



ΤΜΗΜΑ: ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ, ΑΣΚΗΣΗ, ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ
ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Της Φοιτήτριας: Παπαδήμα Μαρίας
ΑΜ: 20170635
Επιβλέπων καθηγητής: Νανάς Σεραφείμ

Αθήνα, 2021



ΤΜΗΜΑ: ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΟΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΑ, ΑΣΚΗΣΗ, ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ
ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Φοιτήτριας: Παπαδήμα Μαρίας

ΑΜ: 20170635

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής:

1^ο :Σεραφείμ Νανάς

2^ο: Χριστίνα Ρούτση

3^ο: Ιωάννης Βασιλειάδης

Μέντορας: Σιδηράς Γεώργιος

Αθήνα, 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα μου, κο. Σιδηρά Γεώργιο. Τον ευχαριστώ για την παρότρυνση του στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος αλλά και την συνεχή του καθοδήγηση για την επίτευξη του βέλτιστου δυνατού αποτελέσματος.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του ΠΜΣ «Κλινική Εργοσπιρομετρία, Άσκηση, Προηγμένη Τεχνολογία και Αποκατάσταση» της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, για όλες τις πολύτιμες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν και για τα ήθη που ενέπνευσαν σε εμένα και τους συμφοιτητές μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου, που λειτούργησε σαν φωτεινός φάρος για εμένα σε όλη αυτήν την κοπιώδη περίοδο της έρευνας και της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	II
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ:	IV
ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ:	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. Το Σύνδρομο Μετά την ΜΕΘ	5
1.1 Ορισμός του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ σε ασθενείς:	5
1.2 Επίπτωση και παράγοντες κινδύνου του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ σε ασθενείς:	6
1.3 Ορισμός του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή :	7
1.4 Επίπτωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:	8
1.5 Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:	9
1.6 Η κλινική εικόνα του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:	9
1.7 Η έγκαιρη διάγνωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:	10
2.1 Το PICS-F και η επιρροή του στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής:	12
2.2 Ορισμός ψυχικής υγείας:	12
2.3 Ορισμός ψυχικής νόσου:	13
2.4 Ορισμός της ποιότητας ζωής:	14
2.5 Ημερολόγια συναισθημάτων από συγγενείς ασθενών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ:	14
2.6 PICS-F και διαταραχή ψυχικής κατάστασης και ποιότητας ζωής των συγγενών ασθενών με νοσηλεία στην ΜΕΘ:	15
2.7 Ερωτηματολόγια HADS και SF36:	16
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	18
3. Ερευνητική Υπόθεση και Σκοπός	19
3.1 Υπόθεση της μελέτης:	19
3.2 Σκοπός μελέτης:	19
3.3 Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:	20
4. Μεθοδολογία	21
4.1 Είδος της έρευνας:	21
4.2 Στρατηγική της έρευνας	21
4.3 Διαδικασία επιλογής δείγματος:	22

4.4 Υλικό της έρευνας- Ερωτηματολόγιο	23
4.5 Πληθυσμός της έρευνας:	23
4.6 Τεχνικές ανάλυσης των αποτελεσμάτων:	24
4.7 Ηθική και Δεοντολογία της έρευνας:	24
5. Αποτελέσματα	26
5.1 Αποτελέσματα αναφορικά με τους ασθενείς:	26
5.2 Αποτελέσματα αναφορικά με τους συγγενείς των ασθενών της μελέτης:	26
5.3 Αξιολόγηση ψυχικής υγείας συγγενών των ασθενών της μελέτης:	28
5.4 Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των συγγενών των ασθενών της μελέτης:	33
5.6 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης φροντιστών με δημογραφικά στοιχεία ασθενών/φροντιστών και με στοιχεία που αφορούν στη νοσηλεία των ασθενών.	38
5.7 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης φροντιστών με την ποιότητα ζωής τους.	38
6. Συζήτηση	40
6.1 Οι ψυχικές επιπτώσεις της νοσηλείας σε ΜΕΘ για τους συγγενείς των ασθενών στην περίοδο νοσηλείας:	40
6.1.1 Αποτελέσματα της έρευνας:	40
6.1.2 Σύγκριση με βιβλιογραφία:	40
6.2 Οι ψυχικές επιπτώσεις της νοσηλείας σε ΜΕΘ για τους συγγενείς των ασθενών 3 μήνες μετά την νοσηλεία στην ΜΕΘ:	41
6.2.1 Αποτελέσματα της έρευνας:	41
6.2.2 Σύγκριση με βιβλιογραφία:	41
6.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών για τους συγγενείς των ασθενών, 3 μήνες μετά την νοσηλεία στην ΜΕΘ:	43
6.3.1 Αποτελέσματα της έρευνας:	43
6.3.2 Σύγκριση με την βιβλιογραφία:	44
6.4 Πιθανοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης PICS-F:	44
6.4.1 Αποτελέσματα της έρευνας:	44
6.4.1 Σύγκριση με την βιβλιογραφία:	45
6.5 Περιορισμοί της έρευνας:	46
7. Συμπεράσματα και Προτάσεις	47
7.1 Συμπεράσματα:	47
7.2 Προτάσεις:	49
ABSTRACT	51
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52
Παράρτημα	58

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ:

- Εικόνα 1: Δενδροδιάγραμμα μελέτης.
- Εικόνα 2: Βαθμολογίες στην κλίμακα άγχους των φροντιστών, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.
- Εικόνα 3: Βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης των φροντιστών, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.
- Εικόνα 4: Βαθμολογίες στη διάσταση γενικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.
- Εικόνα 5: Βαθμολογίες των φροντιστών στη διάσταση ζωτικότητας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.
- Εικόνα 6: Βαθμολογίες των φροντιστών στη διάσταση ψυχικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.
- Εικόνα 7: Βαθμολογίες των φροντιστών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ:

1. ΜΕΘ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
2. PICS, Post intensive care syndrome- Σύνδρομο μετά από την ΜΕΘ
3. PICS-F, Post intensive care syndrome family - Σύνδρομο μετά από την ΜΕΘ στην οικογένεια του ατόμου που νοσηλεύθηκε στην ΜΕΘ
4. ARDS, Acute respiratory disorder syndrome - Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας
5. PTSD, Post traumatic stress disorder - Διαταραχή μετα-τραυματικού στρες
6. ICUaW, Intensive care unit acquired weakness - Μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ
7. ΠΟΥ - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
8. ICD - International statistical classification of diseases and related health problems
9. APA - American psychiatric association
10. DSM - Diagnostic and statistical manual

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το PICS-F αφορά στο σύνολο των χρόνιων και των οξέων ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε μέλη της οικογένειας κάποιου ασθενούς που νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ, και περιλαμβάνει τα συμπτώματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή στην ΜΕΘ.

Σκοπός: Η παρακολούθηση και η καταγραφή των ψυχικών διαταραχών που αναπτύσσουν οι συγγενείς των ασθενών μετά την έξοδό τους από την ΜΕΘ, καθώς και η παρακολούθηση και η τεκμηρίωση των επιπτώσεων που έχουν αυτές οι ψυχικές διαταραχές, στην ποιότητα ζωής τους, για διάστημα έως και τριών μηνών μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

Υλικό και Μεθοδολογία: Η έρευνα διενεργήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίου εκτίμησης ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής των συγγενών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ, από την έναρξη της νοσηλείας τους στην ΜΕΘ, ως και 3 μήνες μετά από το εξιτήριο τους από το νοσοκομείο. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 24 συγγενείς.

Αποτελέσματα: Οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ σε βάθος τριμήνου από το εξιτήριο εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα PICS-F. Αναφέρουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και ελαττωμένη ποιότητα ζωής με βάση τους ορισμένους δείκτες αξιολόγησης.

Συμπεράσματα: Η νοσηλεία στην ΜΕΘ συνιστά μια τραυματική εμπειρία όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους συγγενείς τους, οι οποίοι λειτουργούν ως φροντιστές τους αμέσως μετά την λήψη εξιτηρίου. Συμπερασματικά, οι συγγενείς των ασθενών συνήθως σε βάθος μήνα, εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, περίπλοκου θρήνου, αγχώδους διαταραχής, γνωσιακών ελλειμμάτων και PTSD, που επί της ουσίας ορίζουν το PICS-F.

Λέξεις κλειδιά: PICS; PICS-F; Mental health; critical illness consequences; family members

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεγάλη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης οδήγησε τα τελευταία χρόνια σε αύξηση των ποσοστών επιβίωσης των βαρέως πασχόντων ασθενών μέσα από την νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (1). Ο λόγος είναι ότι στην ΜΕΘ παρέχεται συνεχής φροντίδα υψηλού επιπέδου και θεραπευτικές ενέργειες που επικεντρώνονται στην αποκατάσταση της λειτουργίας των οργανικών συστημάτων των ασθενών που νοσηλεύονται ως βαρέως πάσχοντες (2).

Ωστόσο, αν και ωφέλιμη για τις ζωτικές λειτουργίες των βαρέως πασχόντων, η νοσηλεία στην ΜΕΘ, σχετίζεται και με μια πλειάδα αρνητικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης και της εκδήλωσης του Συνδρόμου μετά την ΜΕΘ ή αλλιώς του Συνδρόμου επιδεινούμενης γνωσιακής, σωματικής και ψυχικής διαταραχής κατόπιν νοσηλείας σε ΜΕΘ (3).

Ως σύνδρομο μετά την ΜΕΘ (Post Intensive Care Syndrome - PICS) ορίζεται η παρουσία νέας ή επιδεινούμενης γνωσιακής, σωματικής ή ψυχικής διαταραχής σε ασθενή μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ (3-4). Το σύνδρομο αυτό δεν αφορά αποκλειστικά στον ασθενή, αλλά διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι προσβάλλει και την οικογένεια των ασθενών σε σύντομο διάστημα από την έξοδό του από την ΜΕΘ (Post Intensive Care Syndrome Family – PICS Family) (4).

Πράγματι, το άγχος, η κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες (Post traumatic stress disorder - PTSD) και η γνωστική δυσλειτουργία είναι οι κύριες διαταραχές που παρατηρούνται σε μέλη της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ (4). Το παρόν κρίνεται λογικό αφού τα μέλη της οικογένειας ασθενούς στη ΜΕΘ βιώνουν μια εξαιρετικά αγχωτική, αν όχι τραυματική εμπειρία (4-5).

Πιο συγκεκριμένα, αν και το Σύνδρομο μελετάται κυρίως στους ασθενείς και όχι στις οικογένειές τους, έχει φανεί ότι τα μέλη της οικογένειας ασθενούς που νοσηλεύθηκε στην ΜΕΘ παρουσιάζουν σε ποσοστό 69% και 35% αντίστοιχα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (5).

Αν και το Σύνδρομο αυτό δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στους συγγενείς και το υποστηρικτικό δίκτυο των νοσηλευόμενων, ως παράγοντες κινδύνου για την

εκδήλωσή του έχουν τεκμηριωθεί: α) η πολιτική περιορισμένης επίσκεψης, (6-7), β) η κακή επικοινωνία των συνοδών με το προσωπικό (8), γ) η φτωχή κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή (9), δ) η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπευτική φροντίδα των ασθενών, ε) η έλλειψη υποστήριξης από το προσωπικό και στ) ο φόβος για την εξέλιξη της πορείας του ασθενούς (10).

Επιπλέον, αν και σε λίγες μόνο δημοσιεύσεις, στην διεθνή βιβλιογραφία γίνεται αναφορά για τα υψηλά επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών στα μέλη της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, τόσο κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ, όσο και κατά τους επόμενους μήνες μετά την έξοδο των ασθενών από αυτή (11).

Συνεπώς, κρίνεται αδήριτη η ανάγκη της εκπόνησης μελετών που επικεντρώνονται στην διερεύνηση της επίπτωσης του Συνδρόμου μετά την ΜΕΘ στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών, στην εντόπιση των κύριων παραγόντων κινδύνου και στην ανίχνευση στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης του Συνδρόμου μετά την ΜΕΘ.

Στα πλαίσια αυτού, εκπονείται και η παρούσα ερευνητική διπλωματική εργασία, που έχει ως σκοπό την παρακολούθηση και καταγραφή των ψυχολογικών διαταραχών που αναπτύσσουν οι συγγενείς των ασθενών μετά την έξοδό τους από την ΜΕΘ καθώς και τις επιπτώσεις που έχουν αυτές στην ποιότητα ζωής έως και 3 μήνες μετά την έξοδο των νοσηλευόμενων από το νοσοκομείο.

1. Το Σύνδρομο Μετά την ΜΕΘ

1.1 Ορισμός του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ σε ασθενείς:

Είναι γεγονός ότι στις μέρες μας, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοτεχνολογίας, έχει συμβάλλει καθοριστικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και συνεπακόλουθα στην ελάττωση των ποσοστών θνησιμότητας σε ασθενείς - βαρέως πάσχοντες, οι οποίοι νοσηλεύονται σε σύγχρονες ΜΕΘ (12). Ωστόσο, η παρατεταμένη νοσηλεία στην ΜΕΘ δεν είναι άμοιρη επιπλοκών (3).

Το γεγονός λοιπόν, ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών καταφέρνει να επιβιώσει και να εξέλθει από τις ΜΕΘ, δημιουργήσε την ανάγκη να διερευνηθούν οι συνέπειες της μακροχρόνιας παραμονής τους σε αυτό το περιβάλλον (13-16). Ένα από τα βασικά ζητήματα που προέκυψαν στα πλαίσια αυτής της διερεύνησης ήταν και το Σύνδρομο μετά την ΜΕΘ (Post intensive care syndrome - PICS), το οποίο ορίζεται ως η παρουσία νέας ή επιδεινούμενης σωματικής, γνωσιακής ή ψυχικής διαταραχής σε ασθενή μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ (3-4).

Αν και η ακριβής επίπτωση του συνδρόμου μεταξύ των επιζώντων είναι άγνωστος, το 50% ή περισσότερο των ασθενών θα παρουσιάσουν κάποια από τις 3 συνιστώσες του PICS (γνωστική, ψυχιατρική και σωματική δυσλειτουργία) κάποια στιγμή μετά από την έξοδό τους από την ΜΕΘ (17-21).

Συνεπώς, το Σύνδρομο μετά την ΜΕΘ ορίζεται ως: α) η αιφνίδια εκδήλωση μυϊκής αδυναμίας της ΜΕΘ (Intensive care unit acquired weakness – ICUaW) λόγω παραμονής στην ΜΕΘ, ως β) η αιφνίδια εμφάνιση ή η επιδείνωση των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών του ασθενή ή γ) ως η αιφνίδια εγκατάσταση ή η επιδείνωση ψυχικών διαταραχών του ασθενή που νοσηλεύτηκε στην ΜΕΘ (1, 3-4, 22). Ο ορισμός του PICS αφορά στην εκδήλωση των διαταραχών τόσο μεμονωμένα, όσο και συνδυαστικά (1, 3-4).

