτά ασθενείς, έξι μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, στον χώρο του σπιτιού τους. Όλοι οι ασθενείς ρωτήθηκαν «Πώς βιώσατε το σώμα σας όταν ήσασταν σοβαρά άρρωστος και νοσηλεύσασταν στη ΜΕΘ»; Η φαινομενολογική ανάλυση των συνεντεύξεων, έδειξε ότι οι ασθενείς ένιωθαν ότι το σώμα τους ήταν εκτός ελέγχου και ότι ήταν οριακά σε θέση να αντιμετωπίσουν την κατάσταση που βίωναν. Ανέφεραν, περιορισμούς στην κίνηση αλλά και στη γενικότερη έκφραση του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, αδυνατούσαν να κινήσουν τα μέλη του σώματός τους, όπως τα χέρια τους, το κεφάλι τους ενώ ταυτόχρονα αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ομιλία τους. Το σώμα τους ήταν απόλυτα εξαρτημένο από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους σημαντικούς άλλους.

Σύμφωνα με ευρήματα άλλων ποιοτικών μελετών οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν τη σωματική αλλαγή ως πολύ μεγάλη, όταν διαπίστωναν ότι παρέμεναν αδύναμοι και αβοήθητοι καθώς είχαν διαρκώς ανάγκη τους άλλους ώστε να μετακινηθούν στο κρεβάτι τους.¹⁸ Πολλές φορές ανέφεραν το διάστημα της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ ως μια περίοδο με παραλλαγμένη αντίληψη του εαυτού μέσα στον χώρο και στον χρόνο. Σχυνά κυριαρχούσε η αίσθηση αποσυνδεδετικού τύπου, καθώς ανέφεραν, ότι ήταν «έξω από τα πράγματα, έξω από τον εαυτό τους, κάπου αλλού» και δυσκολεύονταν να κατανοήσουν τα όσα συνέβαιναν κατά τη νοσηλεία τους. Οι ασθενείς περιέγραφαν το σώμα τους ως ένα σώμα ξένο και αποσυνδεδεμένο από αυτούς σε διαρκή κίνηση και ταλάντευση, ενώ άλλοι αναφέρονταν σε μια διαταραγμένη αντίληψη των ορίων του σώματος λόγω της σύνδεσής τους με τον τεχνολογικό εξοπλισμό της ΜΕΘ.^{7,15-17,19}

Το βίωμα της διασωλήνωσης

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας βιώνουν μια δυσάρεστη εμπειρία λόγω της σύνδεσής τους με τον αναπνευστήρα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι ασθενείς αναφέρουν σωματική, ψυχοσυναισθηματική δυσφορία και απογοήτευση από τη διαταραγμένη επικοινωνία με το περιβάλλον. Η έλλειψη ιδιωτικότητας, το αίσθημα της μοναξιάς, ο φόβος, η αγωνία και το άγχος, αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα ενώ η μειωμένη επικοινωνία, ο πόνος, και η ακινησία αποτελούν κύριες πηγές δυσφορίας.²⁰⁻²² Ειδικότερα, η σωματική δυσφορία έχει συνδεθεί κυρίως με τον ενδοτραχειακό σωλήνα αλλά και με τη διαδικασία της αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων.²³

Η αναποτελεσματική επικοινωνία που οφείλεται στη διασωλήνωση δημιουργεί αισθήματα ματαίωσης και αποκλεισμού, με αποτέλεσμα να απελπίζονται και να παραιτούνται από την προσπάθεια να γνωστοποιήσουν τις ανάγκες τους. Πολλές φορές περιορίζουν την επικοινωνία τους μόνο στις πιο βασικές πληροφορίες, γιατί αντιλαμβάνονται ότι δεν θα γίνει κατανοητό το μήνυμά τους.²⁴ Αντίθετα η αποτελεσματική επικοινωνία φαίνεται να επηρεάζει θετικά το αίσθημα της ασφάλειας και της συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών.²⁵

Η μελέτη των Prime et al,²⁶ που πραγματοποιήθηκε σε δεκαέξι ασθενείς που βρίσκονταν υπό μηχανικό αερισμό και λάμβαναν ήπια φαρμακευτική καταστολή, έδειξε ότι σχεδόν οι μισοί αισθάνονταν άνετα όταν η καταστολή ήταν ήπια και φάνηκαν διατεθειμένοι να ανεχθούν τον πόνο και τη δυσφορία ως έναν βαθμό προκειμένου να έχουν συνείδηση ώστε να διατηρήσουν την επικοινωνία με το περιβάλλον.

Επιπροσθέτως, η αποσύνδεση, «απογαλακτισμός», του ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής βιώνεται ως στρεσογόνος κατάσταση, η οποία επιδεινώνεται όταν οι προσπάθειες αποσύνδεσης αποτυγχάνουν, εξαιτίας παραγόντων που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του ασθενούς.²⁷ Φαινομενολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς ανησυχούν και αμφιβάλλουν τόσο για τη διαδικασία αποδέσμευσής τους από τον μηχανικό αερισμό όσο και για τη δυνατότητα να αναπνεύσουν χωρίς υποβοήθηση-αυτόματα. Συναισθήματα όπως αδυναμία αναπνοής, δύσπνοιας, κόπωσης αλλά και άγχους συμβάλλουν σε ένα αίσθημα αβοηθίας και απελπισίας.^{28,29}

Ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς στη ΜΕΘ

Η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή στη ΜΕΘ έχει σημαντικές επιδράσεις στην ψυχολογική του κατάσταση. Κυριαρχούν συναισθηματικές διαταραχές όπως η ανησυχία, ο φόβος και η αβεβαιότητα οι οποίες οφείλονται σε διάφορους παράγοντες. Όπως είναι η συνειδητοποίηση εκ μέρους του ίδιου του ασθενούς της κρίσιμης κατάστασης της υγείας του που ανακινεί τον φόβο θανάτου ή μιας μόνιμης σωματικής βλάβης αλλά και το ίδιο το περιβάλλον της ΜΕΘ που χαρακτηρίζεται από έναν μεγάλο αριθμό ισχυρών στρεσογόνων ερεθισμάτων και επιδράσεων. Επιπλέον, η αδυναμία επικοινωνίας, η απουσία της οικογένειας αλλά και η διαδικασία της αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα εντείνουν τις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς.^{27,30}

Ο φόβος

Μελέτες αναφέρουν τον φόβο ως μία από τις συχνότερες συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών η οποία οφείλεται στις πολλαπλές δυνητικά τραυματικές εμπειρίες που βιώνονται καθημερινά στη ΜΕΘ. Η συνειδητοποίηση του πιθανού θανάτου από την απειλητική ασθένεια και τη νοσηλεία, δημιουργεί μια βαθιά συγκρουσιακή κατάσταση στους ασθενείς που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Επίσης ο επικείμενος θάνατος, συνδέθηκε με τον φόβο της αμετάκλητης απώλειας της καθημερινής επαφής με την οικογένεια ότι δηλαδή δεν θα ξαναδούν τους συγγενείς τους ή ότι δεν θα ξαναβρεθούν στο σπίτι όλοι μαζί, αλλά και η ανησυχία για το πώς θα αντεπεξέλθουν οι δικοί τους άνθρωποι που βρίσκονταν στο σπίτι χωρίς τη βοήθειά τους.

