



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM

**Comunicació Bàsica i Assistida amb el
malalt crític**

Marta Prats Arimon

M^a Teresa Lluch Canut

Montserrat Puig Llobet

(Barcelona, 2018)

Com citar aquest document: Prats-Arimon, M., Lluch-Canut, M.T. y Puig-Llobet, M. (2018). Programa de formació CONECTEM. Comunicació Bàsica i Assistida amb el malalt crític. Barcelona: Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2?locale=es>



INDEX

Presentació	2
Bloc I: Antropologia i bases teòriques de la comunicació aplicades a la infermeria....	6
Bloc II: El malalt crític i els efectes psicoemocionals.....	12
Bloc III: Intervenció Comunicativa CONECTEM.....	15
Bloc IV: Sessions del Programa CONECTEM.....	20
Bloc V: Avaluació del Programa de Formació Conectem i avaluació clínica de l'efectivitat del programa.....	23
BlocIV: Qüestionaris utilitzats.....	24
Bibliografia	27

PRESENTACIÓ

El programa de formació en tècniques de comunicació bàsica i assistida (CONNECTEM) que es presenta, va dirigit principalment a les infermeres que tracten amb pacients crítics (urgències, emergències i unitats de cures intensives). Aquest programa consisteix en donar eines i recursos a les infermeres per poder-se comunicar de manera efectiva amb aquest tipus de malalts, que sovint per les seves condicions de salut presenten dificultats alhora de comunicar-se. La comunicació efectiva entre la infermera i el pacient promou la qualitat de l'atenció de les cures infermeres al pacient crític, millorant el pronòstic i l'evolució dels malalts i disminuint les possibles conseqüències psico-emocionals derivades de la seva situació.

Per contextualitzar la importància de la comunicació per la persona humana, s'ha d'enfocar des d'una vessant antropològica. Per això, s'aconsella utilitzar perspectives d'autors com Torralba o Sabater que situen la comunicació com l'essència de la persona, ja que fa que ens afirmem com el què som, reconeixent-nos en els altres, en l'entorn i en nosaltres mateixos. D'aquesta manera ens comuniquem a partir de dos paradigmes relacionats entre si; la comunicació verbal i la no verbal.

S'aconsella treballar la comunicació efectiva a partir de la teoria del psicòleg Robert Carkhuff (1968) "Helping human Relationships" on es defineixen 2 conjunts bàsics d'habilitats en l'activitat comunicativa: la dimensió d'inici i la dimensió resposta. La infermera i el pacient realitzen un procés reflexiu conjunt per tal de tenir èxit en la relació terapèutica. També es treballa la comunicació efectiva amb el model "Augmentative alternative communication" (AAC) dissenyat pels autors: Ligth (1998), i Beukelman, Mirenda & Jonson (2005), especialistes en llenguatge humà. L'AAC és un sistema de comunicació per malalts amb dificultats i/o limitacions comunicatives temporals o permanents que no són capaços d'expressar-se i/o comprendre de manera verbal i/o escrita en la seva vida diària. Consisteix en classificar les necessitats comunicatives reals dels malalts en 4 funcions: expressió de necessitats o desitjos, desenvolupament del cercle social pròxim, intercanvi d'informació i rutines de comportament social.

Els efectes psico-emocionals del malalt crític, es treballen a partir de la literatura revisada. L'enfoc integral de les cures infermeres situant el malalt com a centre de l'atenció relacionant-lo amb l'entorn i integrant-lo en el procés, és bàsic per detectar emocions i sensacions de la persona que poden influenciar en el seu estat de salut. Els efectes psico-emocionals presentats en el programa són els que tenen més prevalença en aquest tipus de malalts: el dolor, l'ansietat i l'estrès posttraumàtic. Per a la mesura del dolor es planteja utilitzar l' Escala Visual Analògica (EVA) (Knop *et al.*, 2001) traduïda i validada a l'espanyol per Bermejo-Pareja (2008) i l'Escala de Conductes Indicadores de Dolor (Ahlers *et al.*, 2008) traduïda i validada a l'espanyol per Latorre-Marco *et al.* (2011). Per mesurar l'ansietat s'utilitza l'escala STAI versió curta (Chlan *et al.*, 2003) traduïda i validada a l'espanyol per Perpiña-Galvañ *et al.* (2013) i l'escala de Ramsay (1974), traduïda i validada a l'espanyol per Frade-Mera *et al.* (2009). Per mesurar l'estrès posttraumàtic farem servir l'escala de l'Impacte Estressor (Horowitz, 1979) traduïda i validada a l'espanyol per Badia Castelló *et al.* (2006) i l'Escala de Richmon (Sessler *et al.*, 2002) traduïda i validada a l'espanyol per Tobar *et al.* (2010).

En aquest document es presenta la formació CONECTEM distribuïda en 6 Blocs els quals s'expliquen a continuació:

BLOC I: Antropologia i bases teòriques de la comunicació aplicades a la infermeria. Es proposa treballar el concepte de comunicació a través de l'antropologia. S'expliquen les dinàmiques i canals de la comunicació verbal (la parla, codi-llenguatge, paralingüística) i no verbal (corporeïtat, tacte, proxèmia, mirada, somriure, rostre). També s'expliquen detalladament la teoria "Helping Human Relationships" i el Model de AAC per aconseguir una comunicació efectiva amb el pacient. S'inclou en format de taules les teories comunicatives i les habilitats socials i tècniques comunicatives que proposa cada teoria. També s'inclouen les activitats que reforcen l'aprenentatge de les tècniques comunicatives així mateix com els objectius de cada activitat, els materials emprats per la seva execució, l'activitat en si i la dinàmica de la mateixa.

BLOC II: El malalt crític i els efectes psicoemocionals. Es descriuen les característiques bàsiques del malalt crític i es defineixen els efectes psico-emocionals proposats (dolor, ansietat i estrès posttraumàtic) per tal de contextualitzar la interacció infermera-pacient

**PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)**

i fomentar una entesa mutua. Aquest bloc inclou un taller de gestió d'emocions, per tal d'ajudar a comprendre l'estat psico-emocional propi i del pacient. També es presenten els objectius del taller, els materials emprats i la dinàmica del mateix.

BLOC III: intervenció CONECTEM. S'explica La Intervenció comunicativa en si, la qual es divideix en tres estratègies segons el nivell de consciència del pacient en l'escala de Glasgow (Teasdale, 1974) traduïda i validada a l'espanyol per Bermejo-Pareja (2008). Aquestes estratègies s'expliquen en el document en forma de taula. Cada estratègia es compon de diferents accions comunicatives i habilitats socials, tan a nivell verbal com no verbal, que ha de realitzar la infermera amb el material adient. Es realitzen casos pràctics i simulacions per reforçar l'aplicabilitat de la intervenció. Els objectius, la dinàmica, l'activitat en si i els materials emprats en la part pràctica del bloc també s'especifiquen en el document.

BLOC IV: Sessions del Programa CONECTEM. La durada del programa és de 2 sessions amb un total de 4 hores de durada: cada sessió és de 120 minuts . En aquest bloc es descriu per a cadascuna de les 2 sessions el material necessari en cada sessió i la temporització per activitats.

BLOC V: Avaluació del Programa de Formació CONECTEM i avaluació clínica de l'efectivitat del programa. El Programa CONECTEM que es descriu, es va dur a terme de forma experimental a l'Hospital de Cerdanya, Centre de Cooperació Territorial Europea, per infermer/es d'urgències i emergències de la base col.laboradora del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) de Puigcerdà. Les infermeres del grup experimental realitzaven el programa de formació CONECTEM per després aplicar-lo a la població d'estudi (pacients crítics traslladats amb ambulància medicalitzada per motius terapèutics o diagnòstics a un Hospital de 2 o 3 nivell). Les bases SEM de La Seu d'Urgell, Manresa i Vic van ser les del grup control. La infermera del grup control realitzava l'acció comunicativa habitual que depenia de les habilitats comunicatives i socials de cada infermera.

Per avaluar els coneixements apresos de la formació CONECTEM es va utilitzar un exàmen teòric-pràctic el qual les infermeres participants havien de resoldre 3 casos de 4 preguntes. També es va avaluar la percepció de les infermeres sobre la utilitat i

**PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)**

satisfacció del programa formatiu. L'avaluació del Programa CONECTEM a nivel Clínic per saber si la intervenció comunicativa era efectiva en la disminució dels efectes psicoemocionals estudiats, es va valorar mitjançant les escales de dolor, ansietat i estrès posttraumàtic descrites al bloc IV, seguit un model pre-post intervenció..

BLOC VI: Qüestionaris utilitzats. Per avaluar els coneixements apresos de la formació CONECTEM es va utilitzar un exàmen teòric-pràctic i per avaluar la percepció de la utilitat i satisfacció del programa formatiu es va utilitzar un Qüestionari d'Utilitat i un Qüestionari de Satisfacció dels participants construït ad hoc. Per avaluar l'efectivitat de la Intervenció es van utilitzar 7 instruments: Formulari de Dades Sociodemogràfics, Escala EVA o SCID, escala STAI o Ramsay i Escala EIE o Richmon. Segons el nivell de consciència del pacient es feia servir unes escales o unes altres.