1.2 Επίπτωση και παράγοντες κινδύνου του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ σε ασθενείς:

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, το PICS στις μέρες μας αποτελεί σοβαρό ζήτημα της δημόσιας υγείας, με επίπτωση που κυμαίνεται από το 25-75% των επιζώντων στις ΜΕΘ παγκοσμίως (3, 23).

Πιο συγκεκριμένα, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών εμφανίζονται περίπου στα 3/4 των επιζώντων στις ΜΕΘ (1, 19, 23-24). Για την εκδήλωση των γνωστικών αυτών δυσλειτουργιών έχουν ενοχοποιηθεί πολυάριθμοι παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το ιστορικό παραληρήματος στην ΜΕΘ, η οξεία δυσλειτουργία του εγκεφάλου στα πλαίσια εγκεφαλικού ή άλλης βλάβης, η καρδιακή ανακοπή, η καρδιοαναπνευστική ανακοπή και το ARDS (οξεία αναπνευστική δυσχέρεια), το ιστορικό αλκοολισμού, η σήψη, η αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και προϋπάρχοντα νευρολογικά ελλείμματα στα πλαίσια του γήρατος ή νευροεκφυλιστικού νοσήματος (23, 25-27).

Επιπλέον αυτών, ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής μετά την έξοδο από την ΜΕΘ, σύμφωνα με την τρέχουσα διεθνή βιβλιογραφία, κυμαίνεται από 1-62%, και εκδηλώνεται με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) (33, 28-29). Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών στα πλαίσια του PICS είναι οι ίδιοι που ισχύουν και για την γνωστική εξασθένηση, συμπεριλαμβανομένων και του γυναικείου φύλου, του χαμηλού κοινωνικο-μορφωτικού επιπέδου, την προϊούσας ψυχικής βλάβης και της κατάχρησης οπιοειδών εντός της ΜΕΘ (3, 20, 28-29).

Τέλος, αναφορικά στην νευρομυϊκή αδυναμία που εμφανίζεται αιφνίδια μετά από την νοσηλεία σε ΜΕΘ, στην βιβλιογραφία αναγράφεται ότι πρόκειται για την πλέον συχνή μορφή σωματικής βλάβης, που εμφανίζεται σε περισσότερο από το 25% των επιζώντων της ΜΕΘ παγκοσμίως (3, 23, 30). Στο σύνολό τους οι σωματικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά από την νοσηλεία στην ΜΕΘ περιλαμβάνουν την ανεπαρκή κινητικότητα, τις επαναλαμβανόμενες ατυχηματικές πτώσεις, την μυϊκή αδυναμία και εξασθένηση ή ακόμη και την τετραπάρεση (30-35).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται στενά με την ανάπτυξη νευρομυϊκής αδυναμίας κατόπιν νοσηλείας στην ΜΕΘ περιλαμβάνουν τον παρατεταμένο μηχανικό αερισμό, την σήψη, την πολυοργανική

ανεπάρκεια, καθώς και παρατεταμένη διάρκεια βαθιάς καταστολής, χορήγησης μυοχάλασης και ο μακροχρόνιος κλινοστατισμός (34).

1.3 Ορισμός του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή :

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, το Post Intensive Care Syndrome Family (PICS-F) ή αλλιώς το Σύνδρομο Μετά την ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή, αφορά στις ψυχικές επιπτώσεις που έχει στα μέλη της οικογένειας η νοσηλεία ενός συγγενή στην ΜΕΘ (3-4, 35).

Πιο αναλυτικά, το PICS-F αφορά στο σύνολο των χρόνιων και των οξέων ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε μέλη της οικογένειας κάποιου ασθενούς που νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ, και περιλαμβάνει τα συμπτώματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή στην ΜΕΘ, καθώς και εκείνα τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου (1, 3-4, 36).

Αν και το PICS-F δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στην βιβλιογραφία, έχει παρατηρηθεί ότι ποσοστό της τάξης του 30% των συγγενών ή των συνοδών-φροντιστών ασθενών που νοσηλεύονται ή νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ, βιώνουν άγχος, άγχος, κατάθλιψη και μη ανατασόμενη θλίψη (3, 36).

Με άλλα λόγια, όπως διατυπώνεται, η αιφνίδια έκπτωση γνωστικών λειτουργιών και το σύνολο των αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων όπως είναι το άγχος, η οξεία διαταραχή του στρες, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάθλιψη και το πένθος είναι οι έννοιες που ορίζουν το Σύνδρομο μετά τη ΜΕΘ στην Οικογένεια (PICS-F) (3-4, 36-37).

Η έννοια του PICS-F πρωτοεμφανίστηκε επίσημα το 2010 από την Ιατρική Κοινότητα Επείγουσας Ιατρικής (SCCM - Society of critical care medicine) στα πλαίσια μιας προσπάθειας για μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των συνεπειών που έχει η νοσηλεία στην ΜΕΘ για τα μέλη της οικογένειας του ασθενή (38). Αν και το PICS αφορά σε σωματικές, γνωσιακές και ψυχικές διαταραχές, το PICS-F επικεντρώνεται σε ψυχικές διαταραχές των συγγενών, οι οποίες πρωτοεμφανίστηκαν μετά από την παραμονή του αγαπημένου τους στην ΜΕΘ ή επιδεινώθηκαν (38).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι οι εν λόγω επιπλοκές δύναται να επηρεάσουν με την σειρά τους την λειτουργικότητα και την καθημερινότητα αυτών των ανθρώπων, με σημαντικές συνέπειες στην ζωή τους και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (37).

1.4 Επίπτωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:

Στην διεθνή βιβλιογραφία ανευρίσκονται λίγες μελέτες αναφορικά στην επίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου του PICS-F, με συνέπεια να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (3-4). Επιπλέον αυτού, το PICS-F υπο-διαγιγνώσκεται σε σημαντικό βαθμό με συνέπεια, αφενός η επίπτωση που καταγράφεται να είναι πλασματική και αφετέρου οι συγγενείς του νοσηλευθέντος να ταλαιπωρούνται ψυχικά χωρίς να λαμβάνουν την οποιαδήποτε εξειδικευμένη φροντίδα (38).

Πράγματι, πολλές μελέτες κάνουν λόγο για υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται ή νοσηλεύθηκαν πρόσφατα σε ΜΕΘ, αλλά σπάνια τα συμπτώματα αυτά τεκμηριώνονται ως PICS-F (3, 9).

Πιο αναλυτικά, όπως αναφέρεται και σε μια σειρά μελετών, οι οικογένειες και οι φίλοι ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ αντιμετωπίζουν δυσκολία στην διαχείριση της εμπειρίας αυτής, γεγονός που φαίνεται να έχει σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες στην καθημερινή ζωή αυτών των ανθρώπων (9, 38-39).

Πράγματι, η επίπτωση του άγχους στις οικογένειες των νοσηλευόμενων στις ΜΕΘ υπολογίζεται στο 10-75%, ενώ η επίπτωση του PTSD τεκμηριώνεται στο 8%-42% των οικογενειών και σε περισσότερο από 50%, όταν ο ασθενής που νοσηλεύεται ή νοσηλεύτηκε στην ΜΕΘ είναι παιδί (39).

Επιπλέον αυτού, στην βιβλιογραφία διατυπώνεται ότι τουλάχιστον το 1/3 των οικογενειών ασθενών που νοσηλεύονται ή που χρειάστηκε να νοσηλευτούν για κάποιο διάστημα της ζωής τους στην ΜΕΘ, λαμβάνουν αντι-καταθλιπτική ή/και αγχολυτική αγωγή για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών (38).

Οι ψυχικές επιπτώσεις του PICS-F, όπως ισχύει και για τους ίδιους τους επιζώντες από την ΜΕΘ, δύναται να παραμείνουν για πολλά χρόνια, επηρεάζοντας δυσμενώς την ζωή και την καθημερινότητα αυτών των ανθρώπων (39-42). Τέλος, σε αυτές τις

οικογένειες ο παρατεταμένος θρήνος και η παρατεταμένη μη ανατασσόμενη θλίψη είναι συχνά ευρήματα (41-42).

1.5 Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:

Στην διεθνή βιβλιογραφία ανευρίσκονται περιορισμένες μελέτες αναφορικά στους παράγοντες κινδύνου του PICS-F, με συνέπεια να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (3-4). Εντούτοις, σε μελέτη των Davidson και Maurene (2016) στους παράγοντες κινδύνου δύναται να συμπεριληφθούν η φτωχή ενημέρωση από το προσωπικό και η κακή συμπεριφορά που συχνά μπορεί να λαμβάνουν από ιατρούς και νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας οι συγγενείς (38).

Ακόμη, στην ίδια μελέτη, γίνεται λόγος για την επιβαρυντική δράση που έχουν για τους συγγενείς, η μη δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων αναφορικά στην θεραπεία του συγγενή τους μέσα στη ΜΕΘ, ο φόβος και η ανασφάλεια για την έκβαση, τα περιορισμένα επισκεπτήρια σε συνδυασμό με το αφιλόξενο περιβάλλον της ΜΕΘ και την βαριά κατάσταση του συγγενή τους, ο οποίος συχνά αδυνατεί να επικοινωνήσει με οποιοδήποτε τρόπο (36, 38).

Ακόμη, παράγοντες κινδύνου είναι και η αυξημένη διάρκεια της νοσηλείας του αγαπημένου προσώπου στην ΜΕΘ και ειδικά η νοσηλεία στην ΜΕΘ κάποιου παιδιού (27, 38). Τέλος, παράγων κινδύνου είναι και το ιστορικό προηγούμενης ψυχικής διαταραχής σύμφωνα με το icd-10 (4), αλλά και το γυναικείο φύλο (36).

1.6 Η κλινική εικόνα του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία το PICS-F παρουσιάζει κλινική εικόνα ενδεικτική έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών και ψυχικών διαταραχών (33, 36-38). Πράγματι, η κλινική εικόνα του PICS-F περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων και σημείων, τα οποία όταν συσσωρεύονται δύνανται να επηρεάσουν δυσμενώς την καθημερινότητα, την αυτονομία και την λειτουργικότητα των μελών μιας οικογένειας, με αντίκτυπο και στην σωματική τους υγεία και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (36).

Πιο αναλυτικά, έχει τεκμηριωθεί στην διεθνή βιβλιογραφία ότι τα συμπτώματα και τα σημεία των ψυχικών διαταραχών του του PICS-F εμπεριέχουν: α) άγχος, β) θλίψη και

γ) άσχημες-απαισιόδοξες σκέψεις, δ) αϋπνία, ε) εφιάλτες, στ) αναπάντεχες γενικευμένες φοβίες, ζ) κρίσεις πανικού (36).

Αντίστοιχα, τα συμπτώματα και τα σημεία των γνωσιακών διαταραχών του PICS-F εμπεριέχουν: α) απόσπαση προσοχής, β) δυσκολία συγκέντρωσης, γ) κενά μνήμης με τελικό αντίκτυπο στις σχέσεις και την καθημερινή αυτονομία (36, 38).

Τέλος, η ένταση των σημείων και των συμπτωμάτων του PICS-F ποικίλλει σημαντικά, με συνέπεια η τροχιά του συνδρόμου να κυμαίνεται και η διάγνωσή του συχνά να καθίσταται δύσκολα (36). Τα οξεία συμπτώματα του PICS-F μπορεί να διαρκέσουν για μήνες, ακόμη και χρόνια. Ακριβέστερα, τα δεδομένα μελετών της βιβλιογραφίας αναφορικά στο PICS-F, δείχνουν ότι τα συμπτώματα μπορούν να παραμείνουν ως και για 8 χρόνια μετά από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ (36, 38).

1.7 Η έγκαιρη διάγνωση του Συνδρόμου μετά τη ΜΕΘ στην οικογένεια του ασθενή:

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, η έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων ψυχικής νόσου σε συγγενείς ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του PICS-F και την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση της λειτουργικότητας αυτών των ανθρώπων (38, 43-44).

Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση προϋποθέτει την επαγρύπνηση των νοσηλευτών και των γιατρών στις ΜΕΘ και φυσικά την διάθεσή τους να παράσχουν βοήθεια όχι μόνο στον ασθενή που νοσηλεύεται ή νοσηλεύτηκε, αλλά και στο οικογενειακό του πλαίσιο (43).

Σύμφωνα με πρόσφατες δημοσιεύσεις, είναι εξαιρετικά σημαντικό οι νοσηλευτές της ΜΕΘ να παρέχουν στο οικογενειακό και υποστηρικτικό δίκτυο των ασθενών που νοσηλεύονται, τόσο κατά την περίοδο της νοσηλείας, όσο και κατά την έξοδο από την ΜΕΘ, ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ψυχικής τους κατάστασης (43). Με αυτό τον τρόπο μπορεί να πραγματοποιηθεί αξιόπιστα και έγκαιρα η διάγνωση συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και να παρασχεθεί άμεσα η κατάλληλη εξειδικευμένη βοήθεια και ενδεχομένως φαρμακευτική θεραπεία (38, 43-44).

Το παρόν είναι ακόμα πιο κρίσιμο σε γονείς παιδιών και νεογνών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, οι οποίοι αγγίζουν πολύ πιο υψηλά ποσοστά PICS-F σε σύγκριση με άλλα μέλη της οικογένειας νοσηλευόμενων στην ΜΕΘ ασθενών (38-44).

Στην κλινική πράξη λοιπόν, τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται από το προσωπικό των ΜΕΘ, αλλά και από το προσωπικό δομών ψυχικής υγιεινής ερωτηματολόγια όπως τα: α) Hospital Anxiety and Depression Score (HADS), β) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) και γ) Check List-Civilian (PCL-C) για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση ψυχικών διαταραχών στους συγγενείς των νοσηλευόμενων στις ΜΕΘ (43-44).

Ακριβέστερα, τα ερωτηματολόγια αυτά συμπληρώνονται σε διάστημα 3 μηνών από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ, και ξανά στους 12 μήνες, προκειμένου να επιτευχθεί follow-up (44). Ανάλογο σκοπό έχει και η παρούσα ερευνητική, διπλωματική εργασία, η οποία προσεγγίζει την πρωτόλεια σχεδόν για τα ελληνικά δεδομένα έννοια του PICS-F.

Τέλος, η έγκαιρη διάγνωση του PICS-F είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπευτική διαχείριση των συγγενών ασθενούς ο οποίος νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα θρήνου, άγχους και κατάθλιψης δεν περιορίζονται με την πάροδο του χρόνου και είναι ανάλογα με τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζουν συγγενείς ασθενών που έχουν αποβιώσει (38,40-41,43).

2. Ψυχική υγεία και Ποιότητα ζωής συγγενών ασθενών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ

2.1 Το PICS-F και η επιρροή του στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής:

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία το PICS-F αφορά στο σύνολο των χρόνιων και των οξέων ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε μέλη της οικογένειας κάποιου ασθενούς που νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ, και περιλαμβάνει τα συμπτώματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή στην ΜΕΘ, καθώς και εκείνα τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου (1, 3-4, 36).