Μια άλλη οπτική της έννοιας του φόβου, που φαινόταν στα αποτελέσματα και άλλων μελετών, ήταν ο πανικός που αισθανόταν ο ασθενής καθώς αγωνιζόταν να αναπνεύσει ή να κρατήσει στο πρόσωπό του τη μάσκα χορήγησης οξυγόνου σε μη επεμβατικό αερισμό. Η σκέψη του ενδεχόμενου τεχνικής βλάβης των μηχανημάτων και πιθανής αποτυχίας του αερισμού μέσω της μάσκας ή μέσω του αναπνευστήρα προκαλούσε ανησυχία και την αίσθηση επικείμενου θανάτου.

Ο φόβος του θανάτου περιγράφεται, επίσης, με έμφαση από ασθενείς που υποστηρίζονται αναπνευστικά, όταν αναφέρονται στον προειδοποιητικό ήχο του αναπνευστήρα, ο οποίος ακούγεται, όταν μειώνεται κατά πολύ η συχνότητα των αναπνοών τους. Χαρακτηριστική είναι επίσης, η περιγραφή του πανικού και των σκέψεων του

επικείμενου θανάτου τους, όταν αντιλαμβάνονται από τις κινήσεις και τις συζητήσεις των μελών της ομάδας φροντίδας, ότι κάποιοι άλλοι ασθενείς πεθαίνουν δίπλα τους.^{8,15,17,31}

Επιπλέον, ο φόβος εστιάζοταν στις παρεμβάσεις που γίνονταν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά δεν τις επεξηγούσε πλήρως στους ασθενείς. Αλλά και στην αντίληψη ότι αποτελούν ένα «ενοχλητικό πρόσωπο» που θέτει διαρκώς ερωτήσεις που επιβαρύνουν το προσωπικό, με αποτέλεσμα να αισθάνονται αμηχανία ώστε να ζητήσουν βοήθεια. Επίσης, μια άλλη αιτία φόβου ήταν η παρουσία τους στη ΜΕΘ που βίωναν ότι ήταν σε έναν άγνωστο χώρο, με άγνωστα πρόσωπα μέσα σε μια τεταμένη ατμόσφαιρα που δυσκολεύονταν να κατανοήσουν και να επικοινωνήσουν.^{19,32}

Εξάρτηση

Οι ασθενείς που εισάγονται και νοσηλεύονται στη ΜΕΘ παρουσιάζουν ένα είδος εξάρτησης, η οποία συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα όπως είναι η αίσθηση πλήρους αδυναμίας (powerlessness) και η ανασφάλεια (insecurity). Ο Yang³³ ορίζει την εξάρτηση σε ασθενείς της ΜΕΘ ως μια κατάσταση αδυναμίας και ευαλωτότητας που χαρακτηρίζεται από την απώλεια εαυτού, προκαλώντας αισθήματα ντροπής, φόβου και δυσπιστίας.

Η εξάρτηση από τους άλλους χαρακτηρίζεται ως «επιβάρυνση» που συνδέεται με την ανασφάλεια και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους παραμένουν ανικανοποίητες ενώ είναι αδύναμοι να αντιδράσουν. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής έχει την αίσθηση ότι απειλείται η ζωή του, ότι παραμελούνται τα συναισθήματά του με αποτέλεσμα την εκδήλωση φόβου, δυσπιστίας και ντροπής για την απώλεια της αξιοπρέπειας και της ταυτότητάς του. Έχοντας «χάσει τον εαυτό του», παύει να έχει τον έλεγχο της ζωής του και αισθάνεται ανασφαλής. Η απώλεια ελέγχου έχει υπογραμμιστεί σε πολλές μελέτες που αναφέρουν ότι οδηγεί στην ενίσχυση του αισθήματος αδυναμίας και της υποτίμησης καθώς ο ασθενής δεν μπορεί να συμμετάσχει στον καθορισμό του πλάνου φροντίδας του με αποτέλεσμα να πιστεύει ότι η μόνη του επιλογή είναι να αφεθεί παθητικά στη φροντίδα των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, οι ασθενείς αυτοί βιώνουν την ανάγκη να αγωνιστούν για να διατηρήσουν την ανθρωπινή αξιοπρέπειά τους. Παράλληλα αισθάνονταν θυμό και αντιμετώπιζαν με δυσκολία την εξάρτησή τους από τους άλλους. Η εξάρτηση σε σχέση με τη φροντίδα τους

μαζί με τις σωματικές αλλαγές αποτελούν αναμφισβήτητα μια κατάσταση που αλλάζει ριζικά τη ζωή τους και δημιουργεί προβλήματα προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα.^{18,24,34}

Οι ασθενείς συχνά συνδέουν την εξάρτηση με την απώλεια της ελευθερίας τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται εγκλωβισμένοι συναισθηματικά αλλά και σωματικά.³⁵ Βασική αιτία εγκλωβισμού αποτελεί η ύπαρξη του ενδοτραχειακού σωλήνα, ο οποίος όμως στην ουσία τούς διατηρεί στη ζωή, χωρίς να είναι πάντα σε θέση να κατανοήσουν την αναγκαιότητά του. Επιπλέον, οι ασθενείς αδυνατούν να εκφραστούν με αποτέλεσμα να βιώνουν απομόνωση και αποπροσωποποίηση.^{19,31,32}

Άλλη αιτία εξάρτησης και εγκλωβισμού αποτελεί ο βιοϊατρικός εξοπλισμός που χρησιμοποιούν στη ΜΕΘ. Οι Engström et al,³⁶ περιέγραψαν στην ποιοτική μελέτη τους τις εμπειρίες των ασθενών που βρίσκονταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ένα νοσοκομείο της Σουηδίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι ασθενείς βίωναν αισθήματα ευαλωτότητας και αβεβαιότητας λόγω της εξάρτησής τους από τα μηχανήματα ή τις γραμμές χορήγησης φαρμάκων. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ερευνητές, η εξάρτηση από άλλους ανθρώπους και ο πολύπλοκος τεχνολογικός ιατρικός εξοπλισμός δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση παράδοσης στα χέρια των άλλων, ανήμπορος να παρέμβει, ώστε να έχει τον έλεγχο της κατάστασής του.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η νοσηλεία σε ΜΕΘ αποτελεί μια δυνητικά τραυματική εμπειρία και σε ψυχολογικό επίπεδο για τον ασθενή, που μπορεί να έχει μακροχρόνιες αρνητικές προεκτάσεις στη ζωή του. Για τον λόγο αυτόν, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι ψυχοσυναισθηματικές του ανάγκες και να γίνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις προκειμένου να προληφθούν ή να περιοριστούν δυσκολίες στο μέλλον.

Ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς κατά τη έξοδο από τη ΜΕΘ

Η μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα είναι μία από τις πιο απαιτητικές διαδικασίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής μεταβαίνει από ένα πολύπλοκο τεχνολογικά εξοπλισμένο περιβάλλον σε ένα λιγότερο εξοπλισμένο και απαιτεί την οργανωμένη και συντονισμένη λειτουργία όλης της ομάδας φροντίδας. Η μεταφορά του, αν και είναι ένα θετικό βήμα ανάκαμψης, μπορεί να είναι παράλληλα το ίδιο δυσάρεστη και τραυματική όσο είναι και η εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Πολλοί

ασθενείς εκδηλώνουν άγχος και φόβο καθώς μεταφέρονται σε ένα άγνωστο περιβάλλον όπου συναντούν νέα πρόσωπα.^{37,38}

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, το τραυματικό γεγονός της μεταφοράς από τη ΜΕΘ έχει περιγραφεί ως φαινόμενο του stress της μεταφοράς ή «μετεγκατάστασης» ή «σύνδρομο μετεγκατάστασης». Η Εταιρεία Νοσηλευτικών Διαγνώσεων της Βόρειας Αμερικής (NANDA) το 1992 πρότεινε τη νοσηλευτική διάγνωση στρες μετεγκατάστασης (stress relocation) ως μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο εμφανίζει σωματικές ή και ψυχοκοινωνικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της μεταφοράς από το ένα περιβάλλον στο άλλο.³⁷

Το πρόβλημα που συχνά προκύπτει είναι ότι οι ψυχικές επιπτώσεις που συνδέονται με τη μεταφορά των ασθενών μπορεί να αγνοηθούν από τους φροντιστές τους.³⁹

Το βίωμα των ασθενών σχετικά με τη μεταφορά τους από τη ΜΕΘ έχει διερευνηθεί μέσω ποιοτικών μελετών που «φωτίζουν» αποχρώσεις της εμπειρίας τους. Διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετώπισαν με δυσφορία και ανησυχία τη μετακίνησή τους και την απομάκρυνση από το προστατευμένο περιβάλλον της ΜΕΘ, όχι μόνο λόγω των σωματικών και συναισθηματικών δυσκολιών που σχετίστηκαν με την ασθένεια και τη θεραπεία τους, αλλά και από άλλες αιτίες. Αυτές περιλάμβαναν ανησυχίες σχετικά με την επικοινωνία, τη σίτιση, τη νοσηλευτική φροντίδα και την υποστήριξη, καθώς και την οργάνωση του χώρου και το περιβάλλον όπου μεταφέρθηκαν. Συγκεκριμένα, πολλοί ασθενείς αισθάνονταν απροετοίμαστοι από τους επαγγελματίες υγείας για την εισαγωγή τους σε ένα νοσηλευτικό τμήμα όπου υπήρχε μεγάλη και διαρκής κινητικότητα ασθενών και επισκεπτών, γεγονός που τους προκάλεσε ανησυχία και ανασφάλεια. Οι προσδοκίες ότι η οργάνωση της φροντίδας τους θα ήταν σύμφωνη με τις ανάγκες τους, διαψεύστηκαν. Αν και είχαν περισσότερη ιδιωτικότητα, δήλωσαν ότι ένιωθαν απομονωμένοι και παραμελημένοι.⁴⁰

Στις μελέτες παρουσιάζεται και η άποψη των ασθενών που πιστεύουν ότι ήταν σημαντικό για εκείνους να προετοιμάζονται και να ενημερώνονται πριν τη μεταφορά ώστε να γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί. Κάποιοι ασθενείς αισθάνθηκαν ασφαλείς στη ΜΕΘ αλλά αποκλεισμένοι στον θάλαμο, ενώ άλλοι αντίθετα εκτίμησαν ότι αφήνουν το αγχωτικό περιβάλλον της ΜΕΘ για έναν πιο «ειρηνικό» θάλαμο. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκαν συναισθήματα άγχους και μια αίσθηση έκθεσης κατά τη διαδικασία της μεταφοράς αλλά καθησυχάζονταν όταν γνώριζαν τους

επαγγελματίες υγείας που θα τους συνόδευαν στο νοσηλευτικό τμήμα. Στα προτεινόμενα μέτρα βελτίωσης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ήταν η ενημέρωση και η εμπλοκή των ασθενών σχετικά με τη διαδικασία μεταφορά τους από τη ΜΕΘ στα νοσηλευτικά τμήματα.⁴¹

Σύμφωνα με τα ευρήματα ποιοτικής φαινομενολογικής μελέτης των Manookian et al,⁴² που διεξάχθηκε σε ΜΕΘ νοσοκομείων της Τεχεράνης με 18 συμμετέχοντες, οι ασθενείς περιέγραψαν βιώματα κατά τη μετάβαση σε έναν νοσηλευτικό θάλαμο, που ανέδειξαν τρεις θεματικές: (α) "ευτυχία της επιστροφής" (αποτελείτο από τρία υποθέματα: "επιστροφή στη ζωή", "επιστροφή στην οικογένεια" και "επιστροφή σε γενική πτέρυγα"), (β) "άγχος διαχωρισμού" (αποτελείτο από δύο υποθέματα: «άγχος του διαχωρισμού από τον τεχνολογικό εξοπλισμό» και «άγχος του διαχωρισμού από το προσωπικό της ΜΕΘ») και (γ) «πνευματική ανάπτυξη» (αποτελούνταν από δύο υποθέματα: «ευγνωμοσύνη στον Θεό» και «ευχές προς τους άλλους»). Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν την αναγκαιότητα της αναγνώρισης και της εστίασης στις ατομικές ανάγκες, τα συναισθήματα και τις προσδοκίες των ασθενών για την παροχή μιας πιο ολιστικής και προσωποκεντρικής φροντίδας κατά τη διαδικασία της μετάβασης από τη ΜΕΘ σε μια γενική πτέρυγα.

Επιπλέον, ποσοτικές μελέτες διερεύνησαν τις αλλαγές που πιθανόν να επέρχονται στα επίπεδα του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς της ΜΕΘ λίγο πριν και μετά τη μεταφορά τους στο νοσηλευτικό τμήμα. Στην έρευνα των Choi, et al,⁴³ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα ανέφερε αυξημένα επίπεδα καθώς οι τιμές ήταν υψηλότερες σε κλίμακες άγχους και κατάθλιψης στη διάρκεια των 2 εβδομάδων μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ ενώ μειώθηκαν στη συνέχεια. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους διαπιστώθηκαν σε ασθενείς με μέτριες έως υψηλές ανάγκες φροντίδας ή σε εκείνους που δεν ήταν σε θέση να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Αντίθετα, στα συμπεράσματα άλλης προοπτικής επαναλαμβανόμενης μελέτης κοόρτης των Gustad et al,⁴⁴ διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα άγχους παρέμειναν χαμηλά σε όλα τα σημεία μέτρησης και δεν άλλαξαν με την πάροδο του χρόνου. Η χρονική στιγμή μεταφοράς του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα προκαλεί μια αναστάτωση και άγχος τόσο στους ασθενείς όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον.⁴⁵ Το άγχος είναι υψηλότερο όταν η μετακίνηση γίνεται κατά τις νυχτερινές ώρες.⁴⁶ Επίσης, σύμφωνα με τους Brodsky-Israëli & De Keyser Ganz⁴⁷ ασθενείς με χαμηλότερη κοινωνική

στήριξη και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ εμφάνισαν περισσότερο άγχος.

Έχει επισημανθεί ότι η μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Οι Häggström et al,⁴⁸ διερεύνησαν τις αντιλήψεις 65 συγγενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας κατά τη μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα σε δύο νοσοκομεία της Σουηδίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συγγενείς επιθυμούσαν την ενεργή συμμετοχή τους στη διαδικασία, περισσότερες συναντήσεις με την ομάδα φροντίδας και διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η εκτίμηση των αναγκών των συγγενών και η καλά οργανωμένη μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ είναι ζωτικής σημασίας για μια ποιοτική παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Συμπερασματικά, κάποια ευρήματα των μελετών υποστηρίζουν ότι η εμπειρία της μεταφοράς από τη ΜΕΘ προκαλεί διάφορες ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις και ανάγκες στον ασθενή που σχετίζονται με την αλλαγή του περιβάλλοντος και την ελλιπή ενημέρωση, ενώ άλλα ευρήματα μοιάζουν αντιφατικά. Σύμφωνα με τα περισσότερα δεδομένα, η μεταφορά του ασθενούς αποτελεί στρεσογόνο εμπειρία που απαιτεί κατάλληλη προετοιμασία από τους επαγγελματίες υγείας.