El Programa CONECTEM va demostrar la seva evidència en la promoció de la comunicació efectiva entre infermera i pacient crític, disminuint els efectes psicoemocionals derivats de la seva condició i millorant l'atenció de les cures en aquests pacients L'estudi forma part de la tesi doctoral de la primera autora signant (Prats-Arimon, 2017) i els resultats estan sent divulgats en diversos mitjans científics.

És per aquest motiu que elaborem i publiquem aquest document per que el programa CONECTEM pugui ser replicat en mostres més amples i en contextes iguals o diferents al estudi original, per tal de incrementar la evidència científica vers la efectivitat del Programa CONECTEM i, de forma més general, vers la comunicació bàsica i assistida entre la infermera i el malalt crític.

BLOC I: ANTROPOLOGÍA I BASES TEÒRIQUES DE LA COMUNICACIÓ APLICADES A LA INFERMERIA

VISIÓ ANTROPOLÒGICA DE LA COMUNICACIÓ

“La comunicació constitueix el nexa d’ interacció entre éssers humans i és el camp de realització de la vida humana” (Torralva, 1998, p. 208).

“Desenvolupar competències comunicatives ens permet adonar-nos de l’essència de la nostra humanitat. Tocar la vida dels altres i ser tocat per els altres” (Light, 1997)

“ La comunicació és l’essència de l’existència humana com a condició de ser i existir” (Sabater, 1997)

La comunicació és un feedback cap a l’altre persona, és una manera de reafirmar-se envers l’altre, és l’acte racional de que existim. Descartes ja deia “penso, per tant existeixo”. El fet de pensar és una manera de comunicar-se amb un mateix i ordenar les idees, pensaments o emocions. La diferència és l’ús de raó de la condició humana que fa que la comunicació, intencionadament o no, tingui un propòsit. La intencionalitat i la raó és el què diferencia l’home de la resta d’éssers vius parlant en clau de comunicació.

PARADIGMES COMUNICATIUS

Comunicació verbal

“L’home és home en tant que ésser parlant” Heidegger 1987

- **“Homo loqüens”** L’home té la capacitat d’articular paraules i missatges fruit d’un codi establert que li permet comunicar-se i expressar-se de manera més concreta que altres mètodes de comunicació
- **El llenguatge** (codificació-descodificació oral) està vinculat a la zona geogràfica i el nostre àmbit cultural i social
- **Paralingüística:** Interpretació contextual del missatge a través del llenguatge. Dissociació entre codi i missatge (to de veu, modalitat de la veu, silenci, ironia, èmfasi etc..)
- La incapacitat de la parla per l’ésser humà és com una amputació de la comunicació i una pèrdua d’identitat.

Comunicació no verbal

“ La part visible d’un missatge pot ser tant important com l’audible” Davis, 2006

Pot ser de manera conscient o inconscient

- **Corporeïtat:**
 - El cos entès com a l’expressió física dels subjecte i del jo més intern (experiències i vivències)
 - Expressions de la nostra pròpia naturalesa
 - Capacitat de representació i simulacre de l’home: Ambigüitat del llenguatge
- **Rostre:**

- Pantalla d'emocions humanes (ira, desig, eufòria, ràbia etc..)
- Ekman (1979) Capacitat de controlar el rostre i expressar missatges
- El rostre com a delator de mentides (pupils dilatades, ulls oberts, elevació de comissura labial)
 - **Mirada:**
- Es relaciona com la comunicació dels món interior amb l'exterior (interpretació pròpia del món real i reflecteix la intensió i els desitjos)
- Comportament ocular com a forma de comunicació subtil (mirem per reconèixer-nos en l'altre)
- En depèn l'èxit o el fracàs de la interacció
 - **Somriure:**
- Defensa pacificadora davant de possibles situacions de conflicte que aconseguen disminuir la tensió o l'enfado del nostre interlocutor.
- Somriure d'inici = cordialitat, restar obert
 - **Proxèmia i tacte:**
- Distància que existeix entre les persones (depèn de l'estatus social, cultural, relació de poder etc)
- El contacte, en diverses situacions comunicatives dóna seguretat, tranquil·litat i acompanyament a l'altre Henricson (2006)

HELPING HUMAN RELATIONSHIPS THEORY Robert Carkhuf (1968)

- Teoria basada en els mecanismes que defineixen l'establiment d'una interacció, el desenvolupament i l'èxit de la relació terapèutica entre la infermera i el pacient.
- Estudia la naturalesa de la relació: Relacions constructives o destructives segons la relació de poder. Poden tenir efectes positius o negatius o de diferents graus entre aquests extrems, tot depèn del poder de la relació (Truax & Carkhuff, 1967).
- Els efectes del poder de les relacions depenen de les habilitats comunicatives i socials que l'autor classifica en dues dimensions (Carkhuff, 2008)
 - 1) Dimensió d'inici : La iniciativa com a element bàsic de la funcionalitat humana. (Ser Autèntic, Concís i parlar Atenció)
 - 2) Habilitats de resposta: La receptivitat com element bàsic de les relacions humanes. (Empatia, Respecte / no prejudicis, Respondre als sentiments)

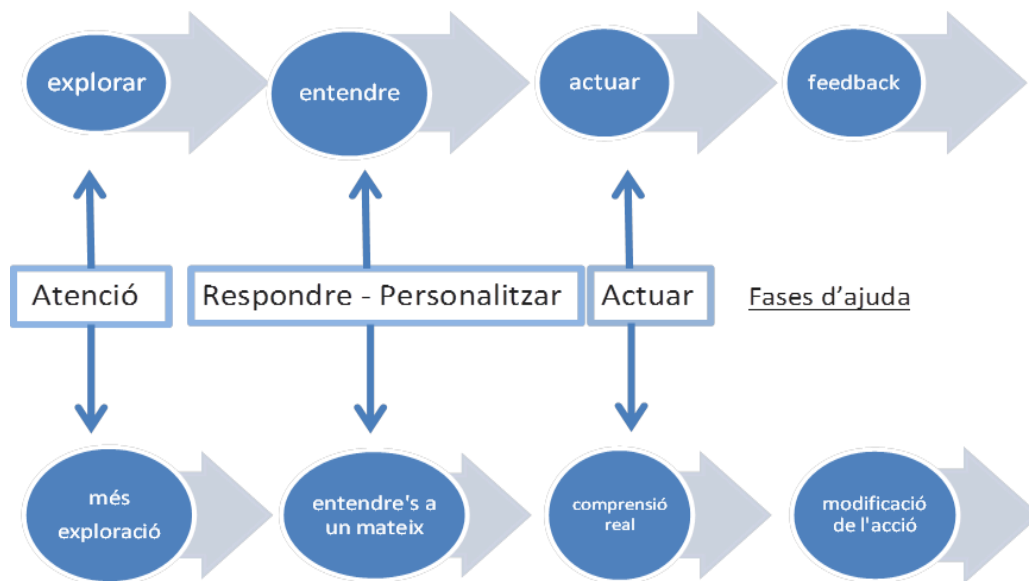
Comunicació Efectiva

La infermera i el pacient han de realitzar un procés reflexiu conjunt per tal de tenir èxit en la relació terapèutica. Aquest procés reflexiu consta de diferents etapes i fases:

Etapes d'aprenentatge del pacient:

- Exploració: És la clau elemental en la relació terapèutica, on el pacient i l'infermer/a defineixen el context del moment, en relació a l'entorn, a la situació i a l'altre. En aquesta fase es veurà si l'infermer/a té les habilitats de comunicació interpersonal que iniciïn el procés comunicatiu.
- Comprensió: És la fase on el pacient pren consciència del problema o de la malaltia i els sentiments associats que això li provoca. Es tracte de reconèixer-se un mateix. En

Etapa 1 Aprenentatge del pacient



Etapa 2 Aprenentatge del pacient.

aquesta fase l'infermer/a ha d'intentar conèixer les necessitats reals del pacient sent partícip del procés de comprensió.

- **Acció:** Un cop reconeguts problemes i sentiments es poden plantejar canvis. Accions per assolir l'objectiu de la relació terapèutica que sovint implica canvis de comportament i actituds.

Un cop realitzada l'etapa d'aprenentatge, tant el pacient com el infermer/a tenen un feedback d'aquesta primera etapa que els permet avançar en la relació terapèutica i profunditzar en el problema o necessitat que els ocupa. Per tant segueix una segona etapa on el pacient i la infermera tornen a explorar, s'entenen a si mateixos posant de manifest les seves mancances i virtuts, comprenen l'essència del problema i modifiquen l'acció.

Fases d'ajuda de l'infermer/a: Es tracta de facilitar l'aprenentatge del pacient i arribar a una relació terapèutica exitosa i eficient.