Για την κατανόηση της βαρύτητας και των συνεπειών του PICS-F, παράλληλα με την διερεύνηση της επίπτωσής του, κρίνεται δόκιμο στην παρούσα ερευνητική διπλωματική εργασία, να αναλυθεί η έννοια της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου, καθώς και η έννοια της ποιότητας ζωής.

2.2 Ορισμός ψυχικής υγείας:

Με τον όρο «ψυχική υγεία» γίνεται λόγος για την κατάσταση της ψυχολογικής ευεξίας ή στην απουσία ψυχικής νόσου. Συνεπώς, η ψυχική υγεία είναι η «ψυχολογική κατάσταση κάποιου ατόμου που λειτουργεί σε ικανοποιητικό επίπεδο τόσο συναισθηματικής, όσο και συμπεριφορικής προσαρμογής» (45).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία εννοιολογικά σαν ορισμός εμπεριέχει μεταξύ άλλων, και την υποκειμενική ευεξία, δηλαδή, το πώς αντιλαμβάνεται ο καθένας από εμάς την λειτουργικότητά του, την αυτονομία, την επάρκεια, τη διαγενεακή στήριξη και την αυτοπραγμάτωση του, σε συνάρτηση με το διανοητικό και συναισθηματικό δυναμικό του (46).

Με άλλα λόγια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει ότι η ευεξία του κάθε ατόμου, αφορά στην υποκειμενική συνειδητοποίηση των ικανοτήτων του, στην ικανότητά του να ανταπεξέρχεται στα φυσιολογικά στρεσογόνα ερεθίσματα της καθημερινής ζωής, στη παραγωγική εργασία αλλά και στην προσφορά του ατόμου στην κοινότητα (46-47).

2.3 Ορισμός ψυχικής νόσου:

Στην διεθνή βιβλιογραφία, δημοσιεύεται πληθώρα επιδημιολογικών ερευνών οι οποίες υποδεικνύουν ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι καθόλου σπάνιες στον γενικό πληθυσμό (45). Πράγματι, τα ψυχικά νοσήματα φαίνεται να εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις κακοήθειες, το σακχαρώδη διαβήτη ή τις καρδιαγγειακές νόσους. Για την ακρίβεια, έχει υπολογισθεί από επιδημιολόγους ότι περισσότερο από το 26% των ενήλικων πολιτών των ΗΠΑ πληροί τα κριτήρια διάγνωσης ψυχικής νόσου, ποσοστό δε, διόλου ευκαταφρόνητο (47).

Πιο αναλυτικά, ορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα που συλλέγει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υποδεικνύουν ότι περίπου ο μισός πληθυσμός της Γης, εμφανίζει ψυχικές βλάβες, οι οποίες έχουν άμεσα αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του, στις σχέσεις του και στην λειτουργικότητά του σε καθημερινή βάση (45).

Μάλιστα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι διαταραχές αυτές που βλάπτουν την συναισθηματική υγεία του ατόμου, μπορεί έχουν και αντίκτυπο στην σωματική του υγεία. Παράλληλα, η ανεπαρκής ψυχική υγεία του ατόμου, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πολλών διαφορετικών προβλημάτων, περιλαμβανομένης της αντι-κοινωνικότητας, της κοινωνικής απόσυρσης ή και της βιαιοπραγίας (45).

Συνεπώς, η ψυχική νόσος μπορεί να οριστεί ως μια ιατρική διαταραχή, της οποίας οι εκδηλώσεις είναι κυρίως σημεία ή συμπτώματα ψυχολογικής (συμπεριφοριστικής) φύσης ή αν είναι σωματικά, μπορούν να γίνουν κατανοητά μόνο με τη χρήση ψυχολογικών εννοιών (48).

Το παρόν υποδεικνύει ότι είναι δύσκολη η τεκμηριωμένη διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, και ως εκ τούτου, κρίνεται δόκιμο το ότι έχουν θεσπιστεί διαγνωστικά κριτήρια για την παροχή επαρκών αποδεικτικών στοιχείων (45). Επομένως, για να τεθεί η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής, ο ασθενής θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια των διαγνωστικών αυτών συστημάτων (45, 48). Καθένα από τα κριτήρια ακολουθεί με εξήγηση των βασικών εννοιών. Τα κριτήρια δε αυτά, ανήκουν στο σύγχρονο συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM-5.

2.4 Ορισμός της ποιότητας ζωής:

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η «ποιότητα ζωής» συνιστά ένα σύμπλεγμα από παραμέτρους, που ταξινομούνται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις: α) την σωματική ευεξία, β) την ψυχική ευεξία, και τέλος γ) την κοινωνική ευεξία (49).

Πιο αναλυτικά, η σωματική ευεξία είναι ο τομέας εκείνος που αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την ατομική του υγεία, και περιλαμβάνει παραμέτρους όπως: η νοσηρότητα, ο πόνος, και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας (49). Από την άλλη, στην διάσταση που ορίζεται ως ψυχική ευεξία, αξιολογείται η ψυχο-συναισθηματική προσαρμοστικότητα ενός ατόμου, με παραμέτρους όπως είναι: η αυτοεκτίμηση, η ψυχική ευεξία, η συνολική ικανοποίηση, το άγχος και η κατάθλιψη (46, 49).

Τέλος, η διάσταση της κοινωνικής ευεξίας αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από την ίδια του την ζωή, μέσα από επιμέρους παραμέτρους, όπως είναι η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, οι διαπροσωπικές του σχέσεις, η κοινωνική στήριξη που δέχεται και συνολικά οι κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις (49). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής διενεργείται συνοπτικά με την χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, όπως και στην παρούσα μελέτη.

2.5 Ημερολόγια συναισθημάτων από συγγενείς ασθενών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ:

Οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται ή νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ, βιώνουν έντονο στρες και συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, η θλίψη και η ανασφάλεια που σε βάθος επηρεάζουν την ψυχική τους κατάσταση και ποιότητα της ζωής τους (36, 50). Η καταγραφή των σκέψεων και των συναισθημάτων τους σε ειδικά ημερολόγια, αποτελεί μια μέθοδο ψυχολογικής υποστήριξης και συναισθηματικής υποβοήθειας, που παράλληλα υποδεικνύει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (50).

Τα ερωτηματολόγια της ΜΕΘ δεν γράφονται αποκλειστικά από ένα άτομο, αλλά αντίθετα, υπάρχει ένα ερωτηματολόγιο για κάθε ασθενή, στο οποίο γράφουν σε καθημερινή βάση οι συγγενείς που προσέρχονται και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που αναλαμβάνει την παροχή φροντίδας υγείας (50).

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, συγγενείς ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ, οι οποίοι έγραψαν ή ακόμη απλά διάβασαν ημερολόγιο για την ΜΕΘ, ανέφεραν ότι τα ημερολόγια ήταν σημαντικά για την ενίσχυση της

πρόσβασης και της αφομοίωσης των ιατρικών πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή, με συνέπεια τον περιορισμό της ανασφάλειας και του φόβου που βίωναν (50).

Επιπλέον αυτού, οι συγγενείς ανέφεραν ότι τα ημερολόγια της ΜΕΘ χρησίμευσαν ως διάυλος επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής τους, και τους βοήθησαν να αντιμετωπίσουν συντριπτικές συναισθηματικές εμπειρίες (51).

Επί της ουσίας, γράφοντας και διαβάζοντας τα ημερολόγια, τα μέλη της οικογένειας μπορούσαν να τεκμηριώσουν την παρουσία τους στο πλάι του ασθενούς, να εκφράσουν την αγάπη και την ανησυχία τους, να εμπιστευτούν τα οικεία συναισθήματά τους και να αγωνιστούν να διατηρήσουν την ελπίδα (50-51).

Η ανάγνωση του ημερολογίου έκανε επίσης τους συγγενείς να γνωρίζουν ότι το προσωπικό θεωρούσε τους ασθενείς ως ζωντανό άνθρωπο και ο χρόνος που αφιέρωναν οι νοσηλευτές και οι ιατροί στο ημερολόγιο, θεωρήθηκε από την οικογένεια ως ένδειξη σκέψης, συναισθηματικής εμπλοκής και ενσυναίσθησης (51).

Ανάλογα συναισθήματα εντοπίστηκαν σε ημερολόγια που συμπληρώθηκαν ακόμη και για ασθενείς που τελικά απεβίωσαν στην ΜΕΘ (52). Η χρήση των ημερολογίων φάνηκε να βοηθάει τους συγγενείς να μοιράζονται τα συναισθήματά τους ώστε να ξεπεραστεί ο θρήνος που βιώνουν για την απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου (50, 52).

2.6 PICS-F και διαταραχή ψυχικής κατάστασης και ποιότητας ζωής των συγγενών ασθενών με νοσηλεία στην ΜΕΘ:

Είναι γεγονός η νοσηλεία ενός συγγενικού προσώπου στην ΜΕΘ είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση για την υπόλοιπη οικογένεια (36, 39, 50). Οι συγγενείς βιώνουν έντονο άγχος, θλίψη, φόβο και ανησυχία για όλο το διάστημα που το αγαπημένο τους πρόσωπο νοσηλεύεται στην ΜΕΘ (50). Ωστόσο, τα συναισθήματα αυτά δεν φαίνεται να περιορίζονται μετά από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ (50, 52). Αντίθετα, τα συναισθήματα παραμένουν ή και επιδεινώνονται οι αρνητικές σκέψεις ορισμένες φορές, καθώς οι συγγενείς τείνουν να φοβούνται υποτροπή της κατάστασης του ασθενούς, αδυναμία να τους φροντίσουν κατάλληλα και έντονη θλίψη (36, 53).

Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα, λειτουργούν συσσωρευτικά με συνέπεια οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται ή νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ να εκδηλώνουν διαταραχές της ψυχικής τους υγείας και της ποιότητας της ζωής τους (53). Αυτές μάλιστα οι αρνητικές συνέπειες στα πλαίσια του Συνδρόμου PICS-F δεν φαίνεται να έχουν μικρή διάρκεια, αλλά αντίθετα παρατείνονται σε βάθος ακόμη και ολόκληρου έτους μετά από το εξιτήριο του ασθενή από την ΜΕΘ (36, 50, 53).

Σχετικά με την ψυχική υγεία, οι συγγενείς χαρακτηριστικά αναφέρουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θλίψη, άγχος, απόσυρση, ματαιώση και φόβο τα οποία μπορεί και να οδηγούν κατά DSM στην διάγνωση: α) Μετα-τραυματικού στρες, β) αγχώδους διαταραχής ή και γ) κατάθλιψης (39, 53).

Επιπλέον, αναφορικά στην ποιότητα ζωής, τόσο στην άμεση περίοδο μετά το εξιτήριο, όσο και αρκετά μεταγενέστερα (μισό ή κι ένα ολόκληρο χρόνο μετά) οι συγγενείς τείνουν να αναφέρουν απροσεξία, διαταραχές συγκέντρωσης, διαταραχές της ποιότητας ή της ποσότητας του ύπνου, σεξουαλικές διαταραχές, κοινωνική απομόνωση και αποστασιοποίηση και μειωμένη εργασιακή απόδοση (53).

Συνεπακόλουθα, το PICS-F φαίνεται να επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των συγγενών ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ (36, 39). Οι συγγενείς αρκετά συχνά, χρήζουν ιατρικής βοήθειας ή και χορήγησης αντικαταθλιπτικής αγωγής προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες μέχρι να ανακάμψουν (53).

2.7 Ερωτηματολόγια HADS και SF36:

Είναι σημαντικό να διενεργείται ανά τακτά διαστήματα αξιολόγηση της κατάστασης της ψυχικής υγείας τόσο των ασθενών, όσο και των συγγενών τους μετά από την εισαγωγή σε ΜΕΘ. Στα πλαίσια αυτού, συχνά επιστρατεύεται, όπως και στην παρούσα μελέτη το ερωτηματολόγιο HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale) αλλά και το ερωτηματολόγιο SF36 (39, 53).

Το ερωτηματολόγιο HADS επικεντρώνεται στις ανάγκες και την ψυχική κατάσταση των νοσηλευόμενων και αποτελείται από 14 ερωτήσεις που εκτιμούν με αξιοπιστία το αν ο νοσηλευόμενος παρουσιάζει άγχος, ή κατάθλιψη (53, 57). Το ερωτηματολόγιο HADS εμφανίζει υψηλές τιμές, τόσο στο δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α

(από 0,870 έως 0,885), όσο και στις συσχετίσεις λημμάτων-κλίμακας, από 0,608 έως 0,762 για τα λήμματα άγχους και από 0,540 έως 0,804 για τα λήμματα της κατάθλιψης (57).

Αντίστοιχα, το ερωτηματολόγιο SF36 αξιοποιείται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής παρά την νοσηλεία. Όπως και η κλίμακα HADS έχει ήδη μεταφραστεί στα ελληνικά από ομάδα Ελλήνων ερευνητών (ψυχιάτρων και κοινωνιολόγων) και μελετηθεί για την αξιοπιστία του (58). Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο SF36 δομείται από οχτώ επιμέρους εδάφια και χαρακτηρίζεται ως αξιόπιστο, δεδομένου ότι έχει δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α από 0,79 ως 0,95 (58).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Ερευνητική Υπόθεση και Σκοπός

3.1 Υπόθεση της μελέτης:

Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς που επιβιώνουν από μία κρίσιμη ασθένεια αντιμετωπίζουν σοβαρές γνωσιακές, ψυχολογικές και λειτουργικές διαταραχές με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Το παρόν φαινόμενο είναι γνωστό με τον όρο PICS (1, 3).

Αν και το κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται κατά κανόνα στους ασθενείς που εξήλθαν από την ΜΕΘ και εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα PICS, έχει πλέον τεκμηριωθεί ότι ανάλογες επιπτώσεις βαραίνουν και το οικογενειακό περιβάλλον αυτών των ασθενών (3-4).

Πράγματι, στα πλαίσια του PICS-F, αρκετά συχνά τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενή που νοσηλεύθηκε για κάποια περίοδο της ζωής του στην ΜΕΘ εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα νέων ή και επιδεινούμενων γνωσιακών και ψυχικών δυσλειτουργιών, που με την σειρά τους μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην σωματική τους υγεία, στην λειτουργικότητά τους, στην δουλειά και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (3-4, 36, 38, 43).

Στην παρούσα ερευνητική διπλωματική εργασία, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η διερεύνηση της ψυχικής και πνευματικής υγείας των συγγενών ασθενών οι οποίοι έλαβαν εξιτήριο από την ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» θα είναι επηρεασμένη από την δύσκολη αυτή εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι θα καταγραφούν μέσω ερωτηματολογίου στους συγγενείς, αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης καθώς και σημαντική αρνητική επίπτωση στη ποιότητα ζωής για διάστημα ως και 3 μηνών από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ του νοσοκομείου.