Το οικογενειακό περιβάλλον στη ΜΕΘ

Τα οικογενειακά μέλη διαδραματίζουν βασικό ρόλο σε όλη τη πορεία της ασθένειας και νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ. Εκτός από την ευθύνη λήψης αποφάσεων, παρέχουν φροντίδα για την ανάρρωση του ασθενούς στο σπίτι μετά τη έξοδο από τη ΜΕΘ. Η οικογενειακή υποστήριξη και ενθάρρυνση θεωρείται σημαντικός παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στην ανάκαμψη των ασθενών και στη σύνδεσή τους με την πραγματικότητα, καθώς οι περισσότεροι νιώθουν αποπροσανατολισμένοι στον χώρο και στον χρόνο.^{8,49} Η οικογένεια υπενθυμίζει στους ασθενείς τη ζωή έξω από αυτή την κατάσταση που βιώνουν.^{8,17,50} Οι οικείες φωνές και παρουσίες, λειτουργούν ως μια γραμμή σύνδεσης με τη ζωή, το παρόν, το παρελθόν και το μέλλον. Η ενθαρρυντική στάση των μελών της οικογένειας ενισχύει την ελπίδα και το κίνητρο του ασθενούς να παραμείνει ζωντανός και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του. Όταν η οικογένεια είναι απύσχα, τότε ο ασθενής βιώνει μεγάλη αναστάτωση, αισθήματα φόβου και μοναξιάς.^{49,51} Παρόλ' αυτά, για κάποιους από τους ασθενείς, οι αναμνή-

σεις από την παρουσία των συγγενών τους στη ΜΕΘ είναι ελάχιστες έως και καθόλου.^{17,52}

Η φαινομενολογική μελέτη των Mylén et al,⁵³ έδειξε ότι η παρουσία των μελών της οικογένειας του ασθενούς συμβάλλει στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και άνεσης. Ακόμα και όταν οι ασθενείς ήταν πολύ κουρασμένοι για να μιλήσουν με τους οικείους τους, η παρουσία τους και μόνο δίπλα τους, είχε θετική επίδραση. Βίωναν την παρουσία των συγγενών ως μια υπενθύμιση ότι σε αυτή τη φάση δεν μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην οικογενειακή τους ζωή. Όμως, οι συνεχείς επισκέψεις των σημαντικών άλλων και οι συζητήσεις τους κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ, έδιναν την ευκαιρία να ανακτήσουν τον ρόλο τους μέσα στην οικογένεια που τον είχαν χάσει με την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ.

Ωστόσο, αν και οι σημαντικοί άλλοι συνήθως επιδρούν κατευθυντικά στους ασθενείς, κάποιες μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η παρουσία ή η υποστήριξη προκαλεί αποκλεισμούς και συγκρούσεις. Κάποιοι ασθενείς αισθάνθηκαν εξάντληση από την παρουσία των συγγενών. Το να κρατήσει το χέρι του ασθενούς ο συγγενής τους είναι από τη μία μεριά έκφραση αγάπης και φροντίδας, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση της απώλειας και έντονης μοναξιάς. Όταν οι σημαντικοί άλλοι «θυσιάζονται» για τους ασθενείς, εκείνοι αισθάνονται ντροπή και ενοχή γιατί δεν είναι σε θέση να τους το ανταποδώσουν. Επιπλέον, η δυσκολία που ενδεχομένως να έχουν στην επικοινωνία με τους οικείους τους, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους, πολλές φορές τους προκαλεί αναστάτωση και παράλληλα αισθάνονται αποκλεισμένοι από τον κοινωνικό τους περίγυρο.^{51,54}

Οι επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ

Μελέτες αναδεικνύουν ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι νευραλγικός στη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ. Συχνά, ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς συνυπάρχουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα με αντίστοιχες αναμνήσεις. Καθιερώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης ταυτόχρονα όμως μπορεί να αναπτύσσονται συναισθήματα φόβου, άγχους και αδυναμίας. Η ανθρώπινη επαφή με τους επαγγελματίες υγείας είναι επίσης σημαντική για την ομαλή έκβαση των ασθενών καθώς τους παρέχουν ασφάλεια και αντλούν δύναμη από εκείνους.¹⁷ Επιπλέον, όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε σύγχυση το μόνο που μπορεί να τους επαναφέρει εν μέρει

στην πραγματικότητα είναι οι σχέσεις που είχαν αναπτύξει με τους νοσηλευτές.^{15,50,54}

Παρόλα αυτά, πολλές φορές οι ασθενείς όταν δεν έχουν την κατάλληλη φροντίδα ή όταν παραμένουν χωρίς κλινικοσκεπάσματα προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία νοσηλευτικών πράξεων, νιώθουν εκτεθειμένοι και προσβεβλημένοι από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν σέβονται την ιδιωτικότητα τους. Αντιλαμβάνονται τη σχέση εξάρτησης από το προσωπικό, ως μια παραβίαση, μια απειλή στην ακεραιότητα του σώματός τους. Αυτό το είδος παραβίασης μπορεί να προκύπτει ακόμα και όταν η φροντίδα είναι ελλιπής ή όταν δεν γίνεται με ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας. Άλλοι πάλι ασθενείς αισθάνονται ευγνωμοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας για το γεγονός ότι τους βοήθησαν να επιβιώσουν και να ξεπεράσουν την κρίσιμη κατάσταση που αντιμετώπιζαν.^{27,34}

Οι αναμνήσεις του ασθενούς από το βίωμα της νοσηλείας στη ΜΕΘ

Αρκετές μελέτες τα τελευταία χρόνια διερεύνησαν τις αναμνήσεις των ασθενών από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και ανέδειξαν άγνωστες πτυχές από το βίωμά τους. Οι ασθενείς κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους είναι σε καταστολή, προκειμένου να πραγματοποιηθούν επεμβατικές διαδικασίες ή επώδυνες θεραπείες. Μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ και την ανάρρωσή τους από τη βαριά και απειλητική ασθένεια πολύ συχνά αναφέρουν λίγες ή και καμία ανάμνηση από την εμπειρία τους. Αδυνατούν να περιγράψουν το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονταν. Μόνο το ένα πέμπτο των ασθενών που εξέρχονται από τη ΜΕΘ έχουν αναμνήσεις των πραγματικών γεγονότων.⁵⁵

Η αφύπνιση μετά από την καταστολή μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και αποπροσανατολισμό, στον χώρο και στον χρόνο. Οι αναμνήσεις των γεγονότων που έζησαν στη ΜΕΘ είναι αποσπασματικές ή κατακερματισμένες ενώ θυμούνται τα συμβάντα ως θραύσματα αλληλουχίας γεγονότων, γεγονός που παρεμποδίζει την αναγνώριση της κρίσιμης κατάστασης της υγείας τους και συμβάλλει σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες για την εξέλιξη της ανάρρωσής τους.⁵⁶⁻⁵⁸

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα προβλήματα μνήμης για τους ασθενείς στη ΜΕΘ, υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο πιθανές διεργασίες που μπορούν να επηρεάσουν τις αναμνήσεις: (α) η βαριά και απειλητική ασθένεια, η χορήγηση φαρμάκων και η θεραπεία που

παρέχεται στη ΜΕΘ που συνήθως προκαλούν αϋπνία και παραλήρημα που μπορεί να οδηγήσει σε αμνησία και σύγχυση και (β) η ύπαρξη μιας διαδικασίας που μετατοπίζει την προσοχή του ασθενούς από τα «εξωτερικά ερεθίσματα» ή τα γεγονότα στις «εσωτερικά δημιουργούμενες εικόνες» ενισχύοντας μνήμες από παραισθήσεις.⁵⁹

Στην κλινική και ερευνητική πράξη χρησιμοποιούνται εργαλεία κατηγοριοποίησης των αναμνήσεων από τη ΜΕΘ. Ωστόσο, οι ερευνητές, χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για να προσδιορίσουν τις κατηγορίες αναμνήσεων των ασθενών στη ΜΕΘ.