- **Atenció:** L'observació del pacient ens dona molta informació i ens ajuda a definir en quin estat es troba, física, psicològica, cognitiva i emocionalment (Lloyd & Frikkie, 1993).
- **Respondre:** Es tracta de respondre al diàleg i sentiments del pacient promovent la fase exploratòria d'aquest. Indagant quines són les necessitats del pacient que faran que el compreguem millor.
- **Personalitzar:** Formular objectius que siguin específicament rellevants i importants per aquella persona en concret. La personalització del problema i la comprensió del pacient són les bases per iniciar l'acció o el canvi.
- **Actuar:** L'objectiu que s'estableix en la relació terapèutica ha de ser observable o mesurable. Les expectatives tant del infermer/a com del pacient es posen de manifest en aquesta fase.

Habilitats comunicatives

- **Habilitats d'escolta:** Estar atent (conductes verbals i no verbal) parafrasejar (respondre a missatges bàsics) així com clarificar i verificar la percepció del missatge.
- **Habilitats de lideratge:** Líder indirecte (iniciar la interacció), líder directe (encoratjar i elaborar una discussió), focalitzar (controlar la dispersió, la confusió del missatge) i qüestionar (realitzar preguntes directes i indirectes).
- **Habilitats de reflexió:** Respondre als sentiments, a l'experiència viscuda, repetir les idees amb noves paraules o emfatitzar-les.
- **Habilitats interpretatives:** Consciència d'interpretar preguntes-facilitar.
- **Habilitats informatives:** Assessorar donant suggeriments i opinions basades en l'experiència.

AUGMENTATIVE ASSISTIVE COMMUNICATION" (AAC)

- Sistema de comunicació utilitzat en recerca, en l'àrea clínica i d'educació sanitària per compensar la necessitat de certs individus amb dificultats i/o limitacions comunicatives temporals o permanents que no són capaços d'expressar-se i/o comprendre de manera verbal i/o escrita en la seva vida diària. (Beukelman, Garret, & Yorkston, 2007, pág. 5)
- Les AAC tenent diferents tipus d'aparells i instruments per augmentar la comunicació efectiva entre pacient i interlocutor que es classifiquen en tres nivells de tecnologia seguint un model participatiu on l'objectiu és involucrar els pacients en les situacions quotidianes de la vida.
- Les AAC estableixen 4 tipus de competències comunicatives que es classifiquen segons les necessitats comunicatives del pacient.

Nivells de tecnologia

- 1) **Alta Tecnologia:** Sistemes que produeixen "outputs" de conversa o diàleg de manera digital. Solen ser missatges, paraules, frases gravades i quan el missatge s'activa se sent la veu gravada. També hi ha el diàleg sintetitzat, que cosisteix en utilitzar una estratègia que funciona a través d'algoritmes. Pot ser de lletra per lletra, paralula o frase. Aquest sistema és molt més flexible que el del diàleg digital ja que no està limitat a uns missatges gravats
- 2) **Baixa Tecnologia:** Són estratègies que inclouen pissarres, dibuixos, objectes, cartells amb l'alfabet, que no produeixen llenguatge parlat o escrit però permeten enviar un missatge al receptor. Molt del poder de les ACC rau en la gran utilització de símbols i signes sobretot pels individus que no poden llegir o escriure (Beuckelman & Mirenda, 2013, pág. 38; Broyles, Tate, & Happ, 2012). Un símbol és alguna cosa que representa un referent. En canvi una icona es defineix com a una associació que l'individu es forma del símbol i el seu referent (Schlosser, 2003). Les AAC han establert panells de necessitats de símbols i icones per millorar la comunicació (Beuckelman, Garret, & Yorkston, 2007, pág. 5; Beuckelman & Mirenda, 2013)
- 3) **Sense Tecnologia:** Utilització dels gestos, del llenguatge dels signes), o gesticulacions que han esdevingut internacionals com pot ser apropar la mà a la cara amb el dit petit i el dit polze estirats i la resta doblegats com si fos un aparell telefònic, o la mateixa posició dels dits però a prop de la boca com si bebèssim, o les dues mans al coll com si

ens faltès l'aire (Happ, Sereika, Garret, & Tate, 2008; Beukelman, Garret, & Yorkston, 2007). A part dels gestos hi ha altres estratègies com pot ser determinar un senyal pel si i pel no (Happ, Sereika, Garret, & Tate, 2008) amb el pacient o intentar llegir els llavis (Ashworth, 1984) per exemple.

Competències comunicatives

- **Expressió de necessitats i desitjos**
 - Objectes que desitgem (raspall de dents) o accions (vull dormir)
 - Demanda lingüística mínima
 - Acaba la comunicació quan es realitza l'acció o s'aconsegueix l'objecte desitjat
 - Comunicació més còmode per "l'speech partner" (receptor de la comunicació sigui infermer/a, familiar o cuidador)
- **Desenvolupament del cercle social pròxim**
 - Mantenir o desenvolupar les relacions personals amb amics, família o altres.
 - La importància és la interacció en si. Estar junts amb l'altre persona
 - Pot requerir de llargues converses o d'un mínim context lingüístic (mirada, somriure etc...)
- **Intercanvi d'informació** (ex: desenvolupament d'una malaltia)
 - Es vol saber informació d'algún tema en concret o es vol donar informació
 - Les interaccions solen ser llargues
 - Vocabulari específic
- **Rutines de comportament social** (ex: Bon dia)
 - Es vol re-establir normes d'educació i comportament social
 - Solen ser amb gent poc o gens propera
 - Són breus i limitades

OBJECTIUS BLOC I

1. Reconèixer la importància de la comunicació a nivell humà
2. Saber distingir els dos paradigmes comunicatius i relacionar-los entre si
3. Integrar el procés comunicatiu reflexiu en la pràctica infermera
4. Conèixer l'abast de les diferents estratègies de comunicació assistida

METODOLOGIA

Power point, vídeos, treball en grup petit

Activitats proposades

La gallineta sega

Activitat que consisteix en fomentar la confiança entre dues persones. Una de les quals té els ulls tapats i fa de gallineta cega i l'altre fa de guia. Es tracta de que les parelles deambulïn per un espai establert. El guia ha d'indicar al cec utilitzant els recursos comunicatius que consideri (verbals o no verbals). Al final de l'exercici es posa en comú com s'ha trobat el cec i com ho ha viscut i com s'ha trobat el guia.

Objectius

- Fomentar la confiança a través de la comunicació
- Utilitzar i integrar la comunicació verbal i la no verbal

- Empatitzar amb la persona que presenta una dificultat

Material emprat

Mocadors o fulars

Figura de cera

Activitat que consisteix en posar una persona davant d'una altra amb la 11menaça11 que s'han de mirar els ulls durant 2 min sense parlar i intentant no expressar cap emoció. Al acabar el temps, cada persona apuntarà en un paper què li ha transmès l'altre i com s'ha sentit.

Objectius

- Treballar la comunicació no verbal
- Saber detectar emocions i sensacions a través de l'expressió facial i corporal

Material Emprat

Fulls de paper, bolígrafs, taules i cadires

Missatge encriptat

Activitat que consisteix en repartir tres cartolines a cada persona. Cada cartolina tindrà escrita una frase i una indicació paralingüística de com han de dir aquella frase. Pe: ironia, desdeny, afable, alegre, ira etc... La parella ha de copsar el sentit de la frase i explicar com ho ha interpretat.

Objectius

- Reconèixer la importància de la paralingüística en la descodificació-interpretació del missatge
- Treballar l'expressió oral (to, llenguatge, intencionalitat)

Material Emprat

Cartolines, retoladors, cadires, taules

BLOC II EL MALALT CRÍTIC I ELS EFECTES PSICOEMOCIONALS

DESCRIPCIÓ I CARACTERÍSTIQUES DEL PACIENT CRÍTIC

“ Critical illness cause disruption on live” Davidson, 2009

Ser pacient:

- Significa la persona que espera ser cuidat per tercers degut a una malaltia que l'impossibilita realitzar la seva rutina habitual.

Esdeveniment crític:

- Esdeveniment sobtat, no planejat ni esperat que crea emergència i origina situacions de perill ,vulnerabilitat i canvi.

Els pacients crítics pateixen un canvi de salut sobtat que posa en perill la seva vida i tot el què significa amb molt poc espai de temps per l'adaptació de la persona a la nova situació. Aquest fet, genera una sèrie de característiques pròpies de la situació crítica relacionades amb l'estat psicoemocional de la persona.

Característiques del pacient crític

- **Vulnerabilitat:** Capacitat de ser ferit física o moralment. Pacient que per la seva condició de malalt crític es troba indefens sense recursos propis per afrontar la situació.
- **Fragilitat:** Implica debilitat física, alteració psicològica-emocional o conductual degut a tècniques invasives, sedació i altres processos que acompanyen als pacients crítics. Té relació directe amb la corbomorbidity del pacient i la seva qualitat de vida.
- **Solitud:** Pacient aïllat del seu entorn social, laboral i familiar. La malaltia és in procés intrínsec que només viu el propi pacient de forma única i incomparable. La proximitat al final de la vida crea sensació de solitud.
- **Incomunicació:** Genera frustració, sentiments negatius i pèrdua de control i d'identitat de la persona. La no participació en la presa de decisions, la dificultat en l'expressió de necessitats o emocions influeixen directament en el desenvolupament de trastorns psicoemocionals com l'ansietat o l'estrès posttraumàtic que afecten a l'evolució i pronòstic del malalt.