3.2 Σκοπός μελέτης:

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής εργασίας ήταν η παρακολούθηση και η καταγραφή των ψυχικών διαταραχών που αναπτύσσουν οι συγγενείς των ασθενών μετά την έξοδό τους από την ΜΕΘ, καθώς και η παρακολούθηση και η τεκμηρίωση των επιπτώσεων που έχουν αυτές οι ψυχικές διαταραχές, στην ποιότητα ζωής τους, για διάστημα έως και τριών μηνών μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

3.3 Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

Ως επιμέρους στόχοι-ερευνητικά ερωτήματα ορίσθηκαν:

- Η καταγραφή μέσω ερωτηματολογίου των αποτελεσμάτων αναφορικά στην ψυχική υγεία των συγγενών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ κατά την περίοδο της νοσηλείας αλλά και σε διάστημα 3 μηνών μετά από το εξιτήριο.
- Η καταγραφή μέσω ερωτηματολογίου των επιπτώσεων που είχαν οι ψυχικές διαταραχές στην λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής των συγγενών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ, κατά την περίοδο της νοσηλείας αλλά και σε διάστημα 3 μηνών μετά από το εξιτήριο.
- Η διατύπωση προτάσεων και η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αναφορικά στο PICS-F.

4. Μεθοδολογία

4.1 Είδος της έρευνας:

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία συνιστά μια προοπτική μελέτη η οποία βασίζεται στην συλλογή υποκειμενικών στοιχείων, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου από τους συγγενείς ασθενών που χρειάστηκε να νοσηλευτούν στην ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» της Α ΥΠΕ Αττικής . Η μελέτη διήρκησε συνολικά 6 μήνες, και με το πέρας της συλλογής δεδομένων, ακολούθησε στατιστική ανάλυση με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

Η αναγκαιότητα της διερεύνησης των ψυχικών βλαβών που παρουσιάζουν οι συγγενείς ασθενών που έλαβαν εξιτήριο από την ΜΕΘ, συνίσταται στη διερεύνηση της επίπτωσης και της συνέπειας του PICS-F αντίστοιχα στην καθημερινότητα και στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών, σε διάστημα 3 μηνών μετά από το εξιτήριο.

Παράλληλα, μέσα από την διερεύνηση των συμπτωμάτων PICS-F σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ πριν από 3 μήνες, είναι ευκαιρία να τεθούν και στα ελληνικά νοσοκομεία οι βάσεις για την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση ατόμων που εκδηλώνουν PICS-F.

4.2 Στρατηγική της έρευνας

Η τρέχουσα προοπτική μελέτη παρουσιάζει την εξής μεθοδολογία με τα παρακάτω επιμέρους στάδια:

1. Ανάλυση για την υιοθέτηση συγκεκριμένης μεθοδολογίας για την διεξαγωγή της έρευνας:
 - Προσδιορισμός της ταυτότητας της έρευνας-προοπτική μελέτη.
 - Προσδιορισμός του δείγματος της έρευνας- ασθενείς και συγγενείς ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός» και έλαβαν εξιτήριο πριν από 3 μήνες.
 - Σύνταξη και κατάθεση του ερευνητικού πρωτοκόλλου στο Νοσοκομείο.

- Επικοινωνία με τον υπεύθυνο του Γραφείου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας-λήψη έγκρισης για την διεξαγωγή της έρευνας.
 - Συλλογή δεδομένων από τους συμμετέχοντες κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσης.
2. Συλλογή των ερωτηματολογίων
 3. Καταγραφή των αποτελεσμάτων
 4. Στατιστική Ανάλυση με το SPSS 22.0
 5. Σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά που ανευρίσκονται στην διεθνή βιβλιογραφία
 6. Διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων βάσει σύγκρισης βιβλιογραφίας και αποτελεσμάτων εμπειρικής έρευνας

4.3 Διαδικασία επιλογής δείγματος:

Η διαδικασία επιλογής δείγματος αφορούσε στην διατύπωση των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού ατόμων στην παρούσα μελέτη. Πιο αναλυτικά, ως Κριτήριο εισαγωγής ορίσθηκαν τα εξής:

- Οι ενήλικες κοντινοί συγγενείς των συμπεριληφθέντων στην έρευνα ασθενών οι οποίοι έλαβαν εξιτήριο από την ΜΕΘ.

Ως Κριτήριο αποκλεισμού ορίσθηκαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά των ασθενών:

- Ηλικία < 18 έτη
- Νόσος τελικού σταδίου
- Ασθενείς προερχόμενοι από άλλα ΜΕΘ
- Ασθενείς που μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ επανεισαχθήκαν σε αυτή.
- Εγκεφαλικός θάνατος
- Άρνηση
- Ψυχασθένεια

Για όλους τους ασθενείς των συγγενών που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη καταγράφονται από τον ηλεκτρονικό τους φάκελο: δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία), έτη εκπαίδευσης, αίτιο εισαγωγής στη ΜΕΘ, συνοδά νοσήματα (αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, υπερ/υποθυρεοειδισμός, ψυχική νόσος, χρόνια χρήση νικοτίνης,

κακοήθεια) καθώς και ο βαθμός βαρύτητας των ασθενών, που υπολογίστηκε με τις κλίμακες SOFA και APACHE II την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ.

Το SOFA αποτελεί ένα σκορ εκτίμησης της πολυοργανικής ανεπάρκειας. Αξιολογεί 6 συστήματα (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, πήξη, κεντρικό νευρικό, νεφρική λειτουργία, ηπατική λειτουργία). Η βαθμολόγηση των συστημάτων γίνεται με κλίμακα από το 0 έως το 4, όπου το 0 αντανακλά φυσιολογική λειτουργικότητα και 4 πλήρη οργανική ανεπάρκεια. Οι βαθμοί αθροίζονται δίνοντας τελικό score με τιμές από 0 έως 24 (54).

Το APACHE II είναι ένα προγνωστικό score που εκτιμά την πιθανότητα θανάτου κατά την εισαγωγή. Με βάση έναν αλγόριθμο που περιλαμβάνει την ηλικία, την κλίμακα Γλασκόβης, τις οξείες διαταραχές (αναπνευστικές, βιοχημικές και αιματολογικές) του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ καθώς και τη χρόνια σοβαρή ανεπάρκεια οργάνων υπολογίζεται η πιθανότητα θανάτου κατά τη διάρκεια της παρούσας νοσηλείας στη ΜΕΘ (55).

4.4 Υλικό της έρευνας- Ερωτηματολόγιο

Στην παρούσα προοπτική μελέτη, πέρα από την συλλογή δεδομένων από τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προκειμένου να εκτιμηθούν οι τυχόν ψυχικές διαταραχές και η ποιότητα ζωής των φροντιστών τους.

Το ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη δεν συντάχθηκε de novo από τους ερευνητές. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν έτοιμα ερωτηματολόγια, κατόπιν άδειας από τους συντάκτες τους (HADS & SF36). Τα ερωτηματολόγια έχουν ήδη μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί με μελέτες όπου είχαν συντελεστή εσωτερικής συνέπειας άνωθεν του κριτηρίου 0,7 σε όλες τις συσχετίσεις. Ως εκ τούτου, θεωρούνται αξιόπιστα για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των συγγενών ασθενών, και πλήρως επικεντρωμένα στο ερευνητικό ερώτημα της τρέχουσας μεταπτυχιακής εργασίας.

4.5 Πληθυσμός της έρευνας:

Στην παρούσα προοπτική μελέτη συμπεριλαμβάνονται συνολικά 24 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ.

4.6 Τεχνικές ανάλυσης των αποτελεσμάτων:

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας διπλωματικής εργασίας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation= SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση των βαθμολογιών άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon signed test. Για τη σύγκριση των διαστάσεων ποιότητας ζωής μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test.

Η συσχέτιση της μεταβολής των βαθμολογιών άγχους και κατάθλιψης καθώς των βαθμολογιών ποιότητας ζωής ασθενών/φροντιστών στο χρόνο παρακολούθησης με τα δημογραφικά και κλινικά τους στοιχεία ελέγχθηκε με τη χρήση μονοπαραγοντικών μεικτών γραμμικών μοντέλων (linear mixed models) από τα οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors= SE).

Με την ίδια ανάλυση ελέγχθηκαν και οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των βαθμολογιών άγχους και κατάθλιψης και των βαθμολογιών ποιότητας ζωής φροντιστών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

4.7 Ηθική και Δεοντολογία της έρευνας:

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με απόλυτο σεβασμό στην σωματική, ψυχική και πνευματική ακεραιότητα των συμμετεχόντων εθελοντών ασθενών και των συγγενών τους, στην υγεία τους, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στην προσωπική τους αυτονομία.

Οι ερευνητές σεβάστηκαν και διαφύλαξαν την πνευματική ιδιοκτησία, τα προσωπικά δεδομένα και την ιδιωτική και οικογενειακή ζωή των συμμετεχόντων ασθενών και των οικογενειών τους, αναγνωρίζοντας τα παραπάνω ως αξίες και βασικές αρχές της ερευνητικής διαδικασίας.

Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα σεβάστηκε απόλυτα τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, την επιστημονική αλήθεια, και την ακαδημαϊκή ελευθερία. Τέλος, κατά την διάρκεια της έρευνας αποφεύχθηκε κάθε μορφή διάκρισης μεταξύ των

συμμετεχόντων, και παρασχέθηκε σε όλους η βέλτιστη φροντίδα υγείας από όλους τους επαγγελματίες υγείας.

5. Αποτελέσματα

5.1 Αποτελέσματα αναφορικά με τους ασθενείς:

Το δείγμα στην αρχή της έρευνας αποτελούταν από 24 ασθενείς με μέση ηλικία τα 58 έτη ($SD=18,1$ έτη), δημογραφικά στοιχεία των οποίων καθώς και στοιχεία από το ιστορικό τους δίνονται στον πίνακα 1.

Το 54,2% των ασθενών ήταν άντρες και το 33,3% ήταν καπνιστές. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν σε μη χειρουργική κατηγορία κατά την εισαγωγή, με το ποσοστό να είναι 58,3% και πιο αναλυτικά το 29,2% είχε κάποιο νευρολογικό θέμα και το 25,0% είχε κάποιο τραύμα. Το 75,0% των ασθενών είχε κάποια συνυπάρχουσα νόσο, με την πλειονότητα να έχει κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, σε ποσοστό 58,3%.

5.2 Αποτελέσματα αναφορικά με τους συγγενείς των ασθενών της μελέτης:

Στην παρούσα μελέτη συμμετέχουν συνολικά 24 συγγενείς ή αλλιώς φροντιστές ασθενών. Το δένδροδιάγραμμα της μελέτης παρουσιάζεται στην εικόνα 1. Τα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν τα 52,5 έτη ($SD=13,5$ έτη) και το 70,8% ήταν γυναίκες. Ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης ήταν 11,9 έτη ($SD=3,7$ έτη) και το 66,7% των φροντιστών εργάζονταν. Η πλειονότητα των φροντιστών ήταν σύζυγοι των ασθενών, με το ποσοστό να είναι 37,5%. Επιπροσθέτως, το 37,5% των φροντιστών δεν είχε κανένα συνοδό νόσημα και το 33,3% ήταν καπνιστές. Μέτρια ήταν η οικονομική κατάσταση του 54,2% των συμμετεχόντων.

Εικόνα 1: Δενδροδιάγραμμα μελέτης.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών.

Ηλικία, μέση τιμή (SD)		58 (18,1)	
SOFA, μέση τιμή (SD)		6,3 (3,4)	
APACHE II, μέση τιμή (SD)		15,2 (6)	
APACHE II (%), μέση τιμή (SD)		24,5 (30,6)	
Διάρκεια παραμονής Νοσοκομείο μέση τιμή (SD)		10,5 (7,6)	
Έκβαση ασθενούς στην έξοδο από Νοσοκομείο	Θάνατος ή επανεισαγωγή στη ΜΕΘ (%)	10 (42)	
	Έξοδος (σπίτι ή κέντρο αποκατάστασης) (%)	14 (58)	
		N	%
Φύλο	Άντρες	13	54,2
	Γυναίκες	11	45,8
Καπνιστής	Όχι	16	66,7
	Ναι	8	33,3
Διαγνωστική κατηγορία κατά την εισαγωγή (Χειρουργική - μη Χειρουργική)	Χειρουργική	10	41,7
	Μη χειρουργική	14	58,3
Διαγνωστική κατηγορία κατά την εισαγωγή	Καρδιαγγειακή	4	16,7
	Αναπνευστική	3	12,5
	Γαστρεντερολογική ή	1	4,2
	Νευρολογική	7	29,2
	Σήψη	1	4,2
	Τραύμα	6	25,0
	Μεταβολική	0	0,0
	Αιματολογική	2	8,3
	Νεφρική	0	0,0
	Γυναικολογική	0	0,0
	Ορθοπαιδική	0	0,0
Συνυπάρχουσες νόσοι	Όχι	6	25,0
	Ναι	18	75,0
Αν ναι, τι	Αναπνευστική	4	16,7
	Καρδιαγγειακή	14	58,3
	Διαβήτης	4	16,7
	Ψυχιατρική	2	8,3
	Αιματολογική	2	8,3
	Κακοήθεια	5	20,8
	Ηπατική	3	12,5
	Νεφρική	0	0,0
	Νευρομυϊκή	4	16,7

	Γαστρεντερική	3	12,5
--	---------------	---	------

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία συγγενών-φροντιστών

Ηλικία άμεσου φροντιστή, μέση τιμή (SD)		52,5 (13,5)	
Έτη εκπαίδευσης, μέση τιμή (SD)		11,9 (3,7)	
		N	%
Φύλο άμεσα φροντιστή	Άνδρας	7	29,2
	Γυναίκα	17	70,8
Εργασία	Όχι	8	33,3
	Ναι	16	66,7
Εργασία φροντιστή 3 μήνες μετά	Όχι	8	33,3
	Ναι	16	66,7
Είδος συγγένειας	Γονέας	3	12,5
	Κόρη/ Γιός	6	25,0
	Αδερφός/η	4	16,7
	Σύζυγος	9	37,5
	Σύντροφος	1	4,2
	>3ου βαθμού συγγένεια	1	4,2
Συνοδά νοσήματα	Κανένα	9	37,5
	Ψυχιατρικά	1	4,2
	Κακοήθεια	0	0,0
	Αναπνευστικά	1	4,2
	Καρδιαγγειακά	3	12,5
	Διαβήτης	1	4,2
	Αιματολογικά	0	0,0
	Ηπατικά	0	0,0
	Νεφρικά	0	0,0
	Νευρομυικά	0	0,0
	Γαστρεντερικά	1	4,2
	Άλλα	0	0,0
Καπνιστής		8	33,3
Οικονομική κατάσταση	Καλή	8	33,3
	Μέτρια	13	54,2
	Κακή	3	12,5

5.3 Αξιολόγηση ψυχικής υγείας συγγενών των ασθενών της μελέτης:

Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης της οικογένειας μετρήθηκε πριν την είσοδο στη ΜΕΘ με ανάκληση μνήμης, στην έξοδο από ΜΕΘ, στην έξοδο από Νοσοκομείο και 3 μήνες μετά την έξοδο από Νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο HADS και οι συγκρίσεις μεταξύ των χρονικών στιγμών παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

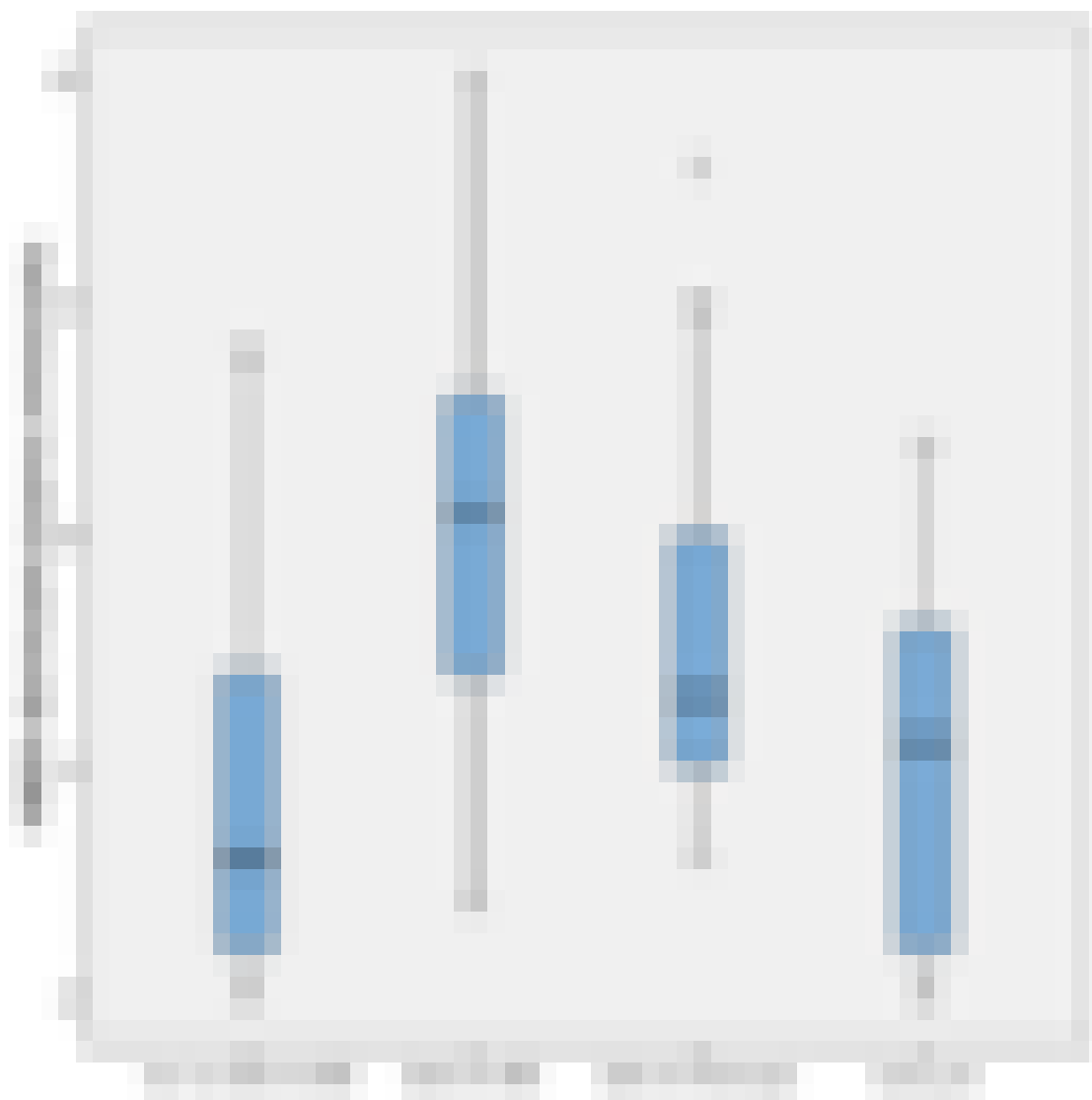
Το άγχος ήταν σημαντικά υψηλότερο στην έξοδο από τη ΜΕΘ σε σύγκριση με πριν την είσοδο σε αυτήν. Στην έξοδο από το νοσοκομείο είχε μειωθεί σημαντικά το άγχος σε σχέση με την έξοδο από τη ΜΕΘ, ωστόσο παρέμενε σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από αυτά που ήταν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ. Στους 3 μήνες, τα συμπτώματα άγχους ήταν σημαντικά χαμηλότερα από αυτά στην έξοδο από τη ΜΕΘ και στην έξοδο από το νοσοκομείο και έφταναν σε παρόμοια επίπεδα με αυτά που είχαν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ.

Η κατάθλιψη ήταν σημαντικά υψηλότερη στην έξοδο από τη ΜΕΘ σε σύγκριση με πριν την είσοδο σε αυτήν. Στην έξοδο από το νοσοκομείο είχε μειωθεί σημαντικά σε σχέση με την έξοδο από τη ΜΕΘ, ωστόσο παρέμενε σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από αυτά που ήταν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ. Στους 3 μήνες, τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερα από αυτά στην έξοδο από τη ΜΕΘ και στην έξοδο από το νοσοκομείο και αλλά εξακολουθούσαν να είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά που είχαν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ.

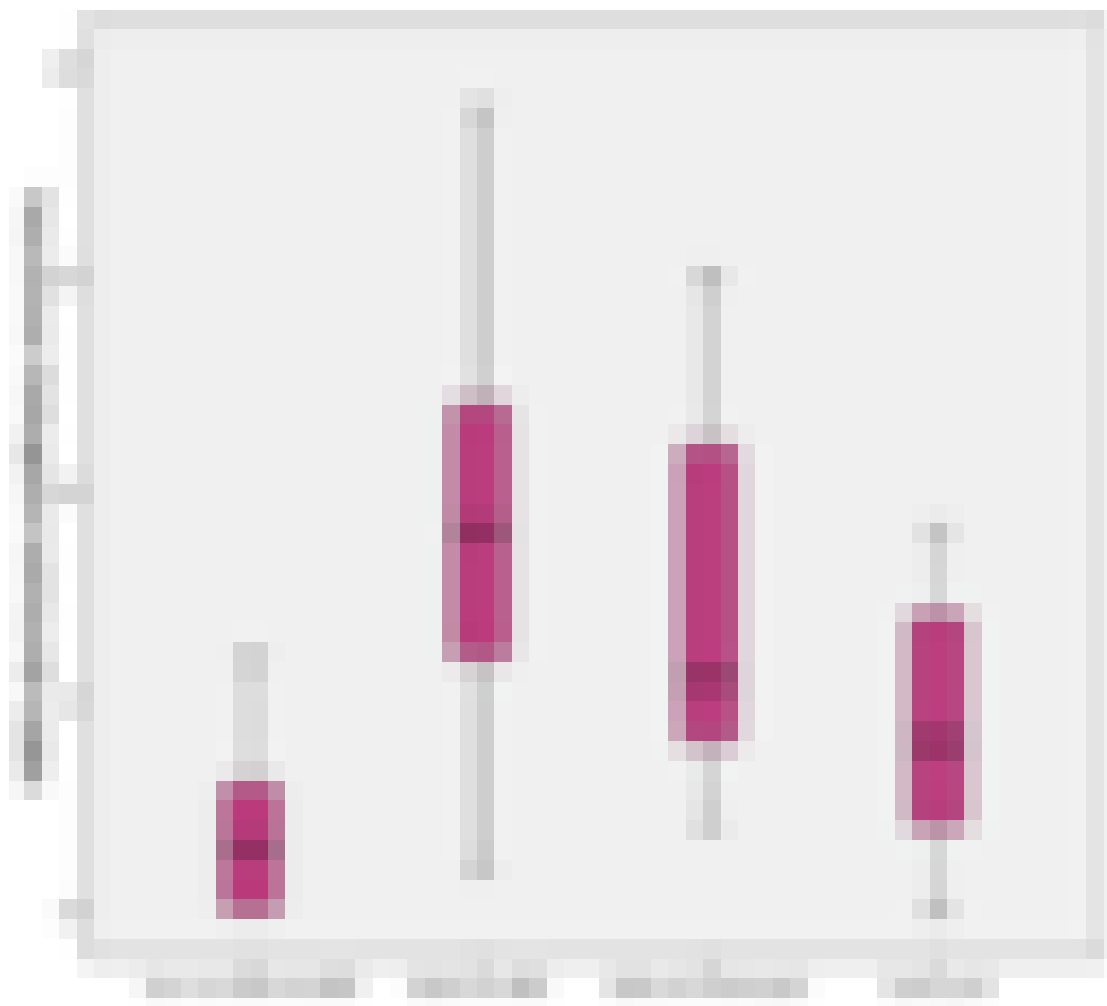
Στην εικόνα 2 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες στην κλίμακα άγχους των φροντιστών, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση και στην εικόνα 3 αυτές της κατάθλιψης.

Πίνακας 3: Οι βαθμολογίες των φροντιστών στις διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης μετά από αξιολόγηση αυτών με το ερωτηματολόγιο HADS

	Αξιολόγηση άγχους οικογενείας		Αξιολόγηση κατάθλιψης οικογενείας	
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ.εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ.εύρος)
Πριν την είσοδο στη ΜΕΘ	5,3 (5)	3 (1 – 7,5)	3 (2,9)	2 (1 – 4,5)
Στην έξοδο από ΜΕΘ	10 (4,8)	10 (7 – 13)	9,4 (4,7)	9 (6 – 12,5)
Στην έξοδο από Νοσοκομείο	7,9 (4,4)	6,5 (5 – 10)	7,4 (4,3)	5,5 (4 – 11)
3 μήνες μετά την έξοδο από Νοσοκομείο	5,1 (4,1)	5,5 (1 – 8)	4,1 (3)	4 (2 – 7)
P πριν την είσοδο στη ΜΕΘ vs στην έξοδο από ΜΕΘ	0,001		<0,001	
P πριν την είσοδο στη ΜΕΘ vs στην έξοδο από Νοσοκομείο	0,038		0,003	
P πριν την είσοδο στη ΜΕΘ vs 3 μήνες μετά την έξοδο από Νοσοκομείο	0,372		0,023	
P στην έξοδο από ΜΕΘ vs στην έξοδο από Νοσοκομείο	0,014		0,050	
P στην έξοδο από ΜΕΘ vs 3 μήνες μετά την έξοδο από Νοσοκομείο	0,013		0,004	
P στην έξοδο από Νοσοκομείο vs 3 μήνες μετά την έξοδο από Νοσοκομείο	0,045		0,009	



Εικόνα 2: Βαθμολογίες στην κλίμακα άγχους των φροντιστών, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.



Εικόνα 3: Βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης των φροντιστών, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.

5.4 Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των συγγενών των ασθενών της μελέτης:

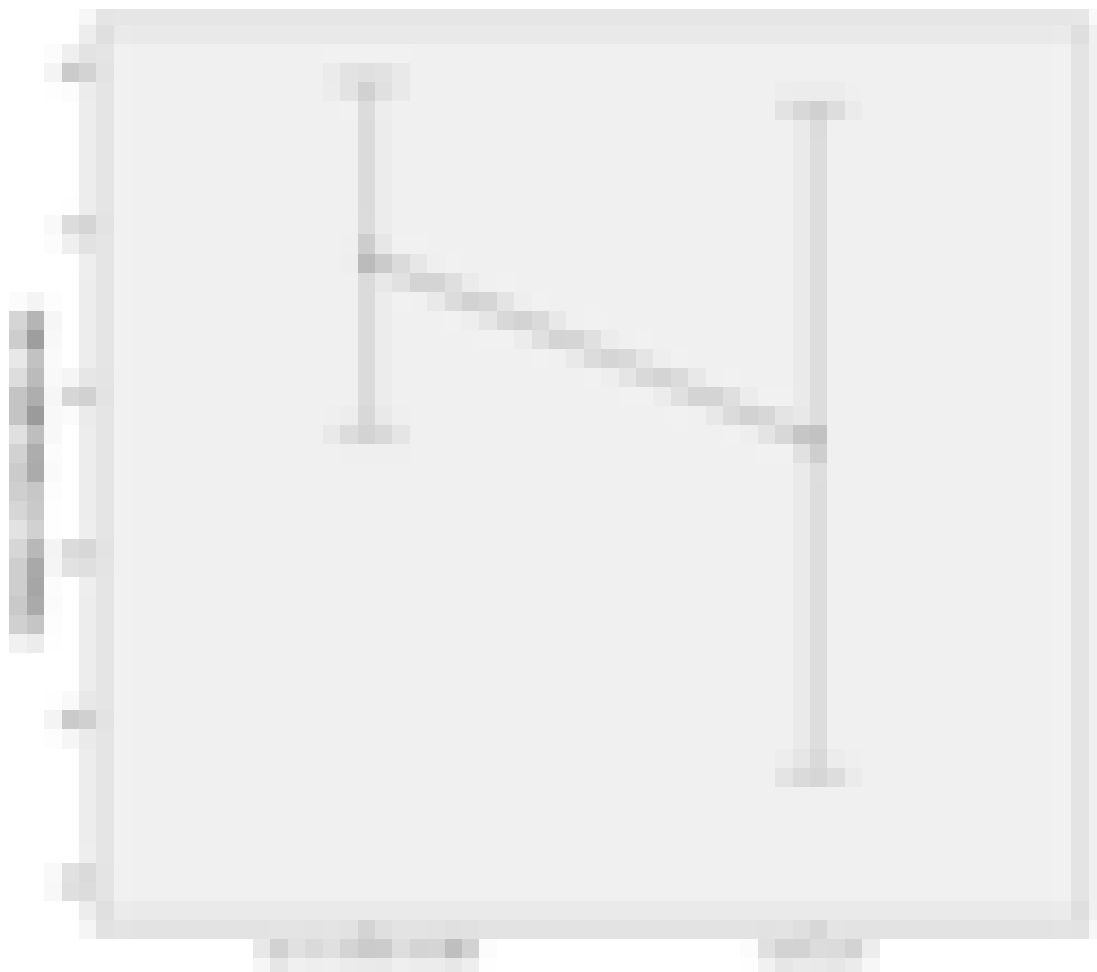
Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των φροντιστών πριν από την είσοδο στη ΜΕΘ και στους 3 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο καθώς και οι συγκρίσεις μεταξύ των 2 χρονικών στιγμών παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Σημαντική επιδείνωση της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της ψυχικής υγείας βρέθηκε στους φροντιστές στους 3 μήνες, σε σύγκριση με πριν από την είσοδο στη ΜΕΘ. Επίσης, η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας μειώθηκε σημαντικά στους 3 μήνες, υποδηλώνοντας επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με πριν την είσοδο στη ΜΕΘ.