Σύμφωνα με τις υποκλίμακες του Εργαλείου Μνήμης της ΜΕΘ (ICU-Memory Tool), οι αναμνήσεις ταξινομούνται σε: «πραγματικές αναμνήσεις» (οικογένεια, ηχητικά σήματα συναγερμού, φωνές, φώτα, πρόσωπα, ενδοτραχειακός σωλήνας, αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, σκοτάδι, ρολόι), «αναμνήσεις συναισθημάτων» (νιώθω άβολα, αίσθημα σύγχυσης, αίσθημα κακουχίας, αίσθημα αγωνίας/φόβος, πανικός και πόνος) και «παραληρηματικές αναμνήσεις» (ψευδαισθήσεις, εφιάλτες, όνειρα και αίσθημα απειλής). Οι «παραληρηματικές μνήμες» ορίζονται ως διαρκείς ή επαναλαμβανόμενες (ψυχωτικές) ανακλήσεις εμπειριών από γεγονότα που δεν συνέβησαν. Είναι οι λεγόμενες «αναμνήσεις ψευδαισθήσεως» που οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως φανταστικές.⁶⁰

Οι παραληρηματικές ή εξωπραγματικές αναμνήσεις από τη ΜΕΘ είναι συνηθισμένες και εμφανίζονται σε ποσοστό 26-75% των ασθενών που επιβιώνουν μετά από μία απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση.⁶¹ Σε πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις αναμνήσεις των ασθενών μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, οι μνήμες κατηγοριοποιήθηκαν ως «πραγματικές», «παραισθήσεις» ή «αβέβαιες». Η πλειοψηφία των ασθενών είχε παραισθήσεις, ενώ κάποιοι είχαν πραγματικές αναμνήσεις. Για άλλους ήταν αβέβαιο αν οι αναμνήσεις ήταν πραγματικές ή παραισθήσεις. Η περαιτέρω ανάλυση των αφηγήσεών τους ανέδειξε ότι το 88% των ασθενών είχε παραισθήσεις και παραληρηματικές παρεισφρητικές μνήμες.⁶²

Οι Rundshagen et al,⁶³ μελέτησαν τη συχνότητα των αναμνήσεων και των ονείρων κατά τη διάρκεια της αναλγησίας που παρείχαν σε 189 ασθενείς διασωληνωμένους ή κατασταλμένους που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Η πλειοψηφία του δείγματος δεν ανακάλεσε κανένα γεγονός στη μνήμη του, πριν ανακτήσει συνείδηση, ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό αναφέρθηκε σε ανάμνηση του ενδοτραχειακού σωλήνα ή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής του. Μερικοί ασθενείς ανέφεραν όνειρα, άλλοι εφιάλτες και

λίγοι περιέγραψαν ψευδαισθήσεις. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ερευνητές, ένα ποσοστό ασθενών ακόμα και όταν ήταν σε καταστολή θυμάται δυσάρεστα γεγονότα σχετιζόμενα με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.

Στα πρώτα στάδια της ανάρρωσης από την κρίσιμη ασθένεια, στο νοσοκομείο ή και στο σπίτι, οι ασθενείς δυσκολεύονται να διακρίνουν τα όνειρα, τις παραισθήσεις ή και τις ψευδαισθήσεις από την πραγματικότητα.^{7,17} Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν έναν συνδυασμό με ασαφή όρια, ανάμεσα στις πραγματικές αναμνήσεις, τις παραισθήσεις, τα όνειρα και τους εφιάλτες. Μπορεί να γνωρίζουν ότι οι εμπειρίες τους δεν ήταν πραγματικές, αλλά εκείνη τη στιγμή φαινόταν να βιώνουν κάτι αυθεντικό και πραγματικό. Η ανάκληση των εξωπραγματικών εμπειριών, σύμφωνα με τους ασθενείς, ήταν συχνά οδυνηρή. Αρκετοί ασθενείς εξέφρασαν τις προσπάθειες που έκαναν να απωθήσουν τη σκέψη τους ή να μην επιτρέψουν στον εαυτό τους να σκεφτούν τις εμπειρίες τους από τη ΜΕΘ.⁶¹ Ακόμη οι εφιάλτες, οι παραισθήσεις και οι κατακερματισμένες μνήμες φαίνεται να δυσκολεύουν την κατανόηση των πραγματικών γεγονότων ενώ περιγράφονται ως «πιο ζωντανές από όνειρα», και συχνά, περιγράφονται ως δυσάρεστες. Ο χρόνος μπορεί να αλλοιώνει κάποιες από αυτές τις αναμνήσεις, αλλά ενδέχεται κάποια γεγονότα να παραμένουν έντονα στη μνήμη τους ακόμα και αρκετούς μήνες ή χρόνια έχοντας μακροχρόνιες επιδράσεις στη ζωή τους.^{58,62,64,65}

Η φαινομενολογική μελέτη των Storli et al,⁵² διερεύνησε τη «ζωή με αναμνήσεις από τη ΜΕΘ» δέκα χρόνια αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς συνέχιζαν να έχουν τραυματικές αναμνήσεις από έντονα συναισθήματα όσον αφορά σε σωματικές αισθήσεις που βίωσαν κατά τη νοσηλεία τους. Αν και είχε χαθεί η χρονολογική σειρά και οι λεπτομέρειες των γεγονότων, ωστόσο η μνήμη ήταν ακόμα ζωντανή και η αναβίωση ακούσιων αναμνήσεων τους προκαλούσε έντονο άγχος. Ο ασθενής που επανεισάγετο στη ΜΕΘ, λίγα χρόνια αργότερα, βίωσε εκ νέου τα αισθήματα ανασφάλειας που ενσωμάτωσε στη νοσηματοδότηση της ύπαρξής του.

Ομοίως, οι Zetterlund et al,⁶⁶ διαπίστωσαν ότι οι αναμνήσεις των ασθενών δεν είχαν μεταβληθεί, ένα και πέντε χρόνια μετά τη ΜΕΘ και ότι οι μνήμες επανεμφανίζονταν ακούσια, οποιαδήποτε στιγμή. Επιπλέον, οι ασθενείς που δεν είχαν αναμνήσεις από τη νοσηλεία αισθάνονταν ότι «δεν υπήρχαν» κατά τη διάρκεια αυτής της εμπειρίας, γεγονός που τους επηρέαζε αρνητικά και παρεμπόδιζε την επένδυσή τους στη ζωή. Οι βασικές προτάσεις που

προέκυψαν από τις μελέτες αναφέρονται σε παρεμβάσεις που αναγνωρίζουν την ανάγκη των ασθενών να μιλήσουν για τις εμπειρίες και τις αναμνήσεις τους μετά από την παραμονή τους στη ΜΕΘ.