EFECTES PSICOEMOCIONALS DELS PACIENTS CRÍTICS

Els efectes psicoemocionals van molt lligats amb la sedoanalgesia. La disminució de la consciència, la memòria il·lusòria, la percepció de la realitat i el control del dolor juntament amb les característiques mencionades anteriorment afavoreixen els trastorns psicoemocionals com el TEP, L'ansietat, la depressió o el deliri. Aquests, si no es fa un bon seguiment i/o tractament es poden cronificar afectant a la recuperació i readaptació a l'entorn familiar, social i laboral.

Els efectes psicoemocionals que tenen una prevalença més elevada en el malalt crític són, el dolor (70-89%), l'ansietat (30-60%)i el TEP (27%).

Dolor

- Experiència sensorial i emocional subjectiva desagradable associada amb un dany als teixits real o potencial (Association for the study of Pain Subcomitte on Taxonomy, 1979).
- És una experiència subjectiva que varia d'una persona a una altre segons el llindar de tolerància.
- Té diferents dimensions: sensorial, emocional, cognitiva, psicològica i de comportament o conductual
- La millor valoració és la del propi pacient sempre que sigui possible.
- Desenvolupament d'escala per valoració del dolor en pacients inconscients o no comunicatius (Behaviour Pain Scale)

(Loeser & Treede, 2008; Puntillo k. , White, Bonham, & Morris, 2001)

Ansietat

- Reacció emocional davant una percepció de perill o amenaça que es manifesta a través d'un conjunt de respostes agrupades en tres sistemes: cognitiu (síntomes psicològics), fisiològic (síntomes físics) i motor (síntomes conductuals), que poden actuar de manera independent (Miguel-Tobal J. J., 1990; Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).
- Els símptomes físics es caracteritzen per una activació del sistema simpàtic que actua a diferents nivells de l'organisme, els símptomes conductuals es caracteritzen per canvis en el comportament habitual de la persona i els psicològics es manifesten per una preocupació excessiva, por o sensació de perill imminent que afecta a l'estat emocional de la persona
- Es considera **ansietat patològica** quan supera els paràmetres d'intensitat, freqüència i/o duració o es relaciona amb estímuls no amenaçants per l'organisme provocant disfuncions emocionals i funcionals

Trastorn per estrès Posttraumàtic (TEP)

- Es caracteritza per una sèrie de símptomes que segueixen a la experiència directa, observació i/o coneixement d'un succés extremadament traumàtic, com pot ser una amenaça de mort i/o de la integritat física i/o lesions molt greus, al qual la persona respon amb por, impotència o horror intens.
- Els símptomes inclouen la re-experimentació, l'evitació persistent dels estímuls associats al succés traumàtic, la disminució de la capacitat general de reacció i la hiperactivació (American Psychiatric Association, 2000)
- Procés multifactorial condicionat per:
 - Factor biològic: L'afectació del sistema GABA i inhibició de la noradrenalina i el cortisol es relacionen amb el desenvolupament del TEP (Solé-Ferrería, 2013; Badós, 2005)
 - Factor psicològic: Relacionat amb els recursos que presenta la persona per afrontar el trauma (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1996)
 - Factor social: En relació a la importància del recolzament social i familiar per l'afrontament del TEP (Badós, 2005; Solé-Ferrería, 2013)

<ul style="list-style-type: none">• Classificació del TEP: TEP Agut:<ul style="list-style-type: none">– Els símptomes poden aparèixer a la primera hora després del succés traumàtic i amb una durada màxima de 48h.– El CIE-10 (Organització Mundial de la Salut) no exigeix com a símptoma indispensable pel diagnòstic d'estrès agut la re-experimentació persistent del succés o la presència de símptomes dissociatius (Badós, 2005).TEP Crònic:<ul style="list-style-type: none">– Es considera el diagnòstic de TEP crònic quan els símptomes duren més de 3 mesos o l'inici dels símptomes és tardà (6 mesos).– El 80% de les persones que compleixen criteris d'estrès agut després d'un trauma, al cap de 6 mesos compleixen criteris per TEP (Bryant, Moulds, & Nixon, 2003)– Els símptomes poden variar al llarg del temps i agreujar-se en períodes d'estrès
OBJECTIUS BLOC II
<ol style="list-style-type: none">1. Entendre el context de la malaltia crítica i el què implica per a la persona2. Conèixer la importància dels efectes psicoemocionals per la recuperació i pronòstic del pacient crític3. Distingir els efectes psicoemocionals més destacats en el pacient crític4. Saber les característiques dels efectes psicoemocionals explicats (dolor, ansietat i TEP)
METODOLOGIA
Power point, vídeos, treball en grup petit
Activitats proposades
Taller d'Emocions Activitat que consisteix en expressar, empatitzar i compartir emocions i sensacions del grup a partir d'unes imatges. Les imatges són quadres, dibuixos o pintures de persones que han experimentat dolor, ansietat i TEP. Es divideixen els alumnes amb tres o quatre grups i es treballa en grup reduït. El professor dirigeix la sessió amb preguntes orientatives que faciliten l'expressió de les emocions. Es tracta de treure els sentiments que ens produeixen les imatges o ens recorden a fets viscuts. Comprendre l'emoció i viure-la ens fa més sensibles a entendre els altres. Objectius <ul style="list-style-type: none">• Aprendre a gestionar emocions davant situacions adverses• Entendre i empatitzar les emocions dels altres• Comprendre i abordar les sensacions negatives que ens produeix el dolor, l'ansietat i el TEP Material emprat Làmines amb fotos, dibuixos, quadres, bolígrafs i paper, mocadors de paper, cadires.

BLOC III INTERVENCIÓ COMUNICATIVA CONECTEM

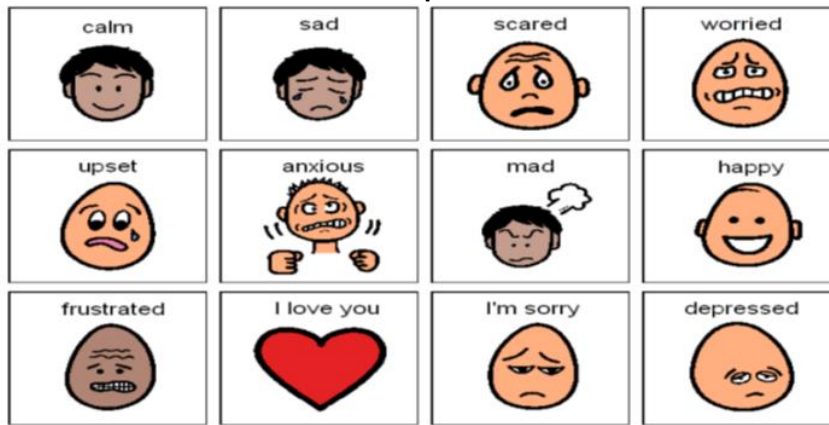
ESTRATÈGIA 1	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Glasgow 15</i>. El malalt està conscient i orientat, no té cap dificultat en la comprensió ni expressió per comunicar-se. • Utilitzarem la comunicació verbal i no verbal 	
ESTRATÈGIA/AUTOR	ACCIÓ A REALITZAR
Guanyar atenció i contacte visual Light and Binger,1998	Assegurar que infermera-pacient estiguin centrats l'un amb l'altre, tant amb la mirada, com amb els missatges.
Confirmar tots els missatges del pacient. Beukelman and Mirenda,2005; Hemsley et al.,2001.	Validar que el missatge s'ha entès repetint el missatge o el què s'ha entès del missatge.
Realitzar pauses Light and Binger,1998; Basil,1992; Calculator,1988.	Permetre allargar el temps entre els intercanvis comunicatius facilita el processament del pensament al pacient.
Estratègia si/no final de frase Beukelman and Mirenda 2005; Hemsley et al.2001.	Realitzar frases o preguntes amb si/no al final alerta al pacient que haurà de triar alguna opció.
Claredat en l'expressió Carkhuff,2008.	Clarificar i verificar la percepció del missatge. Parafrasejar, frases curtes i senzilles.
Empatia i escolta activa Carkhuff,2008.	Entendre els neguits, desitjos, pors etc.. del pacient, afavoreix la fluïdesa en la comunicació.
Respecte Carkhuff,2008.	Acceptar a l'altre tal com és sense jutjar-lo.
Assertivitat Carkhuff,2008.	Modular el llenguatge, to de veu, d'intencionalitat del emissor permetent el feed-back amb l'altre.
ESTRATÈGIA 2	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Glasgow (14-9)</i>. Persona conscient, desorientada amb dificultats per comunicar-se per la seva gravetat. • Utilitzarem la comunicació verbal i la no verbal. • Si el pacient té capacitat per parlar utilitzarem l'Estratègia 1 més la 2 	
ESTRATÈGIA/AUTOR	ACCIÓ A REALITZAR
Concreció i precisió en el llenguatge Carkuff,2008.	Realitzar frases curtes o simplement paraules amb si/no final per facilitar la comprensió al pacient
Establir clarament una senyal pel si /no ex: moure el cap amunt/avall =si. Beukelman and Mirenda,2005; Light and Binger,1998.	Assegurar que la senyal pel si/no pot ser executada i recordada pel pacient i entesa pels altres.
Gestos del pacient o senyals internacionals-diccionari Happ et al.,2010. Happ,2008.	Realitzar signes internacionals per establir un feed-back amb el pacient.*
Assistència comunicativa amb dibuixos Beukelman and Mirenda,2005; Garret et al.,2007; Happ,2008.	Utilitzar les pancartes on hi han una sèrie de dibuixos amb necessitats del pacient. El pacient haurà d'assenyalar la necessitat i aquesta serà repetida en veu alta per la infermera.**