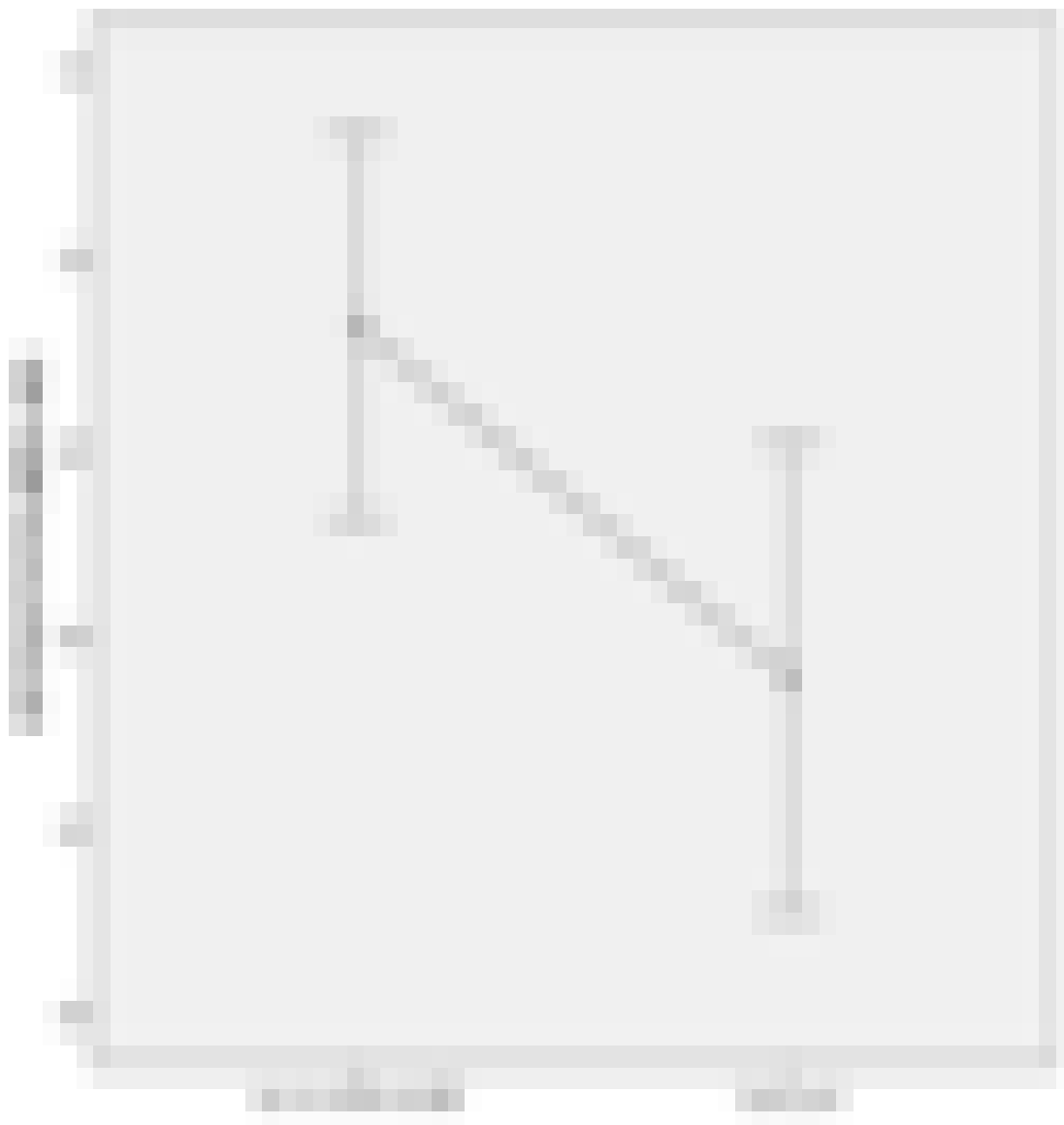
Στις εικόνες 4, 5, 6 και 7 φαίνονται οι μεταβολές στις διαστάσεις της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της ψυχικής υγείας καθώς και της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας αντιστοίχως, μεταξύ των 2 χρονικών στιγμών.

Πίνακας 4: Αποτελέσματα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο Sf-36.

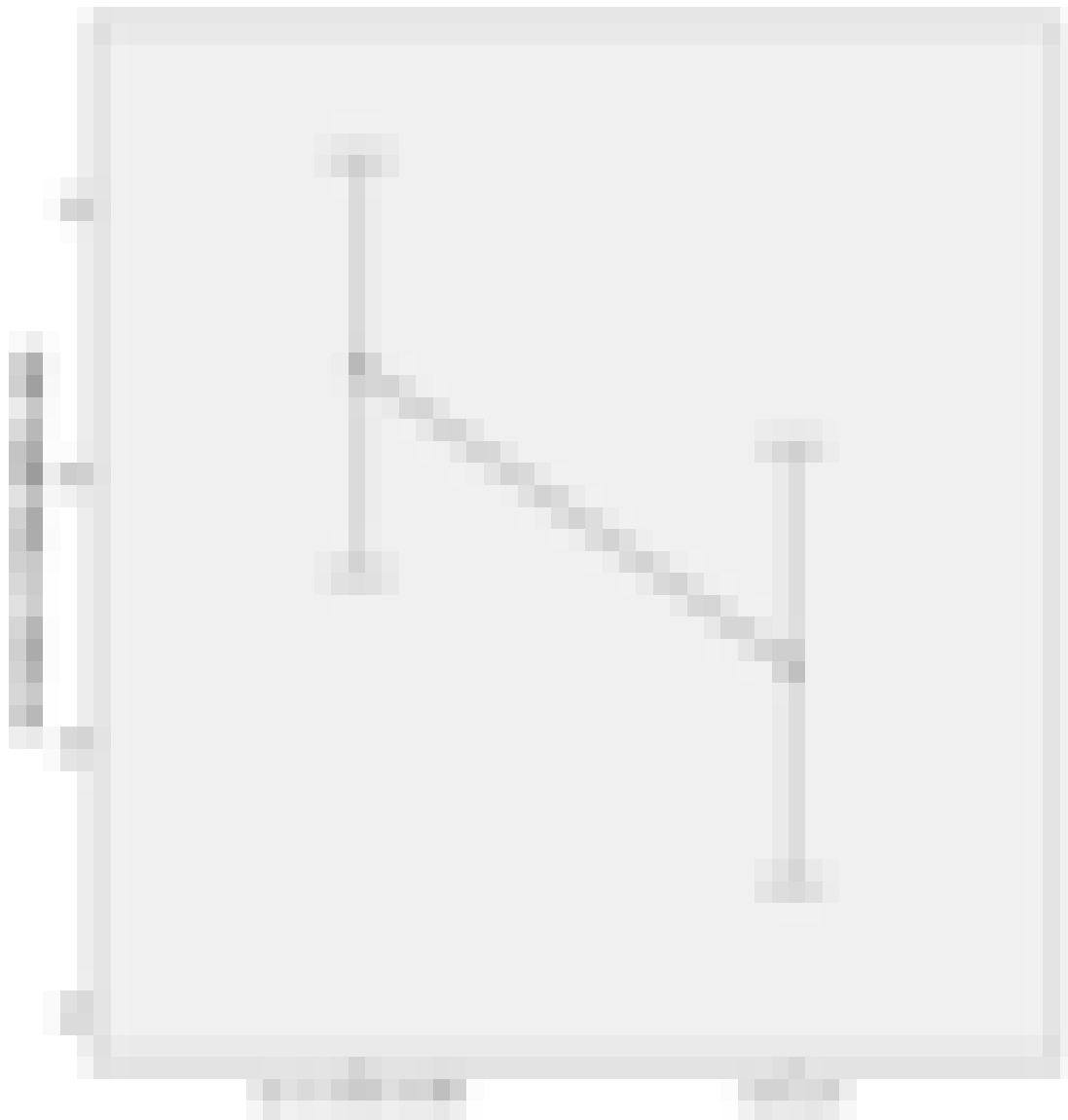
	πριν την είσοδο στη ΜΕΘ	3 μήνες μετά	P Paired
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	t-test
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	94 (7,8)	97,5 (7)	1,000
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	97,9 (7,1)	100 (0)	-
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	90,6 (15,2)	91,9 (16,7)	0,148
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	69,9 (17,6)	68,5 (17,7)	0,046
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	67,5 (7,2)	58,9 (10,8)	0,002
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	83,9 (21)	71,4 (21)	0,055
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	87,5 (30,8)	71,4 (41)	0,165
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	62,8 (12,8)	52,9 (14,1)	0,009
A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	56,4 (4,3)	59,4 (6)	0,122
B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	46,2 (9,5)	38,4 (11,8)	0,026



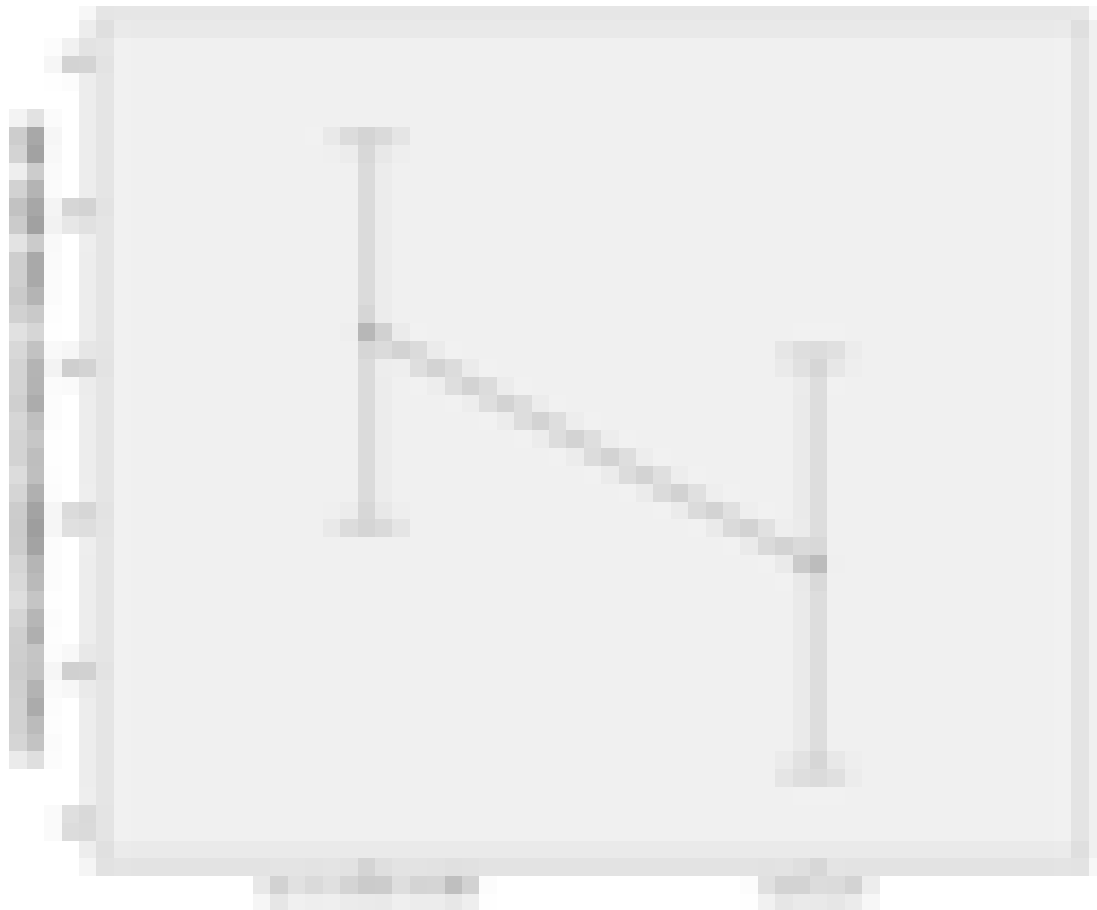
Εικόνα 4: Βαθμολογίες στη διάσταση γενικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.



Εικόνα 5: Βαθμολογίες των φροντιστών στη διάσταση ζωτικότητας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.



Εικόνα 6: Βαθμολογίες των φροντιστών στη διάσταση ψυχικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.



Εικόνα 7: Βαθμολογίες των φροντιστών στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, ξεχωριστά για κάθε μέτρηση.

5.5 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης φροντιστών με δημογραφικά στοιχεία ασθενών/φροντιστών και με στοιχεία που αφορούν στη νοσηλεία των ασθενών.

Έγιναν μονοπαραγοντικά γραμμικά μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης των φροντιστών. Σαν ανεξάρτητες χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: ηλικία ασθενούς και φροντιστή, φύλο ασθενούς και φροντιστή, SOFA, ApacheII score, ημέρες παραμονής στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο, εκπαίδευση φροντιστή, οικονομική κατάσταση φροντιστή και είδος συγγένειας. Βρέθηκαν τα εξής:

- Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι φροντιστές ($\beta=0,08$, $SE=0,03$, $p=0,011$).
- Όσο υψηλότερο ήταν το APACHE score του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι φροντιστές ($\beta=0,21$, $SE=0,10$, $p=0,031$).
- Οι γυναίκες φροντιστές είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τους άντρες φροντιστές ($\beta=2,61$, $SE=1,19$, $p=0,031$).
- Όσο περισσότερα έτη εκπαίδευσης είχαν οι φροντιστές τόσο λιγότερα συμπτώματα άγχους είχαν ($\beta=-0,36$, $SE=0,16$, $p=0,031$).
- Οι φροντιστές που ήταν σύζυγοι/ σύντροφοι των ασθενών είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τους φροντιστές που ήταν συγγενείς των ασθενών ($\beta=-2,25$, $SE=1,10$, $p=0,044$).
- Όσο υψηλότερο ήταν το APACHEscore του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι φροντιστές ($\beta=0,21$, $SE=0,07$, $p=0,008$).

5.6 Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης φροντιστών με την ποιότητα ζωής τους.

Έγιναν μονοπαραγοντικά γραμμικά μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής των φροντιστών. Σαν ανεξάρτητες χρησιμοποιήθηκαν οι διαστάσεις άγχους και κατάθλιψής τους. Βρέθηκαν τα εξής:

- Περισσότερα συμπτώματα άγχους σχετιζόνταν με σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ($\beta=-1,46$, $SE=0,48$, $p=0,004$), ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ($\beta=-0,86$, $SE=0,22$, $p<0,001$), ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ($\beta=-2,02$, $SE=0,56$, $p=0,001$), ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ($\beta=-3,11$, $SE=0,89$, $p=0,001$), ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ($\beta=-1,64$, $SE=0,32$, $p<0,001$) καθώς και στη ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ($\beta=-1,16$, $SE=0,26$, $p<0,001$), υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής τους τομείς αυτούς.

- Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σχετίζονταν με σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ($\beta=-1,58$, $SE=0,59$, $p=0,013$), ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ($\beta=-1,16$, $SE=0,28$, $p<0,001$), ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ($\beta=-2,53$, $SE=0,61$, $p<0,001$), ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ($\beta=-3,91$, $SE=1,09$, $p=0,001$), ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ($\beta=-2,06$, $SE=0,40$, $p<0,001$) καθώς και στη ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ($\beta=-1,50$, $SE=0,31$, $p<0,001$), υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής τους τομείς αυτούς.