Μελέτες έδειξαν ότι οι παραληρηματικές αναμνήσεις αποτελούν σημαντική πτυχή της εμπειρίας των ασθενών της ΜΕΘ. Ενώ νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, βιώνουν ότι βρίσκονται σε έναν άλλο χώρο με εξωπραγματικές εμπειρίες. Κάποιες παραισθήσεις είχαν ζωντανά χρώματα και εικόνες με απειλητικό περιεχόμενο, όπως για παράδειγμα ότι προσπαθούσαν να ξεφύγουν από καταδίωξη, σκηνές θανάτου ή βίας, περίεργα τρομακτικά πρόσωπα ή καταστάσεις, τρομακτικές μεταφορές και πτήσεις του σώματος ή ταξίδια σε παράξενους τόπους.^{15,17,31,67}

Οι ψευδαισθήσεις και οι εφιάλτες περιγράφονται ως τρομακτικές, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όσο και μετά την αποκατάσταση της υγείας τους.^{8,25,31,68}

Οι Svenningsen et al,⁶⁵ διερεύνησαν μέσω φαινομενολογικής ερμηνευτικής ανάλυσης, τις αναμνήσεις 325 ασθενών με παραλήρημα, 2 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε 4 θεματικές κατηγορίες: (1) Αναμνήσεις από τη συνεχή παρουσία της οικογένειας. Οι στενοί συγγενείς ήταν πολύ σημαντικοί για τους ασθενείς επειδή συχνά συμμετείχαν στον αγώνα τους για να επιβιώσουν ως ενεργοί ή παθητικοί παρατηρητές και αποτελούσαν μέρος της ζωής τους στη ΜΕΘ. Επίσης, ανέφεραν παραισθήσεις, ότι ακολουθούν ένα μονοπάτι για να βγουν σε μια σήραγγα με φως, ακούν ψιθύρους και βλέπουν οικεία πρόσωπα που είχαν πεθάνει. (2) Συνεχής κίνηση. Οι αναμνήσεις των ασθενών περιελάμβαναν ταξίδια στον χώρο και τον χρόνο και εμπειρίες μετακίνησης, ενώ συχνά ένιωθαν ανίκανοι να ελέγξουν τα γεγονότα. (3) Δυναμικοί χώροι. Οι ασθενείς ανακάλεσαν αναμνήσεις με δωμάτια και χώρους που βρίσκονταν εκτός ΜΕΘ. Περιέγραψαν παραισθήσεις σε σχέση με τον χώρο νοσηλείας, αναφέροντας για παράδειγμα τα χρώματα της ΜΕΘ που τους φαίνονταν ιδιαίτερα τρομακτικά, ή την αίσθηση ότι τους είχαν βάλει σε ένα περίεργο δωμάτιο όπου οι τοίχοι, οι πόρτες και τα παράθυρα ήταν σε μια διαρκή κίνηση. (4) Προκλήσεις για την επιβίωση. Οι ασθενείς ανέφεραν τρομακτικές αναμνήσεις από τους αγώνες τους για επιβίωση ενώ ταυτόχρονα αισθάνονταν ότι οι εμπειρίες τους ήταν πραγματικές. Ανέφεραν επίσης ότι συμμετείχαν σε παιχνίδια υπό όρους και πειράματα, αντιμετώπισαν εμπόδια όπου αναγκάστηκαν να τα ξεπεράσουν ή να κερδίσουν μια μάχη για να επιβιώσουν. Όπως ότι αναρριχήθηκαν

στα βουνά όπου έπρεπε να σκοτώσουν πολλούς ανθρώπους για να επιστρέψουν στη ζωή.

Μερικοί ασθενείς ανέφεραν και ευχάριστες αναμνήσεις ή τη συνύπαρξή τους με δυσάρεστες. Πρόσφατα, οι Chahraoui et al,⁶⁹ πραγματοποίησαν μια μελέτη που σκοπό είχε να περιγράψει τις ψυχολογικές εμπειρίες 20 ασθενών, τρεις μήνες μετά την παραμονή τους στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς ανέφεραν, αρνητικές αναμνήσεις από το περιβάλλον της ΜΕΘ, που σχετιζόνταν με πόνο, με αγωνία, δυσκολίες στον ύπνο, θόρυβο, φόβο και αίσθημα εγκατάλειψης. Ένα άλλο ποσοστό ανέφερε θετικές αναμνήσεις από την διαθεσιμότητα και τη συνεχή πληροφόρηση των νοσηλευτών, αλλά και από την παρουσία της οικογένειας. Για τους μισούς ασθενείς όμως η ΜΕΘ αποτελούσε μια εμπειρία που χαρακτηριζόταν από άγχος, συμπτώματα μετατραυματικού στρες αλλά ταυτόχρονα πηγή ευημερίας με θετικές αλλαγές στη ζωή.

Τέλος, οι Ringdal et al,⁷⁰ που επίσης διερεύνησαν, τις αναμνήσεις σε δείγμα 18 ασθενών με πολλαπλά τραύματα, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς είχαν κακές αναμνήσεις, παραληρηματικού και αποσπασματικού τύπου ταυτόχρονα με καλές αναμνήσεις που συνδέονταν άμεσα με τη φροντίδα που τους παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη νοσηλεία τους. Οι καλές αναμνήσεις σχετιζόνταν και με την αγάπη και υποστήριξη που είχαν από την οικογένειά τους και την αποδοχή όταν επέστρεφαν σπίτι τους. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι ευχάριστες αναμνήσεις είναι σημαντικές για τους ασθενείς καθώς αντισταθμίζουν το άγχος και τις επιπτώσεις των δυσάρεστων αναμνήσεων από τη ΜΕΘ.³¹

Η νοσηματοδότηση του βιώματος στη ΜΕΘ από τον ασθενή

Οι ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ προσπαθούν να συνδέσουν τις αναμνήσεις από τη νοσηλεία και να δώσουν ένα νόημα στο βίωμά τους. Οι Lindberg et al,¹³ και Olausson et al,¹⁴ διερεύνησαν βάσει φαινομενολογικού σχεδιασμού το νόημα που δίνουν οι ασθενείς στην αίσθηση της ΜΕΘ ως χώρο φροντίδας. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς συχνά νοσηματοδοτούν το δωμάτιο της ΜΕΘ ως «χώρο όπου δίνεται ένας διαρκής αγώνας για τη ζωή» όπου όλα όσα διαδραματίζονται εκεί αποσκοπούν στην επιβίωσή τους. Αντίθετα άλλοι ασθενείς στην περίπτωση θανάτου την παρομοιάζουν ως «δωμάτιο θανάτου» που συνδέεται με σύμβολα απώλειας και θλίψης.^{17,31,36}

Στη μελέτη των Storli et al,⁵² πραγματοποιήθηκαν δέκα συνεντεύξεις, δέκα χρόνια μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Η αναδρομή στη νοσηλεία στη ΜΕΘ και η ανάκληση των αναμνήσεων των βιωμάτων νοσηματοδοτήθηκε ως ένα «ταξίδι αναζήτησης νοήματος» όσον αφορά στην εμπειρία στη ΜΕΘ. Το ταξίδι αυτό, αποτελούσε μια διαρκή υπαρξιακή και οντολογική αναζήτηση για το νόημα της ζωής και της ύπαρξης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η απόδοση νοήματος σε ένα τόσο έντονο τραυματικό γεγονός είναι αποφασιστικής σημασίας για τους ασθενείς και τη μετέπειτα ζωή τους.