***Signes Internacionals del Diccionari**



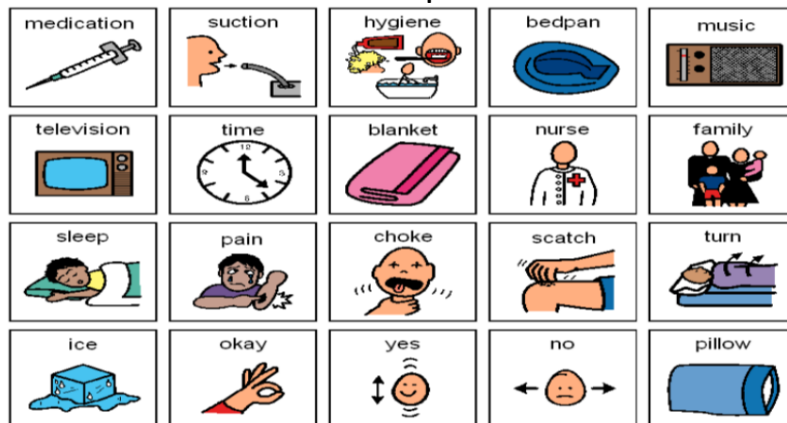
Happ, M., Sereika, S., Garret, K., & Tate, J. (Sep de 2008). Use of the Quasi-experimental Sequential Cohort Desing in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contep Clin Trials*, 29(5), 801-808.

****Panell indicador d'emocions dels pacient**



Happ, M., Sereika, S., Garret, K., & Tate, J. (Sep de 2008). Use of the Quasi-experimental Sequential Cohort Desing in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contep Clin Trials*, 29(5), 801-808.

**** Panell indicador de necessitats del pacient.**



Happ, M., Sereika, S., Garret, K., & Tate, J. (Sep de 2008). Use of the Quasi-experimental Sequential Cohort Desing

**PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)**

in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contep Clin Trials*, 29(5), 801-808.

ESTRATÈGIA 3

- Glasgow (≤ 8). Pacient molt greu, amb indicacions d'intubació, sedació i analgèsia.
- Utilitzarem bàsicament la comunicació no verbal, tenint en compte tots els factors externs que poden predisposar un canvi en l'estat del pacient

ESTRATÈGIA/AUTOR

ACCIÓ A REALITZAR

Expressió facial i moviments motors
Beukelman, Garret and Yorkston, 2007.

Observar les gesticulacions de la cara i moviments sobretot d'extremitats. Aquests, seran els indicadors més fiables en del confort/ desconfort, dolor/ l'expressió no dolor .estrès/no estrès...

Alteració de signes físics
Li, Puntillo and Miaskowski, 2007.

Controlar els canvis en la FC, TA, FR, sudoració

Tonalitat de la veu i ambient tranquil
Johansson et al, 2012.

Modular la veu, parlar amb un to baix i a poc a poc, respectant un ambient de silenci, sense llums intenses ni sorolls estridents. Adequar la temperatura de l'ambulància en funció de la necessitats del malalt.

Música
Sanjuán et al, 2013; Bradt and Dileo, 2014; Stuhlmiller et al, 2009.

Aconseguir un ambient relaxat, posant música tranquil·la durant el trajecte.

Contacte tàctil
Happ, 2001.

Realitzar moviments de confort al malalt, evitant que siguin bruscos i intentant establir una comunicació no verbal.

OBJECTIUS BLOC III

1. Millorar la relació interpersonal infermera-pacient per poder interpretar les necessitats del pacient en cada moment.
2. Establir una comunicació efectiva per proporcionar cures infermeres integrals i individualitzades a cada persona.
3. Conèixer els diferents recursos comunicatius exposats segons les dificultats comunicatives de cada pacient
4. Entendre i gestionar els efectes psicoemocionals del malalt crític
5. Implicar el malalt crític en el seu procés i evolució de la malaltia fent-lo partícip de les decisions que afecten la seva condició de salut.

METODOLOGIA

Power point, casos pràctics, treball en grup petit, rol-paling, suport amb vídeos

Activitats Proposades

Gestió de casos

Activitat que consisteix en posar a la pràctica mitjançant casos escrits la Intervenció comunicativa CONECTEM. Es realitzen tres grups. Cada grup llegeix els casos em veu alta i procedeix a la discussió i resolució del cas amb la informació donada. Cada cas està pensat per una estratègia comunicativa diferent i presenta dues preguntes obertes i dues tancades que les infermeres han de respondre. Primer, han de decidir quina estratègia comunicativa farien

servi i quins elements o accions comunicatives desenvoluparien en aquell pacient en concret.(Annex mmm). Un cop realitzat l'exercici es posa en comú per analitzar si s'han assolit les coneixements explicats i reforçar aquells que no hagin quedat prou clars.

Objectius

- Entendre els conceptes explicats en la intervenció comunicativa CONECTEM i posar-los en pràctica
- Reforçar les accions a dur a terme en casa estratègia comunicativa
- Aplicar cada estratègia comunicativa segons les necessitats de cada pacient.

Material emprat

Dossier amb la Intervenció Comunicativa, pancartes d'emocions, necessitats i signes del diccionari internacional, paper i bolígrafs, document amb els casos i les preguntes, suport powerpoint

Rol-Playing

Activitat que consisteix en ficcionar una situació real. Es planteja un escenari i es distribueixen els diferents rols dels personatges que apareixen en aquella situació. Per aquesta activitat fa falta la col·laboració activa dels participants de la formació en CONECTEM. Cada persona llegirà el seu rol i no sabrà del rol de l'altre persona. La resta del grup tindrà la informació de l'escenari i observarà com els companys juguen el seu rol per tal de fer aportacions quan el joc s'acabi. L'escenari que es planteja és el d'un pacient que pateix un accident vascular-cerebral que li afecta alhora de comunicar-se amb el personal de l'ambulància que l'assisteix. Els participants del rol-playing hauran d'interactuar amb aquest pacient, valorar la situació i emprar les accions comunicatives que considerin pertinents. La seva efectivitat comunicativa determinarà la resolució del cas. (Annex mmm)

Objectius

- Saber interactuar en una situació real amb un pacient en dificultats comunicatives
- Aprendre a establir una comunicació efectiva per determinar les necessitats del pacient en aquell moment
- Posar en pràctica la gestió d'emocions pròpies i del pacient a partir de les habilitats socials apreses durant la formació

Material emprat

Aula prou espaiosa per realitzar l'activitat, cadires, material sanitari (motxilla, material immobilització) 2 petos color groc, Full d'assistència del SEM, telèfon mòbil, carpeta amb el material de la intervenció comunicativa CONECTEM, bolígrafs i paper.

Taller de musicoteràpia

Activitat que consisteix en escoltar música tranquil·la per tal de definir el canvi de conducta i/o fisiològic que es desitja (relaxació, concentració, disminució del dolor etc..). Consisteix en que les participants del curs de formació CONECTEM escoltin la música escollida per la intervenció 3 de CONECTEM i experimentin el què podran sentir els pacients. Les participants s'estiraran a terra amb matalassos, es demanarà que portin roba còmode i es minimitzaran estímuls aliens com el soroll, la llum o les interrupcions inesperades.

Objectius

- Identificar el propòsit de l'experiència musical per tal de poder-la aplicar en la

PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)

Estratègia 3 de la intervenció Conectem

- Conèixer les indicacions per realitzar la musicoteràpia
- Experimentar les sensacions que aporta la musicoteràpia
- Aprendre a estar amb un mateix en pau sense estímuls externs.

Material Emprat

Matalassos, cadires, reproductor CD MP3 amb música relaxant.