6. Συζήτηση

6.1 Οι ψυχικές επιπτώσεις της νοσηλείας σε ΜΕΘ για τους συγγενείς των ασθενών στην περίοδο νοσηλείας:

6.1.1 Αποτελέσματα της έρευνας:

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ, για τουλάχιστον 72 ώρες υπό μηχανικό αερισμό, εμφανίζουν ήδη από την περίοδο της νοσηλείας συμπτώματα και σημεία ψυχικών διαταραχών. Πράγματι, οι συγγενείς ανέφεραν αύξηση των επιπέδων άγχους από την έναρξη της νοσηλείας του αγαπημένου τους προσώπου στην ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός». Ωστόσο δεν καταγράφηκε κατά την περίοδο της νοσηλείας αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης, τα οποία φάνηκε να αυξάνονται αφού ο ασθενής έλαβε εξιτήριο από την ΜΕΘ.

6.1.2 Σύγκριση με βιβλιογραφία:

Στην μελέτη των Davidson και Maurene (2016) φάνηκε ότι ποσοστό της τάξης 10 με 75% εμφανίζει συμπτώματα άγχους από τη στιγμή που κάποιο συγγενικό του πρόσωπο αρχίζει να νοσηλεύεται σε ΜΕΘ. Επιπλέον αυτού, η ανασκόπηση έδειξε ότι περίπου το 1/3 των συγγενών οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την έναρξη της νοσηλείας του αγαπημένου του προσώπου στην ΜΕΘ συνεχίζουν να εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές για διάστημα μηνών ή και ετών (38).

Επιπλέον, στην μελέτη της Higgins και των συνεργατών (2016) φάνηκε ότι ποσοστό της τάξης περίπου του 50% των συγγενών ασθενών που χρειάστηκε να νοσηλευτούν στις ΜΕΘ, εμφανίζουν άμεσα PICS-F. Μάλιστα, τα συμπτώματα του άγχους της κατάθλιψης και του θρήνου ανεξάρτητα από την έκβαση του ασθενή παραμένουν για διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών μετά από την έξοδο του από την ΜΕΘ (56).

Στην μελέτη του Griffiths και των συνεργατών του (2009) μέσα από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων φάνηκε ότι τουλάχιστον 62% των συγγενών ασθενών-βαρέως πασχόντων που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ παρουσίαζαν αυξημένο άγχος κατά την περίοδο της νοσηλείας του αγαπημένου τους προσώπου. Ωστόσο, τα επίπεδα θλίψης, διαταραχής μετα-τραυματικού στρες, περίπλοκου θρήνου και κατάθλιψης φάνηκαν να αυξάνονται σε διάστημα μηνών μετά από την ένταξη του ασθενή στην ΜΕΘ (17), όπως και στην παρούσα μελέτη.

6.2 Οι ψυχικές επιπτώσεις της νοσηλείας σε ΜΕΘ για τους συγγενείς των ασθενών 3 μήνες μετά την νοσηλεία στην ΜΕΘ:

6.2.1 Αποτελέσματα της έρευνας:

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ, για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια του PICS-F. Πιο αναλυτικά, η μελέτη έδειξε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των μελών της οικογένειας ήταν σημαντικά υψηλότερα στην έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ, σε σύγκριση με πριν την είσοδο σε αυτήν και με την περίοδο της νοσηλείας σε αυτήν (εικόνα 6).

Στην συνέχεια, κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, η κατάθλιψη είχε μειωθεί σημαντικά σε σχέση με τα επίπεδα της κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ, ωστόσο παρέμενε σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα με αυτά που καταγράφηκαν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ (εικόνα 6).

Στους 3 μήνες, τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερα από αυτά στην έξοδο από τη ΜΕΘ και στην έξοδο από το νοσοκομείο και αλλά εξακολουθούσαν να είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά που είχαν πριν την είσοδο στη ΜΕΘ.

Επιπρόσθετα της κατάθλιψης, στην παρούσα μελέτη φάνηκε σημαντική επιδείνωση της γενικής υγείας, της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας στους συγγενείς των ασθενών στους 3 μήνες, σε σύγκριση με πριν από την είσοδο στη ΜΕΘ (εικόνα 4-6).

Επίσης, η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας μειώθηκε σημαντικά στους 3 μήνες, υποδηλώνοντας επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με πριν την είσοδο στη ΜΕΘ (εικόνα 7).

6.2.2 Σύγκριση με βιβλιογραφία:

Στην μελέτη των Davidson και Maurene (2016) φάνηκε ότι το 1/3 περίπου των συγγενών οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την έναρξη της νοσηλείας του αγαπημένου του προσώπου στην ΜΕΘ, συνεχίζουν να εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές για διάστημα ετών, και μάλιστα χρήζουν αντικαταθλιπτικής ή, και αγχολυτικής αγωγής για διάστημα τουλάχιστον μηνών. Τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, θρήνου, αυπνίας και κόπωσης με συνέπεια την απώλεια της λειτουργικότητας φάνηκε να είναι περισσότερο σοβαρά και συχνά στους γονείς παιδιών που νοσηλεύθηκαν για κάποιο διάστημα στην ΜΕΘ (38).

Επιπλέον, στην μελέτη της Higgins και των συνεργατών (2016) φάνηκε ότι ποσοστό της τάξης περίπου του 50% των συγγενών ασθενών που χρειάστηκε να νοσηλευτούν στις ΜΕΘ, εμφανίζουν άμεσα PICS-F. Μάλιστα, τα συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης, και του θρήνου ανεξάρτητα από την έκβαση του ασθενή παραμένουν για διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών μετά από την έξοδο του από την ΜΕΘ. Στην έρευνα αυτή η καταγραφή των συμπτωμάτων βασίστηκε όχι μόνο σε ερωτηματολόγια, αλλά και σε ημερολόγιο συναισθημάτων και σκέψεων, το οποίο δοκείται και ως μέθοδος αντιμετώπισης του PICS-F(56).

Ακόμη, στην μελέτη του Azoulay και των συνεργατών (2005) φάνηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των μελών της οικογένειας βίωσε συμπτώματα άγχους (70%) και κατάθλιψης (35%)σε περίοδο τριμήνου μετά από το εξιτήριο του αγαπημένου τους προσώπου από το νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, το 40% των μελών της οικογένειας των νοσηλευομένων ασθενών που απεβίωσαν, ένα χρόνο μετά την απώλεια δεν είχε βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και εκδήλωσε ψυχιατρικές ασθένειες, όπως γενικευμένο άγχος, μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ή περίπλοκο θρήνο (5).

Στην έρευνα του Netzer και των συνεργατών (2014) η επίπτωση του PTSD τεκμηριώνεται στο 8%-42% των μελών των οικογενειών, και σε περισσότερο από 50%,όταν ο ασθενής που νοσηλεύτηκε στην ΜΕΘ είναι παιδί (39).

Στην μετα-ανάλυση της Davidson και των συνεργατών (2012) φάνηκε ότι ποσοστό περίπου της τάξης 35% των συγγενών ασθενών που χρειάστηκε να νοσηλευτούν για κάποιο διάστημα σε ΜΕΘ, εμφανίζουν σε βάθος μηνών μετά το εξιτήριο σημειολογία PTSD, ενώ ποσοστό της τάξης του 18% παρουσιάζει αυξημένο άγχος, και ποσοστό 13-56% παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης. Η μελέτη ακόμη υποδεικνύει ότι τα συμπτώματα είναι εντονότερα μετά από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ, παρά κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Το παρόν δικαιολογείται από το γεγονός του ότι μετά το εξιτήριο, οι συγγενείς αναλαμβάνουν την φροντίδα του ασθενή και άρα βιώνουν μεγαλύτερο φόβο, θλίψη και ανασφάλεια. Εντούτοις, σε βάθος μηνών, τα συμπτώματα αυτά τείνουν να υποχωρούν, αν και η παρουσία τους είναι σοβαρή, καθώς σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα, περιορισμό των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και της παραγωγικότητας και με αύξηση της θνησιμότητας στην διατή (4).

Τέλος, στην μελέτη του Griffiths και των συνεργατών του (2009) μέσα από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων φάνηκε ότι τα επίπεδα θλίψης, διαταραχής μετατραυματικού στρες, περίπλοκου θρήνου και κατάθλιψης φάνηκαν να αυξάνονται σε διάστημα μηνών μετά από την ένταξη του ασθενή στην ΜΕΘ, όπως και στην παρούσα μελέτη (17).

6.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών για τους συγγενείς των ασθενών, 3 μήνες μετά την νοσηλεία στην ΜΕΘ:

6.3.1 Αποτελέσματα της έρευνας:

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ, στα πλαίσια του PICS-F, δεν βιώνουν μονάχα ψυχικά προβλήματα, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζουν διαταραχές της λειτουργικότητάς τους σε καθημερινό επίπεδο σε βάθος τριμήνου μετά από την έξοδο του συγγενή τους από το νοσοκομείο.

Πιο συγκεκριμένα, όπως διατυπώνεται αναλυτικά και στον Πίνακα 3, σε διάστημα τριμήνου κατόπιν της νοσηλείας του αγαπημένου τους προσώπου στην ΜΕΘ, οι συγγενείς, ανέφεραν ότι σε σύγκριση με την περίοδο πριν την εισαγωγή στην ΜΕΘ, εμφανίζουν: α) αύξηση του σωματικού πόνου, β) σημαντική ελάττωση της ζωτικότητάς τους, του γ) κοινωνικού τους ρόλου και δ) του συναισθηματικού τους ρόλου. Επιπρόσθετα, αναφέρουν: α) σημαντική επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας και β) ήπιο περιορισμό της γενικής τους υγείας.

Ακόμη, η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας μειώθηκε σημαντικά στους 3 μήνες, υποδηλώνοντας επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με πριν την είσοδο στη ΜΕΘ (εικόνα 6).

Τέλος, στην έρευνα φάνηκε ότι τα συμπτώματα άγχους σχετίζονταν με σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις: α) γενική υγεία, β) ζωτικότητα, γ) κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, δ) συναισθηματικός ρόλος, ε) ψυχική υγεία.

Αντίστοιχα, η αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στο τρίμηνο στα πλαίσια του PTSD σχετίζονταν με σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις: α) γενική υγεία, β) ζωτικότητα, γ) κοινωνικός ρόλος, δ) συναισθηματικός ρόλος, και ε) ψυχική υγεία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής τους τομείς αυτούς.

Τα παραπάνω κρίνονται δόκιμα καθώς, όπως αναφέρεται και από τον ΠΟΥ, οι εμμένουσες ψυχικές δύνανται να οδηγήσουν στην εκδήλωση σωματικών διαταραχών, σε κοινωνική απόσυρση και διαταραχές των ανώτερων γνωσιακών λειτουργιών (50).

6.3.2 Σύγκριση με την βιβλιογραφία:

Στην μελέτη των Davidson και Maurene (2016) φάνηκε ότι οι συγγενείς που εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, θρήνου και κατάθλιψης σε βάθος μηνών από την έξοδο του αγαπημένου τους προσώπου από την ΜΕΘ, τείνουν να παρουσιάζουν και άλλες δυσλειτουργίες στην καθημερινότητά τους. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγενείς τείνουν να εμφανίζουν γενικευμένες φοβίες που επηρεάζουν την διάθεση τους, αυπνία, κοινωνική απομόνωση και περιορισμό των επαφών τους, περιορισμό των σωματικών τους δραστηριοτήτων και έκπτωση της εργασιακής τους απόδοσης, με οικονομικό τελικά αντίκτυπο (38).

Στην ανασκόπηση της Twibell και των συνεργατών της (2018) φάνηκε ότι ποσοστό της τάξης του 14-50% των συγγενών ασθενούς που νοσηλεύτηκε στην ΜΕΘ, εμφανίζει σε έδαφος μηνών συμπτώματα PICS-F. Συγκεκριμένα εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, γνωσιακών δυσλειτουργιών, βαρυθυμίας, καθώς και σωματικής και κοινωνικής απόσυρσης. Στο σύνολο τους, τα συμπτώματα αυτά περιορίζουν την ποιότητα ζωής των συγγενών και σε βάθος χρόνου μπορεί να έχουν αντίκτυπο και στην σωματική τους υγεία (36).

6.4 Πιθανοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης PICS-F:

6.4.1 Αποτελέσματα της έρευνας:

Στην παρούσα μελέτη, μέσω της στατιστικής ανάλυσης με μονοπαραγοντικά γραμμικά μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης, φάνηκε ότι περισσότερο ευένδοτοι στην εκδήλωση PICS-F ήταν οι συγγενείς οι οποίοι πληρούσαν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι φροντιστές.
2. Όσο υψηλότερο ήταν το APACHE score του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι φροντιστές.
3. Οι γυναίκες φροντιστές είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τους άντρες φροντιστές.
4. Όσο περισσότερα έτη εκπαίδευσης είχαν οι φροντιστές τόσο λιγότερα συμπτώματα άγχους είχαν.

5. Οι φροντιστές που ήταν σύζυγοι/ σύντροφοι των ασθενών είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τους φροντιστές που ήταν συγγενείς των ασθενών.
6. Όσο υψηλότερο ήταν το APACHE score του ασθενούς τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι φροντιστές.

6.4.2 Σύγκριση με την βιβλιογραφία:

Στην μελέτη των Davidson και Maurene (2016) ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση PICS-F ορίστηκαν: α) η φτωχή ενημέρωση από το προσωπικό και β) η κακή συμπεριφορά που συχνά μπορεί να λαμβάνουν από ιατρούς και νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας οι συγγενείς, γ) μη δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων αναφορικά στην θεραπεία του συγγενή τους μέσα στη ΜΕΘ, δ) ο φόβος και η ανασφάλεια για την έκβαση, ε) τα περιορισμένα επισκεπτήρια σε συνδυασμό με το αφιλόξενο περιβάλλον της ΜΕΘ και στ) την βαριά κατάσταση του συγγενή τους, ο οποίος συχνά αδυνατεί να επικοινωνήσει με οποιοδήποτε τρόπο, ζ) η αυξημένη διάρκεια της νοσηλείας του αγαπημένου προσώπου στην ΜΕΘ και η) ειδικά η νοσηλεία στην ΜΕΘ κάποιου παιδιού (38).

Η νοσηλεία παιδιού στην ΜΕΘ έχει παρουσιαστεί και στην μελέτη του Petrinec και των συνεργατών του (2018) ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εκδήλωση PICS-F στους γονείς. Επίσης ως παράγοντες κινδύνου έχουν οριστεί η βαρύτητα της κατάστασης του νοσηλευόμενου στην ΜΕΘ, το γυναικείο φύλο και η αυξημένη ηλικία του συγγενή-φροντιστή (43).