Για μερικούς ασθενείς η νοσηλεία τους στη ΜΕΘ παρομοιάζεται σαν μια «διακοπή», μια κατάσταση αδράνειας μεταξύ ζωής και θανάτου κατά την οποία η ύπαρξή τους αναστέλλεται, καθώς στερούνται συνείδησης. Στην ουσία «απουσιάζουν» από τον κόσμο. Κάποιοι άλλοι ασθενείς νοσηματοδοτούν τη χρονική αυτή περίοδο ως «απώλεια χρόνου» που δημιουργήσε μια αίσθηση «ασυνέχειας της ύπαρξής τους».⁶⁷

Η ΜΕΘ επίσης περιγράφεται μέσω της φαινομενολογικής ανάλυσης συνεντεύξεων ως το «ιερό έδαφος», ενώ η εμπειρία της νοσηλείας σε αυτήν ως μια περίοδος «εκκόλαψης» σε ένα «κουκούλι» απομονωμένο στο δικό του σύμπαν που τελικά οδήγησε σε μια διεργασία προσωπικής εξέλιξης και αυτοπραγμάτωσης. Η νοσηματοδότηση από τους συμμετέχοντες περιγράφηκε με ισχυρά σύμβολα ζωής και αναγέννησης.⁷

Άλλοι νοσηματοδοτούν την εμπειρία ως κάτι «καλό» καθώς το διάστημα της νοσηλείας τους, είχε καίρια σημασία για το πώς διαμορφώνονται οι ζωές τους καθώς τους δίνεται άλλη μία ευκαιρία να δουν τη ζωή με διαφορετικό τρόπο, να αλλάξουν τον παλιό τους εαυτό, να εκτιμήσουν την αξία της ζωής και να υιοθετήσουν άλλες θετικές συμπεριφορές.^{8,9,33,67}

Τέλος, στη μελέτη των Abbasiet al,⁷¹ σε δείγμα ασθενών μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς, οι συμμετέχοντες νοσηματοδότησαν την εμπειρία στη ΜΕΘ αλλά και της χειρουργικής επέμβασης, ως μια «αναγέννηση» που συνδέεται με θετικά συναισθήματα, αίσθηση νεότητας, ευεξίας και υιοθέτηση κανόνων υγιεινής συμπεριφοράς.

Συμπεράσματα

Από τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν, συμπεραίνεται ότι το περιβάλλον της ΜΕΘ φαίνεται να έχει επιπτώσεις στους ασθενείς σε πολλές πτυχές της εμπειρίας τους. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στις ΜΕΘ δέχονται επιδράσεις τόσο από το άψυχο όσο και από το έμψυχο περιβάλλον

της ΜΕΘ. Βιώνουν πολλαπλές εμπειρίες οι οποίες συνοδεύονται από πληθώρα σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων με αποτέλεσμα την ανάγκη μακροχρόνιας ψυχολογικής υποστήριξης.

Σε όλη αυτή τη δύσκολη πορεία της ασθένειας και νοσηλείας του ασθενούς, τα μέλη της οικογένειας και οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο.

Οι ερευνητές επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες φάσεις στις οποίες βρίσκεται ο ασθενής και σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα παρά σε ολόκληρη τη διαδρομή της νοσηλείας και της ανάρρωσης από τη βαριά ασθένεια, στηριζόμενοι στην ανάκληση των αναμνήσεων από τη ΜΕΘ και όχι στην άμεσα βιωμένη εμπειρία τους προοπτικά.

Για να αυξηθούν τα δεδομένα σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών από μια βαριά ασθένεια, είναι απαραίτητες τόσο οι προοπτικές μελέτες που διερευνούν πως η εμπειρία των ασθενών εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου

(από την εμφάνιση της ασθένειας, τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και τη φροντίδα στο σπίτι), όσο και πως διαφοροποιούνται οι διαδρομές ομάδων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε διαφορετικές μονάδες για ειδικότερα προβλήματα υγείας.

Μια επιπλέον ερευνητική προσέγγιση θα μπορούσε να είναι και η διερεύνηση της τραυματικής εμπειρίας της νοσηλείας στη ΜΕΘ σε ασθενείς που έχουν συνείδηση ταυτόχρονα και σε όσους δεν έχουν αναμνήσεις από τη νοσηλεία τους, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα το βίωμα μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε συνάρτηση με το πλαίσιο νοσηλείας.

Η γνώση σχετικά με το πώς διαμορφώνονται οι εμπειρίες των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως τους νοσηλευτές αφενός μεν να κατανοήσουν αυτές τις εμπειρίες για την ανακούφιση των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών, αφετέρου να λάβουν προστατευτικά μέτρα ώστε να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις που συχνά έχει η παραμονή στη ΜΕΘ.

ABSTRACT

Patient's Experience of Being Critical Ill in Intensive Care Unit

Angeliki Stamou

Lecturer, Department of Nursing, University of West Attica, Greece

Introduction: The hospitalization of patients in critical condition in Intensive Care Units (ICU), although it contributes to the increase of their survival, at the same time contributes to the development of psycho-emotional problems or disorders. The causes have been reported to be sensory isolation, the physical stress of fixation, and the ICU environment. **Aim:** The aim of the present article was to capture the experiences of hospitalized patients in the ICU through a literature review. **Material and Method:** A bibliographic review of articles in Greek and English language of the last twenty years (2000–2020) was conducted in the electronic databases Pub med, Scopus, Science Direct and Google Scholar, using as keywords: intensive care unit, intensive care, patient experiences, and memories. **Results:** Research results showed that patients experience many unpleasant situations when admitted in ICU. The environment of ICU seems to have many effects on patients bringing about organic, emotional and neurological changes, affecting their subsequent quality and lifestyle. Many studies focus on patients' experiences and perceptions of the ICU environment, recalling hospital memories, perceptions of body changes, and their relationships with health professionals and the family. **Conclusions:** ICU patients are affected by both the inanimate and the living environment of the ICU. They experience multiple experiences which are accompanied by a multitude of physical and mental reactions resulting in the need for long-term psychological support. It is important to know how these experiences of illness and hospitalization are shaped, as this knowledge can lead health professionals and especially nurses to understand these experiences to alleviate patients' psycho-emotional reactions.