BLOC IV SESSIONS DEL PROGRAMA CONECTEM

SESSIONS

- + **Horari: (9:30-11:30)** La primera sessió s'allargà 10 min per a la presentació del programa i la segona sessió es va allargar 35 min per a passar el qüestionari de dades sociodemogràfiques de les infermeres, per a realitzar l'examen teòric-pràctic per avaluar els coneixements de les infermeres sobre la intervenció comunicativa Conectem i per passar els qüestionaris d'utilitat i satisfacció de la formació Conectem.
- + **Lloc de Realització:** Aula de formació de l'Hospital de Cerdanya.
- + **Material:** El material del programa es va quantificar en funció de les infermeres participants
- + **Vestimenta:** Roba còmode, si estaven en horari laboral també es va permetre participar en les sessions amb l'uniforme de treball. Per exemple el personal de l'ambulància.
- + **Duració:** 2 sessions

SESSIÓ 1

Material

- Dossier amb la part teòrica del suport power point
- Material audiovisual
- Mocadors o fulards
- Cartolines
- Retoladors
- Paper i bolígrafs
- Imatges, quadres plastificats
- Cadires
- Reproductor i ordinador

Temporització

- + Presentació dels participants **(5 minuts)**
- + Presentació del Programa Conectem **(5 minuts)**
- + Explicació part teòrica Bloc I **(30 minuts)**
- + Realització dels exercicis de comunicació
 1. La gallineta cega **(15 min)**
 2. Figura de cera **(10 min)**
 3. Missatge encriptat **(10 min)**
- + Explicació part teòrica Bloc II **(25 min)**
- + Realització taller emocions i posada en comú **(30min)**

SESSIÓ 2

Material

- Material de la Intervenció comunicativa Conectem (Pancarta Emocions, necessitats i diccionari internacional plastificat), Carpeta amb les estratègies 1, 2 i 3 de la intervenció comunicativa Conectem, full de recollida de dades dels pacients amb les escales per la valoració del dolor, l'ansietat i el TEP i full de consentiment informat del pacient.
- Dossier del material teòric del suport power point
- Material del rol-plaing (especificat el en Bloc III)
- Papers i bolígrafs
- Cadires
- Estores
- Reproductor CD, MP3
- Pen amb música relaxant
- Ordinador i reproductor

Temporització

- ✚ Explicació de la Intervenció Comunicativa Conectem **(20 min)**
- ✚ Explicació de les escales de valoració de dolor, ansietat i TEP **(15 min)**
- ✚ Explicació del procediment de recollida de dades que hauran de realitzar a l'ambulància **(10 min)**
- ✚ Activitats del bloc III
 1. Gestió de casos **(20 min)**
 2. Rol-playing **(25 min)**
 3. Musicoteràpia **(20 min)**
- ✚ Realització examen teòric-pràctic **(20 min)**
- ✚ Ompliment de qüestionaris **(15 min)**

BLOC V: AVALUACIÓ DEL PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM I AVALUACIÓ CLÍNICA DE L'EFECTIVITAT DEL PROGRAMA.

PROGRAMA DE FORMACIÓ

Per avaluar els coneixements de les infermeres participants en la formació CONECTEM, es va realitzar examen teòric-pràctic de 3 casos, exposats al Bloc VI del document. Cada cas corresponia a una de les tres estratègies comunicatives plantejades i constava de 4 preguntes. Dues d'obertes i dues de tancades. Les infermeres havien de respondre correctament 3 de les 4 preguntes de cada cas per poder ser aptes. Si eren aptes, podien realitzar la intervenció comunicativa a l'ambulància.

EFECTIVITAT DEL PROGRAMA A NIVELL CLÍNIC

Per avaluar l'efectivitat del programa CONECTEM cal aplicar un disseny pre-post intervenció, utilitzant les escales escollides pels efectes psico-emocionals estudiats: dolor, ansietat i estrès posttraumàtic. Segons el nivell de consciència del pacient s'han d'utilitzar unes escales o unes altres. Aquestes, estan explicades en el Bloc V del document.

BLOC VI: QÜESTIONARIS UTILITZATS

Formulari de recollida de dades sociodemogràfiques de les infermeres SEM Puigcerdà
Sexe 1. Masculí 2. Femení
Edat en anys
Nivell d'estudis 1. Diplomant/da o graduat/da 2. Llicenciat/da 3. Màster i/o Postgrau 4. Doctorat/da
Estat Civil 1. Solter/a 2. Casat/da 3. Divorciat/da 4. Viduo/a 5. Parella de fet
Fills 1. Sense fills 2. Nº de fills
Experiència Laboral a la UCI 1. De 2 a 5 anys 2. De 5 a 10 anys 3. Més de 10 anys
Torn de treball 1. Dia 2. Nit
<u>EXÀMEN TEÒRICO-PRÀCTIC</u>
1-. Pacient de 73 anys amb patologia cardíaca i respiratòria de base, HTA, DBT. Fa dies que té febre alta. Arriba a urgències dispneic, hipotens, febre 39.5 sense suor. Hemodinàmicament inestables. És diagnosticat de xoc sèptic, intubat, sedat i relaxat amb el tractament pertinent (Bic noradrenalina, ATB etc...)
Ens avisen per traslladar-lo a Vall D'Hebron AMB la A02.
<u>Característiques del pacient:</u>
Glasgow 3: intubat, sedat i relaxat
Constants vitals: TA 90/55. Sat:100 FC acxfa ràpida FR 12(MVC)
<input type="checkbox"/> Quina estratègia comunicativa farem servir per aquest pacient?
<input type="checkbox"/> Quins seran els indicadors que ens comunicaran si hi ha canvis en l'estat de salut del pacient?
<input type="checkbox"/> Anomena 2 accions comunicatives per establir una interrelació amb el pacient.

- Creieu que amb les condicions descrites podem valorar alguna que no s'ha tingut en compte i que ens pot afectar durant el trasllat?

2-. Noi de 23 anys que pateix un TCE amb PC recuperada i una fractura maxil·lar oberta després d'accident d'esquí.

Ens activen per traslladar a la UCI de Sant Pau el pacient amb la A02.

Característiques del pacient:

Glasgow 14

Constants vitals: TA 125/72, FC 100, FR 18 , Saturació O2 98% T 36,3. EVA 7

Cara deformada per la fractura, impossibilitat de parlar.

- Quina estratègia faríeu servir per aquest tipus de malalt?
- Com pot afectar l'accident a la seva vida diària?
- Creieu que tindrà algunes preocupacions derivades de l'accident? Quines?
- Quines consideracions creieu que no s'han tingut en compte en la descripció del cas i que podrien ser rellevants per una bona interacció comunicativa?

3-.Pacient de 54 anys, que ha patit un fort dolor opressiu al pit, sudoració i pal·lidesa cutània. S'estabilitzen a urgències i es realitzen les primeres cures al IAM.

Ens activen per codi IAM a la UCI de Sant Joan de Déu a Manresa.

Característiques del pacient:

Glasgow 15

Constants vitals: 135/79 FC 112 FR 20 Saturació d'O2 95% amb UN a 3lx T 36,8 EVA 5

Està molt neguitós i presenta dolor tot i administració de morfina en bolus (2ml).

- Quina estratègia faríeu servir per aquest tipus de malalt?
- Quins són els possibles efectes psico-emocionals que pot patir aquest pacient?
- Anomena 3 habilitats comunicatives bàsiques que utilitzaries en aquest pacient.
- Què faries per establir una comunicació efectiva per reduir el dolor?

PERCEPCIÓ DE LA UTILITAT DE LA FORMACIÓ EN TÈCNiques DE COMUNICACIÓ Bàsica i ASSISTIDA

1. Avans de fer la formació tenies en compte la importància de la comunicació amb el pacient crític SEM?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

2. Creus que el curs t'ha obert noves perspectives en temes de comunicació amb el malalt crític que no tenies?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

3. El curs ha ampliat els teus coceptes i coneixements sobre la comunicació?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

4. Has incorporat noves tècniques i habilitats comunicatives al teu lloc de treball després del curs?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

5. Consideres que has adoptat una altre actitud envers el malalt crític a l'ambulància després del curs, parant més atenció a les necessitats reals del malalt?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

6. Les teves habilitats comunicatives generals han millorat?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

7. El curs t'ha ajudat a integrar i a entendre els efectes psicoemocionals del malalt crític?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

8. Creus que aquesta formació aporta un plus de qualitat a la teva feina amb el malalt crític?

1 gens 2 una mica 3 de vegades 4 bastant 5 sempre

SATISFACCIÓ PERCEBUDA DE LA FORMACIÓ DEL PROGRAMA CONECTEM

1. El material utilitzat (power point, vídeos) i la documentació rebuda s'han adequat a facilitar l'aprenentatge.

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

2. La informació proporcionada ha estat d'utilitat

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

3. El professor ha organitzat , preparat i estructurat bé les activitats del curs

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 be 5 molt bé

4. S'han explicat amb claredat i s'ha remarcat els continguts importants del curs

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

5. S'ha afavorit la participació dels alumnes durant el curs

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

6. S'ha respost a les preguntes dels alumnes de manera satisfactòria

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

7. La forma d'avaluació del curs ha estat adequada (casos pràctics)

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bé 5 molt bé

8. Quina és la valoració general que tens del curs

1 molt deficient 2 deficient 3 regular 4 bona 5 molt bona

FULL DE RECOLLIDA DE DADES

SEXE.....EDAT.....
 CODI PATOLOGIA.....
 Nº DE
 SERVEI.....DATA.....

PRE INTERVENCIÓ

ESTRATÈGIA 1 -2 Glasgow 15-9

DOLOR



ANSIETAT

1. Me siento cómodo
2. Me siento angustiado
3. Me siento conformtable
4. Me siento nervioso
5. Estoy preocupado
6. En este momento me siento bien

1, 3,6 (ansietat present)/ 2,4,5 (ansietat absent). Adaptada per Perpiña-Galvan, et al.(2013).

ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC

ítems	Nunca 0	Poco 1	menudo 3
Pienso en lo sucedido sin quererlo			
No logro evitar perturbarme cuando pienso en lo que ha pasado cuando me lo recuerdan			
Trato de borrar de mi memoria lo sucedido			
Me cuesta dormirme o permanecer dormido porque imagenes o pensamientos acerca de lo sucedido me aparecen en la mente			
Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de lo sucedido			
Sueño acerca de lo sucedido			
Me siento como si no hubiera sucedido o no fuera real			
Trato de no hablar del tema			
Me mantengo alejado de todo aquello que me recuerda lo sucedido			
Otras cosas me hacen pensar en lo que ha sucedido			
Me aparecen imagenes sobre el suceso de forma intrusiva			
Percibo que tengo sentimeientos acerca lo sucedido pero no quiero ocuparme de ellos			

Procuero no alterarme cuando pienso en lo sucedido			
Qualquier recordatorio me trae sentimientos del suceso			
Intento no pensar en lo sucedido			
Mis sentimientos acerca de lo sucedido están como anestesiados			

Adaptada per: Badia-Castelló, M., Trujillano-Cabello, J., Servià-Goixart, L., March-Llanes, J., & Rodríguez-Pozo, A. (2006).

SEXE.....EDAT.....
 CODI PATOLOGIA.....Glasgow Previ IOT.....
 Nº DE SERVEI.....

PRE- INTERVENCIÓ ESTRATÈGIA 3 Glasgow 9-3

DOLOR

TABLA 1.- Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (*ESCID*)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rigido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

Adaptada per Latorre-marco, et al. (2011)

ANSIETAT

TABLA 3. Escala de sedación de Ramsay

Nivel	Descripción
Despierto	
1	Con ansiedad y agitación o inquieto
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales.
Dormido	
4	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
5	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
6	Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo

Adaptada de: Ramsay MA, et al¹³.

ESTRÉS POSTRAUMÀTIC

TABLA 5. *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*¹⁷

Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y reevalúe el paciente posteriormente.
Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoración del delirio
Adaptada de: Ely EW, et al¹⁷.

Adaptada per: Tobar, et al. (2010)

BIBLIOGRAFIA

- Ahl C, Nyström M. (2012). To handle the unexpected - the meaning of caring in pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*; **20**: 33-41.
- Ahlers S, Van Gulik L, Van der Veen A, Van Dongen H, Bruins P, Belitser S, et al. (2008). Comparasion of different pain scoring systems in critically ill patinets in general ICU. *Critical Care*; **12**: R15.
- Aronsson K, Björkdahl I, Wireklint-Sundström B. (2014). Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*; **23**: 3115-3123.
- Ashworth PM. (1980). *Care to comunicate: An investigation into problems of comunication between patients and nurses in intensive therapy units*. London: whitefriars Press.
- Auxéméry Y. (2012). [Posttraumàtic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and social context]. *Encephale*; **38**: 373-380.
- Badia-Castelló, M., Trujillano-Cabello, J., Servià-Goixart, L., March-Llanes, J., & Rodríguez-Pozo, A. (2006). Recuerdos y Memoria del paciente crítico a largo plazo. Desarrollo de estrés postraumático. *Med Clin*, 126(15), 561-566.
- Bender BG. (2014). Pain Control in the Intensicve Care Unit: New insight into an old problem. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*; **189**: 9-10.
- Beukelman D, Garret K, Yorkston K. (2007). *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.
- Bienvenu OJ, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Dennison-Himmelfarb CR, Pronovost PJ, Needham DM. (2015, Mar). Cooccurrence of and remission from general anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year longitudinal study. *Critical Care Medicine*; **43**: 642-653.
- Cambell GB, Happ MB. (2010). Symptom identification in the Chronically Critically Ill. *AACN Advanced Critical Care*; **21**: 64-79.
- Carroll SM. (2004). Novocal ventilated patients' Perceptions of Being Undestood. *Western Journal of Nursing Research*; **26**: 85-103.
- Castillo MI, Cooke ML, Macfarlane B, Aitken LM. (2016). Trait Anxiety But Not State Anxiety During Critical Illness Was Associated With Anxiety and Depression Over 6 Months After ICU. *Critical Care Medicine*; **44**: 100-110.
- Chlan L, Savik K, Weinert C. (2003). Development of a shortened state anxiety scale from the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of Nursing Measurement*; **11**: 283-93.
- Chlan L. (2016). Engaging Critically Ill Patients in Symptom Management: Thinking Outside the Box!. *American Journal of Critical Care*; **25**: 293-300.
- Choi J, Campbel IM, Gélinas C, Happ MB, Tate J, Chlan L. (2017). Symptom assessment in non-vocal or cognitively impaired ICU patients: Implications for practice and future research. *Heart Lung*; **46**: 239-245.
- Davydow DS. (2010). The burden of adverse mental health outcomes in critical illness survivors. *Critical Care*; **14**: 125.
- Dougall A, Craig K, Baum A. (1999). Assesment of characteristics of intrusive thoughts and their

- impact on distress among victims of traumatic events. *Psychosomatic Medicine*; **61**: 38-48.
- Downey DW, Happ MB. (2013) The need for Nurse Training to Promote Improve Patient Provider Communication for Patients With Complex Communication Needs. *Augmentative and Alternative Communication*; **22**: 112-119.
- Drury J, Kemp V, Newman J, Novelli D, Doyle C, Walter D. (2013). Psychosocial care for persons affected by emergencies and major incidents: a Delphi study to determine the needs of professional first responders for education, training and support. *Emergency Medicine Journal*; **30**: 831-836.
- Fried-Oken M, Howard JM, Stewart SR. (1991). Feedback on ACC intervention from adults who are temporarily unable to speak. *Augmentative and Alternative Communication*; **7**: 43-50.
- Fumis R, Martins P, Shettino G. (2012). Incidence of post-traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients and relatives during the ICU stay and after discharge. *Critical Care*; **16**: 497.
- Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, et al. (2004). [National survey of emergency management of acute pain in prehospital setting]. *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation*; **23**: 1149-1154.
- Ganz JB, Sigafoos J, Simpson RL, Cook KE. (2008). Generalization of a pictorial alternative communication system across instructors and distance. *Augmentative and Alternative Communication*, **24**: 89-99.
- Gil B, Ballester R, Gomez S, Abizanda R. (2013). Afectación emocional de los pacientes críticos ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*; **18**: 129-138.
- Griffin E. (2000). *A First Look at Communication Theory, Fourth ed.* New York: McGraw Hill.
- Griffiths DR. (2012). Sedation, delirium and psychological distress: let's not be deluded. *Critical Care*; **16**: 109.
- Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B, Sweden K. (1998). Pain and distress among elderly intensive care unit patients: Comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart Lung*; **27**: 123-132.
- Happ MB. (2001). Communicating with mechanical ventilated patients: state of the science. *AACN Clinical Issues*; **12**: 147-58.
- Happ MB, Baumann BM, Sawicki J, Tate JA, George EL, Barnato AE. (2010). SPEACS-2: intensive care unit "communication rounds" with speech language pathology. *Geriatric Nursing Journal*; **31**: 170-177.
- Happ MB, Garret K, Divirgilio-Thomas D, Tate J, George E, House ME. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*; **20**: e28-e40.
- Happ MB, Garret K, Tate JA, Divirgilio-Thomas D, Houze MP, Demicri JR. (2014). Effect of multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart Lung*; **43**: 89-98.
- Happ MB, Roseck TK, Garret K. (2004). Electronic Voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a Medical intensive care unit: A feasibility study. *Heart Lung*; **33**: 92-101.
- Happ MB, Seaman JB, Nilsen ML, Sciulli A, Tate JA, Saul M. (2015). The number of mechanically

- ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart Lung*; **44**: 45-49.
- Happ MB, Sereika S, Garret K, Tate JA. (2008). Use of the Quasi-experimental Sequential Cohort Design in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contemporary Clinical Trials*; **29**: 801-808.
- Hatch R, Mckechnie S, Griffiths J. (2011). Psychological Intervention to prevent ICU-related PTSD: Who, When, and for how long. *Critical Care*; **15**: 141.
- Higginson IJ, Koffman J, Hopkins P, Prentice W, Burman R, Leonard S, et al. (2013). Development and evaluation of the feasibility and effects on staff, patients, and families of a new tool, the Psychosocial Assessment and Communication Evaluation (PACE), to improve communication and palliative care in intensive care and during clinical u. *BMC Medicine*; **11**: 213.
- Holmberg M, Fagerberg I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service. *International Journal of Quality Study on Health and Well-being*; **5**: 1-12.
- Horowitz MW. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*; **41**: 209-218.
- Iqbal M, Spaight PA, Siriwardena AN. (2013). Patients' and emergency clinicians' perceptions of improving pre-hospital pain management: A qualitative study. *Emergency Medicine Journal*; **30**: e18.
- Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkings RO, Girard TD. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in Medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care*; **11**: 27.
- Joffe AM, Hallman M, Gelineas C, Herr DL, Puntillo K. (2013). Evaluation and Treatment of Pain in Critically Ill Adults. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*; **34**: 189-200.
- Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, **29**, 573-580.
- Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtatos F, Baltopoulos GL. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review*; **57**: 288-296.
- Kleinpell RM. (2014). Improving communication in the ICU. *Heart Lung*; **43**: 87.
- Knop C, Oeser M, Bastian L, Lange U, Zdichavsky M. (2001). Desarrollo y validación de la Escala Visual Analógica (EVA). *Columna Puntuación*; **104**: 488-497.
- Kozalinski RS, Tappen RM, Viggiano D. (2015). Evaluation of Speak for Myself with patients who are voiceless. *Rehabilitation Nursing*; **40**: 235-242.
- Loeser JD, Treede RD. (2008). The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain*; **137**: 437-477.
- Loss S, Nunes D, Franzos O, Salazar G, Teixeira C, Vieira S. (2017). Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims?. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*; **29**: 87-95.
- Marinangeli F, Narducci C, Ursini ML, Paladini A, Pasqualucci A, Gatti A, et al. (2009). Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: a problem to be solved. *Pain Practice*; **4**: 282-288.
- Marinangeli F, Brienza N, Scorrano F, Grasso F, Gregoretti C. (2013). Gaze-controlled, computer-assisted communication in Intensive Care Unit: "speaking through the eyes". *Minerva Anesthesiology*; **72**: 165-175.

PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)

- McCaffery M. (1984). Pain in the critical care patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*; **3**: 323-25.
- Mcmanus JG, Sallee DR. (2005). Pain Management in the Prehospital Environment. *Emergency Medicine Clinics of North America*; **23**: 415-331.
- Melby V, Ryan A. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of Clinical Nursing*; **14**: 1141-1150.
- Menzel LK. (1998). Factors related to emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart Lung*; **27**: 245-252.
- Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: a mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*; **29**: 78-87.
- Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*; **14**: 14-21.
- Nelson JE, Meier DE, Litke A, Natale DA, Siegel RE, Morrison SR. (2004). The symptom burden of chronic critical illness. *Critical Care Medicine*; **32**: 1527-1534.
- Nilsen ML, Happ MB, Donova H, Barnato A, Hoffman L, Sereika SM. (2014). Adaptation of a communication interaction behavior instrument for use in mechanically ventilated, nonvocal older adults. *Nursing Research*; **63**: 3-13.
- Nilsen ML, Sereika SM, Happ MB. (2013). Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk During Patient Encounters in ICU. *Heart Lung*; **42**: 5-12.
- Otuzoğlu M, Karahan A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*; **20**: 490-498.
- Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of communication. *Journal of Advanced Nursing*; **67**: 1191-1205.
- Parker AM, Sricharoenchai T, Rapala S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DN. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Critical Care Medicine*; **43**: 1121-9.
- Patak L, Gawlinski A, Fung I, Doering L, Berg J. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart Lung*; **33**: 308-20.
- Patak L, Wilson-Stronks A, Costello J, Kleinpell RM, Henneman EA, Happ, MB. (2009). Improving Patient-provider Communication: A Call to Action. *Journal of Nursing Administration*, **39**: 372-376.
- Pattison N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British Journal of Nursing*; **14**: 708-714.
- Perpiñá-Galvañ, J., Richart-Martínez, M., & Cabañero-Martínez, J. M. (2013). Fiabilidad y validez de una versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI en pacientes respiratorios. *Arch Bronconeumol*, *47*(4), 184-189.
- Peris A, Bonizzoli M, Lozzeli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*; **15**: R41.

**PROGRAMA DE FORMACIÓ CONECTEM : Comunicació bàsica i assistida pel malalt crític
(Prats-Arimon, Lluch-Canut i Puig-Llobet, 2018)**

- Prats-Arimon M, Lluch-Canut MT, Puig-Llobet M, Gallart-Puebla A.(2017). Conectem: tècniques de comunicació bàsica i assistida pel malalt crític a l'ambulància. La comunicació efectiva i els efectes psico-emocionals del malalt crític. Tesis doctoral. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.
- Puntillo K. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung*; **19**: 526-33.
- Puntillo K. (2003). Pain Assessment and Management in the Critically Ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care*; **12**: 310-316.
- Puntillo K, White C, Bonham J, Morris, A. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*; **10**: 238-251.
- Radtke JV, Tate JA, Happ MB. (2012). Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*; **28**: 16-25.
- Ratray J, Crocker C, Jones M, Connaghan J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*, **15**: 86-93.
- Ringdal M, Plos K, Lundberg D, Johansson L, Bergbom I. (2009). Outcomes after injury: memories, health-related quality of live, anxiety, and symptoms of depression after intensive care. *Journal of Trauma*; **66**: 1226-1233.
- Richmond VP, Smith RS, Heisel AD, McCroskey JC. (2001). Noverval immediacy in the physician/patient relationship. *Communication Research Reports*; **18**: 211-216.
- Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, Bisson J. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Systematic Review*; **17**: CD007944.
- Romero-Garcia M. (2016). *Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico*. PhD of Nursing, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Sanjuán M, Via-Claveria G, Vázquez-Guillameta B, Moreno-Durana A, Martínez-Estella G, (2013). Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*; **24**: 63-71
- Sayler J, Stuart BJ. (1985). Nurse-patient interaction in the intensive care unit. *Heart Lung*; **14**: 20-24.
- Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, Marquis F, Awissi DK, Kavanagh BP. (2012). Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. *Anesthesia & Analgesia*; **115**: 169.
- Skrobik Y, Chanques G. (2013). The pain , agitation and delirium practice guidelines for adult critically ill patients: a post-publication perspective. *Annals of Intensive Care*; **3**: 1-9.
- Song MK, Happ MB, Sandelowski M. (2010). Development of a tool to assess fidelity to a psycho-educational intervention. *Journal of Advanced Nursing*; **66**: 673-682
- Stein-Parbury J, McKinley S. (2000). Patient's experience of being in an Intensive Care Unit: A Select literature Review. *American Journal of Critical Care*; **9**: 20-27.
- Stuhlmiller D, Lamba S, Rooney M, Chait S, Dolan B. (2009). Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport. *Air Medicine Journal*; **28**: 88-91.
- Sukantarak K, Greer S, Brett S, Williamson R. (2007). Physical and psychological sequelae of critical illness. *British Journal of Health Psychology*; **12**: 65-74.
- Sulmasy D, McIlvane J, Pasley P, Rahn M. (2002). A scale for measuring patient perceptions of quality of end of life care and satisfaction with treatment: the reliability and validity of

- QUEST. *Journal of Pain Symptom Management*; **23**: 458-470.
- Sundström BW, Dahlberg K. (2012). Being prepared for the unprepared: a phenomenology field study of Swedish prehospital care. *Journal of Emergency Nursing*; **38**: 571-777.
- Tate JA, Dabbs AD, Hoffman L, Milbrandt E, Happ MB. (2012). Anxiety and Agitation in Mechanically Ventilated Patients. *Quality Health Research*; **22**: 157–173.
- Tate JA, Seaman JB, Happ MB. (2012). Overcoming Barriers to Pain Assessment: Communicating Pain Information with Intubated Older Adults. *Geriatric Nursing*; **33**: 1-8.
- Tobar E, Romeroa C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira M. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma espanyol. *Medicina Intensiva*; **34**: 4-13.
- Togher FJ, Davy Z, Siriwardena AN. (2013). Patients' and ambulance service clinicians' experiences of prehospital care for acute myocardial infarction and stroke: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal*; **30**: 942-948.
- Tonkovic D, Adam VD, Kovacevic M, Bogovic TZ, Drvar Z, Baronica R, et al. (2012). [Perioperative disorders of mental function]. *Acta Medica Croatica*; **66**: 73-79.
- Varndell W, Fry M, Elliott D. (2017). A systematic review of observational pain assessment instruments for use with nonverbal intubated critically ill adult patients in the emergency department: an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing*; **26**: 7-32
- Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone E, Mythen M, Howell D, et al. (2014). Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool I pat to reduce anxiety. *Critical Care*; **18**: 519.
- Wade D, Hardy R, Howell D, Mythen M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anesthesiology*; **79**: 944-963.
- Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. (2004). Perceptions of Health Care Providers' Communication: Relationships between Patient-Centered Communication and Satisfaction. *Health Communication*; **16**: 363-384.
- Weber U, Reitingner A, Szusz R, Hellmich C, Steinlechner B, Hager H, et al. (2009). Emergency ambulance transport induces stress in patients with acute coronary syndrome. *Emergency Medicine Journal*; **26**: 524-528.
- Williams KN, Herman RE. (2011). Linking Resident Behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional Tone. *Behaviour Therapy*; **42**: 42–46.
- Williams M, Hevelone N, Alban RF, Hardy JP, Oxman DA, Garcia E, et al. (2010). Measuring communication in the surgical ICU: better communication equals better care. *Journal of the American College of Surgery*; **210**: 17-22.
- Witzel K, Hoppe H, Raschka C. (1999). The influence of the mode of emergency ambulance transportation on the emergency patient's outcome. *European Journal of Emergency Medicine*; **6**: 115-118.
- Wiwneck C. (2008). *Syntom burden at its relationship to functional status in cronicallly ill*[Dissertation]. School of Nursing , Case Western Reserve University, Cleveland.