Key-words: *Intensive care unit, intensive care, patient experiences, memories.*

✉ **Corresponding Author:** Angeliki Stamou, 54 Laskareos street, GR-114 72 Athens, Greece, e-mail: astamou@uniwa.gr

Βιβλιογραφία

- Backes MT, Erdmann AL, Böscher A. The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2015, 23:411–418
- Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility-- being a patient in technologically intense environments. *Nursing Critical Care* 2007, 12:151–158
- Ratray J. Life after critical illness: an overview. *Journal of Clinical Nursing* 2014, 23:623–633
- Σιδηράς Γ, Γεροβασίλη Β, Πατσάκη Ε, Καραβίτη Β, Ρούτση Χ, Νανάς Σ. Σύνδρομο μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας (PICS). *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2018, 35:454–463
- Svenningsen H, Langhorn L, Agard AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *British Association of Critical Care Nurses* 2017, 22:212–27
- Πατσάκη Ε, Γεροβασίλη Β, Σιδηράς Γ, Ρούτση Χ, Μαρκάκη Β, Νανάς Σ. Η αποκατάσταση της μυϊκής δυσλειτουργίας μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32:713–723
- Papathanassoglou E. & Patiraki E. Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. *Nursing in Critical Care* 2003, 8:13–21
- Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal Clinical of Nursing* 2009, 18:183–190
- Cypress BS. The process of transformation experienced by the patients, their families, and nurses during critical illness in the intensive care unit: perspective from a phenomenological study. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2015, 34:161–169
- Wenham T, Pittard A. Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 2009, 9:178–183
- Minton C, Batten L. Rethinking the intensive care environment: considering nature in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 2016, 1-2:269–277
- Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T. 24-hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive & Critical Care Nursing* 2010, 26:246–253
- Lindberg C, Sivberg B, Willman A, Fagerström C. A trajectory towards partnership in care - Patient experiences of autonomy in intensive care: a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015, 31:294–302
- Olausson S, Lindahl B, Ekebergh M. A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: the meanings of the patient room as a place of care. *Intensive & Critical Care Nursing* 2013, 29:234–243
- Storli SL, Lindseth A, Asplund K. "Being somewhere else"—delusion or relevant experience? A phenomenological investigation into the meaning of lived experience from being in intensive care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2007, 2:144–159
- Fredriksen DS-T, Talseth AG, Svensson T. Body, strength and movement - intensive care patients' experience of body. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2008, 3:77–88
- Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive & Critical Care Nursing* 2013, 29:147–157
- Lykkegaard K, Delmar, C. A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2013, 8:1–12
- Karlsson V, Bergbom I, Forsberg A. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2012, 28:6–15
- Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. "Pain relieved, but still struggling"—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *Journal of Clinical Nursing* 2018, 27:e223–e234
- Fink RM, Makic MB, Poteet AW, Oman KS. The ventilated patient's experience. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2015, 34:301–308
- Johnson P, St John W, Moyle W. Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an everyday world. *Journal of Advanced Nursing* 2006, 53:551–558
- Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* 2005, 9:R 96–R109
- Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU—Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive & Critical Care Nursing* 2006, 22:167–180
- Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing* 2015, 31:179–186
- Prime D, Arkless P, Fine J, Winter S, Wakefield DB, Scatena R. Patient experiences during awake mechanical ventilation. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives* 2016, 6:30426
- Κριεζή Φ, Παπάζογλου Ε, Τζεμπελικός Ε. Ψυχολογικά προβλήματα και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς και μέλη του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Στο: Λ. Λύκουρας, Κ.Ε. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας (Επιμ.) *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2009:409–419
- Tosun N, Ayla Y, Ünver V, Akbayrak N, Hatipoglu S. Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2009, 29:648–658

29. Chen CJ, Lin CJ, Tzeng YL, Hsu LN. Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. *The Journal of Nursing Research* 2009, 17:93–101
30. Sharma BG, Evs M, Ms K, Ganaraja B. Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014, 8:WC01–WC3
31. Samuelson K. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing* 2011, 27:76–84
32. Locsin RC, Kongsuwan W. Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing In Critical Care* 2013, 18:200–211
33. Yang R. Dependency in Critically Ill Patients: A Meta-Synthesis. *Global Qualitative Nursing Research* 2016, 3, 2333393616631677
34. Lykkegaard AK, Delmar C. Between violation and competent care—Lived experiences of dependency on care in the ICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2015, 10:[26603]
35. Briscoe WP, Woodgate RL. Sustaining self: the lived experience of transition to long-term ventilation. *Qualitative Health Research* 2010, 20:57–67
36. Engström A, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Critical Care Nursing* 2013, 29:88–95
37. Cypress BS. Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2013, 32:244–261
38. de Grood C, Leigh JP, Bagshaw SM, Dodek PM, Fowler RA, Forster AJ et al. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *Canadian Medical Association Journal* 2018, 190:E669–E676
39. Coyle MA. Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001, 17:138–143
40. Field K, Prinjha S, Rowan K. One patient amongst many: a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Critical Care* 2008, 12:R21.1–9
41. Forsberg A, Lindgren E, Engström Å. Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing* 2011, 17:110–116
42. Manookian A, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R, Shali, M. The lived experiences of intensive care patients on transfer to a general ward. *Nursing Practice Today* 2015, 2:52–61
43. Choi J, Tate JA, Rogers MA, Donahoe MP, Hoffman LA. Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care* 2016, 45:140–146
44. Gustad LT, Chaboyer W, Wallis M. ICU patient's transfer anxiety: a prospective cohort study. *Australian Critical Care* 2008, 21:181–189
45. Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nursing in Critical Care* 2013, 18:289–296
46. McCairn AJ, Jones C. Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2014, 30:219–225
47. Brodsky-Israeli M, DeKeyser Ganz F. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of Advanced Nursing* 2010, 67:510–518
48. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. Important quality aspects in the transfer process. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014, 27:123–139
49. Engström A, & Söderberg S. Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing* 2007, 59:569–576
50. Alpers L-M, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients—a hermeneutical approach. *Intensive Critical Care Nursing* 2012, 28:150–158
51. Bergbom I, & Askwall A. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive & Critical Care Nursing* 2000, 16:384–395
52. Storli SL, Lindseth A, Asplund K. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care* 2008, 13:86–96
53. Mylén J, Nilsson M, Berterö C. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2016, 32:42–48
54. Fredriksen ST, & Svensson T. The bodily presence of significant others: intensive care patients' experiences in a situation of critical illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2010, 5:1–9
55. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 2001, 29:573–580
56. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *Journal of Critical Care* 2015, 30:599–605
57. Löf L, Berggren L, Ahlström G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admis-

- sion and ICU stay--3 and 12 months after discharge. *Intensive & Critical Care Nursing* 2006, 22:154–166
58. Palesjö C, Nordgren L, Asp M. Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing* 2015, 24:3494–3502
59. Adamson H, Murgu M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliot D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004, 20:257–263
60. Svenningsen H, Tønnesen EK, Videbech P, Frydenberg M, Christensen D, Egerod I. Intensive care delirium - effect on memories and health-related quality of life - a follow-up study. *Journal of Clinical Nursing* 2014, 23:634–644
61. Guttormson JL. "Releasing a lot of poisons from my mind": patients' delusional memories of intensive care. *Heart & Lung* 2014, 43:427–431
62. Wade DM, Brewin CR, Howell DC, White E, Mythen MG, Weinman JA. Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology* 2015, 20:613–631
63. Rundshagen I, Schnabel K, Wegner C et al. Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Medicine* 2002, 28:38–43
64. Rattray J, Crocker C, Jones M, Connaghan, J. Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care* 2010, 2:86–93
65. Svenningsen H, Egerod I, Dreyer P. Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of Clinical Nursing* 2016, 25:2807–2815
66. Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. Memories from intensive care unit persist for several years-a longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2012, 28:159–167
67. Tembo A, Parker V, Higgins I. Being in limbo: The experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open Journal of Nursing* 2012, 2:270–276
68. Löf L, Berggren L, Ahlström G. ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive & Critical Care Nursing* 2008, 24:108–121
69. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study. *Journal of Critical Care* 2015, 30:599–605
70. Ringdal M, Plos K, Bergbom I. Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing* 2008, 7:8.a
71. Abbasi M, Mohammadi N, Nasrabadi AN, Fuh SB, Sadeghi T. Re-birth after coronary bypass graft surgery: a hermeneutic-phenomenological study. *Global Journal of Health Science* 2014, 6:235–240