Ακόμη, στην μελέτη της Twinbell και των συνεργατών (2016) ως παράγοντες κινδύνου για PICS-F έχουν διατυπωθεί παράγοντες σχετικοί με τον συγγενή-φροντιστή, σχετικοί με τον ασθενή και τέλος σχετικοί με το περιβάλλον. Σχετικά με τον συγγενή: α) το ιστορικό προηγούμενης ψυχικής διαταραχής, β) το γυναικείο φύλο, γ) το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, δ) το περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο, ε) ιστορικό γνωσιακών διαταραχών. Σχετικά με τον ασθενή: α) παρατεταμένη νοσηλεία, β) τραχειοτομία, γ) υψηλό SOFA και APACHE score, δ) φτωχή πρόγνωση, ε) επεισόδιο ανακοπής σε εξω-νοσοκομειακό περιβάλλον. Τέλος, σχετικοί με το περιβάλλον: α) περιορισμένη πρόσβαση στην ΜΕΘ, β) αυστηρότητα στην επικοινωνία, γ) μη κατανόηση των ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών, δ) αίσθημα μη συμμετοχής στην φροντίδα του ασθενή (36).

6.5 Περιορισμοί της έρευνας:

Η παρούσα έρευνα διεκπεραιώθηκε στα πλαίσια του ΠΜΣ «Κλινική Εργοσπιρομετρία, Άσκηση, Προηγμένη Τεχνολογία και Αποκατάσταση», με συνέπεια να πραγματοποιηθεί σε περιορισμένο χρόνο και να συμπεριλάβει ένα μικρό δείγμα.

Επιπρόσθετα, ο περιορισμένος αριθμός του δείγματος δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αναφορικά στην επίπτωση του PICS-F στην Ελλάδα. Πάραυτα, παρέχει μια επαρκή εικόνα για τα σημεία και τα συμπτώματα που τείνουν να εμφανίζουν οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται για διάστημα τουλάχιστον 72 ωρών σε ΜΕΘ. Ακόμη, το περιορισμένο δείγμα αναδεικνύει τις ισχυρές συσχετίσεις που προέκυψαν.

Τέλος, ως περιορισμοί τίθενται: α) η συμμετοχή πληθυσμού μόνο από την ΜΕΘ του ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», ως δείγμα ευκολίας, β) η συμμετοχή τους μόνο σε follow-up τριμήνου και όχι για μεγαλύτερο διάστημα και τέλος γ) η συμπερίληψη στην μελέτη αποκλειστικά ενήλικων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ.

7. Συμπεράσματα και Προτάσεις

7.1 Συμπεράσματα:

Η έννοια του PICS-F πρωτοεμφανίστηκε επίσημα το 2010 από την Ιατρική Κοινότητα Επείγουσας Ιατρικής (SCCM- Society of critical care medicine) στα πλαίσια μιας προσπάθειας για μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των συνεπειών που έχει η νοσηλεία στην ΜΕΘ για τα μέλη της οικογένειας του ασθενή (38).

Το PICS-F αφορά στο σύνολο των χρόνιων και των οξέων ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε μέλη της οικογένειας κάποιου ασθενούς που νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ, και περιλαμβάνει τα συμπτώματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή στην ΜΕΘ, καθώς και εκείνα τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου (1, 3-4, 36).

Αν και το PICS-F φαίνεται να αποτελεί σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, στην διεθνή βιβλιογραφία ανευρίσκονται ελάχιστες μελέτες αναφορικά στην επίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου του PICS-F, με συνέπεια να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (3-4, 36).

Επιπλέον αυτού, το PICS-F υπο-διαγιγνώσκεται σε σημαντικό βαθμό με συνέπεια, αφενός η επίπτωση που καταγράφεται να είναι πλασματική και αφετέρου οι συγγενείς του νοσηλευθέντος να ταλαιπωρούνται ψυχικά χωρίς να λαμβάνουν την οποιαδήποτε εξειδικευμένη φροντίδα (38).

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην ΜΕΘ, για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών τείνουν να εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια του PICS-F. Πιο αναλυτικά, η μελέτη έδειξε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των μελών της οικογένειας ήταν σημαντικά υψηλότερα στην έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ, σε σύγκριση με πριν την είσοδο σε αυτήν και με την περίοδο της νοσηλείας σε αυτήν. Επιπρόσθετα της κατάθλιψης, στην παρούσα μελέτη φάνηκε σημαντική επιδείνωση της γενικής υγείας, της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας στους συγγενείς των ασθενών στους 3 μήνες, σε σύγκριση με πριν από την είσοδο στη ΜΕΘ.

Τα ευρήματα αυτά της μελέτης έρχονται σε συνάφεια με ανάλογα ευρήματα δημοσιεύσεων στην διεθνή βιβλιογραφία. Πράγματι, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε παγκόσμια κλίμακα, τουλάχιστον το 1/3 των συγγενών οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την έναρξη της νοσηλείας του αγαπημένου του προσώπου στην ΜΕΘ, συνεχίζουν να εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές για διάστημα ετών, και μάλιστα χρήζουν αντικαταθλιπτικής ή, και αγχολυτικής αγωγής για διάστημα τουλάχιστον μηνών (38).

Ακόμη, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν τα δημοσιεύματα που αναφέρουν ότι τα συμπτώματα PICS-F είναι εντονότερα μετά από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ, παρά κατά την διάρκεια της νοσηλείας του. Το παρόν δικαιολογείται από το γεγονός του ότι μετά το εξιτήριο, οι συγγενείς αναλαμβάνουν την φροντίδα του ασθενή και άρα βιώνουν μεγαλύτερο φόβο, θλίψη και ανασφάλεια (4).

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα υπέδειξε ότι οι ψυχικές διαταραχές στα πλαίσια του PICS-F είχαν ως συνέπεια την: α) αύξηση του σωματικού πόνου, β) σημαντική ελάττωση της ζωτικότητάς τους, του γ) κοινωνικού τους ρόλου και δ) του συναισθηματικού τους ρόλου. Επιπρόσθετα, την: α) σημαντική επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας και β) τον ήπιο περιορισμό της γενικής τους υγείας.

Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζονται και από δημοσιεύσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι οι συγγενείς τείνουν σε βάθος τριμήνου να εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, γνωσιακών δυσλειτουργιών, βαρυθυμίας, καθώς και σωματικής και κοινωνικής απόσυρσης (17, 36, 38, 44). Στο σύνολο τους, τα συμπτώματα αυτά περιορίζουν την ποιότητα ζωής των συγγενών και σε βάθος χρόνου μπορεί να έχουν αντίκτυπο και στην σωματική τους υγεία (36, 38).

Τέλος, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ως παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης PICS-F σε βάθος τριμήνου από την έξοδο του αγαπημένου προσώπου από την ΜΕΘ: α) την αυξημένη ηλικία του ασθενούς, β) το υψηλό APACHE score του ασθενούς, γ) το γυναικείο φύλο των συγγενών-φροντιστών, δ) το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και ε) την συγγένεια εξ αίματος έναντι της συζυγικής σχέσης.

Τα αποτελέσματα αυτά συμπληρώνουν τα αντίστοιχα που ανευρίσκονται στην διεθνή βιβλιογραφία, και τα οποία επισημαίνουν ως παράγοντες κινδύνου σχετικούς με τον

συγγενή: α) το ιστορικό προηγούμενης ψυχικής διαταραχής, β) το γυναικείο φύλο, γ) το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, δ) το περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο, ε) ιστορικό γνωσιακών διαταραχών (36, 38, 44). Σχετικά με τον ασθενή: α) παρατεταμένη νοσηλεία, β) τραχειοτομία, γ) υψηλό SOFA και APACHE score, δ) φτωχή πρόγνωση, ε) επεισόδιο ανακοπής σε εξω-νοσοκομειακό περιβάλλον. Τέλος, σχετικοί με το περιβάλλον: α) περιορισμένη πρόσβαση στην ΜΕΘ, β) αυστηρότητα στην επικοινωνία, γ) μη κατανόηση των ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών, δ) αίσθημα μη συμμετοχής στην φροντίδα του ασθενή (36).

Συνεπακόλουθα, καθίσταται σαφές ότι η νοσηλεία στην ΜΕΘ συνιστά μια τραυματική εμπειρία όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους συγγενείς τους, οι οποίοι λειτουργούν ως φροντιστές τους αμέσως μετά την λήψη εξιτηρίου (3-4). Πράγματι, οι συγγενείς των ασθενών συνήθως σε βάθος μήνα, εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, περίπλοκου θρήνου, αγχώδους διαταραχής, γνωσιακών ελλειμμάτων και PTSD, που επί της ουσίας ορίζουν το PICS-F (1, 3-4, 36, 38).

Τα συμπτώματα αυτά συχνά περνάνε απαρατήρητα από τους κλινικούς, αλλά όταν παραμένουν φαίνεται να επηρεάζουν δυσμενώς και την ψυχική, και την σωματική υγεία των ανθρώπων αυτών και τελικά την ποιότητά της ζωής τους σε καθημερινή βάση (3, 36, 38, 40, 43-44, 50).

Εν κατακλείδι, το PICS-F συνιστά ένα σοβαρό πρόβλημα στις μέρες μας, που ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται να νοσηλευτούν για κάποιο διάστημα στην ΜΕΘ. Κλείνοντας, κρίνεται αδήριτη η ανάγκη οι επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλευτές της ΜΕΘ και των δομών ψυχικής υγιεινής, να δώσουν έμφαση όχι μόνο στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς αλλά και στο άμεσο υποστηρικτικό-οικογενειακό τους πλαίσιο.

7.2 Προτάσεις:

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία ανέδειξε το PICS-F ως ένα σύνδρομο με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των συγγενών ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ. Δεδομένων των αποτελεσμάτων της έρευνας αλλά και των δεδομένων που αποσπάστηκαν από άρθρα που δημοσιεύονται στην διεθνή βιβλιογραφία, καθίσταται εφικτή η διατύπωση ορισμένων προτάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, σε ερευνητικό επίπεδο κρίνεται αδήριτη η ανάγκη της εκπόνησης περισσότερων μελετών που εστιάζουν στην επίπτωση, την κλινική εικόνα και τους παράγοντες κινδύνου του PICS-F. Συνεπακόλουθα, ολοένα και περισσότεροι Έλληνες ιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετάσχουν σε πολύ-κεντρικά ερευνητικά πρωτόκολλα αναφορικά στην έγκαιρη διάγνωση του PICS-F, αλλά και το follow-up όχι μόνο σε επίπεδο 3 μηνών αλλά και σε επίπεδο έτους.

Σε κλινικό επίπεδο, προτείνεται τόσο οι ιατροί, όσο και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ να προσπαθήσουν να βελτιστοποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου για PICS-F και PICS, οι οποίοι αφορούν στο περιβάλλον της ΜΕΘ και στην συμπεριφορά τους απέναντι στους φροντιστές των ασθενών. Επιπλέον, θα πρέπει να παρουσιάσουν επαγρύπνηση αναφορικά στην έγκαιρη διάγνωση των σημείων και των συμπτωμάτων των συνδρόμων αυτών. Τέλος, κλινική ευθύνη βαρβαίνει και τους επαγγελματίες ψυχικής υγιεινής, οι οποίοι πρέπει να δώσουν έμφαση στην αποκατάσταση των ασθενών με PICS και των συγγενών τους με PICS-F.

ABSTRACT

Introduction: PICS-F delineates the psychological effects of critical illness on the family members of a patient admitted in the ICU and includes all psychological symptoms that family members may encounter while their beloved person is at the hospital or after his hospitalization.

Aim: The aim of the present study was the investigation and the recording of all the potential psychological disorders that may be presented to family members with PICS-F for a period of 3 months after hospitalization. In addition, the investigation, and the recording of the impact of these psychological disorders to the family members' quality of daily life.

Methods: The study was conducted via the utilization of a questionnaire that assessed the mental health and the quality of life of patients admitted to the ICU relatives. The questionnaire was completed several times by the participants. The investigation was completed at a three-month follow-up. The participants of the study were 24 relatives that voluntarily participated.

Results: The family members of the patients that were admitted into the ICU reposted elevation of symptoms of depression and stress, that were resistant even after three months. They also reported diminution of their quality of life, according to sever biomarkers that were investigated.

Discussion: The hospitalization into the ICU constitutes a traumatic experience for both the patient and his relatives. Indeed, family members tend to present mental disorders and decreased quality of life, even months after this incident. Herein, it is fundamental and crucial for healthcare professionals to diagnose and treat promptly PICS-F.

Keywords: PICS; PICS-F; Mental health; critical illness consequences; family members

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40: 502–9.
2. Avidan M, Barnett K, Hill L. Εντατική Θεραπεία. Έγχρωμο εικονογραφημένο εγχειρίδιο. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γεωργόπουλος Δ, Νάκος Γ, Πνευματικός Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος, 2011;2-9.
3. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: An Overview. *J Transl Int Med*. 2017;5(2):90-92. Published 2017 Jun 30.
4. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: post-intensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40(2):618–24.
5. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; 171:987–994.
6. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*. 2004; 292:736–737.
7. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Medicine*. 2008;34:1256–1262.
8. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000; 28:3044–3049.
9. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*. 2004; 32:1832–1838.
10. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine*. 2007;35:605–622.
11. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit

- patients. American Journal of Critical Care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2012; 21:386–393.
12. Kasza J, Moran JL, Solomon PJ. Outcome AN-ANZICSCf, Resource Evaluation C. Evaluating the performance of Australian and New Zealand intensive care units in 2009 and 2010. Stat Med. 2013;32:3720–3736.
 13. HerridgeMs, Cheung Am, Tansey Cm, Matte-Martyn A, Diazgranados N, Al-Saidi F. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2003, 348:683–693
 14. Hopkins Ro, Weaver Lk, Collingridge D, Parkinson Rb, Chan Kj, Orme Jf Jr. Two-year cognitive, emotional, and quality of life outcomes in acute respiratory distress syndrome. Am J Resp Crit Care Med 2005, 171:340–347
 15. Dowdy Dw, Eid Mp, Sedrakyan A, Mendez-Tellez Pa, Pronovost Pj, Herridge M. Quality of life in adult survivors of critical illness: A systematic review of literature. Intensive Care Med 2005, 31:611–620
 16. Herridge M, Tansey Mc, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2011, 364:1293–1304.
 17. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. Crit Care. 2013;17(3):R100.
 18. Needham DM, Dinglas VD, Morris PE, Jackson JC, Hough CL, Mendez-Tellez PA, et al. Physical and cognitive performance of patients with acute lung injury 1 year after initial trophic versus full enteral feeding. EDEN trial follow-up. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(5):567-576.
 19. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med. 2013;369(14):1306.
 20. Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. Lancet Respir Med. 2014; 5:369.

21. Maley JH, Brewster I, Mayoral I. Resilience in survivors of critical illness in the context of the survivors' experience and self-reported neuropsychological and physical function. *Ann Amer Thorac Soc* 2016.
22. Medicine SoCC. Post-Intensive Care Syndrome Patients and Families 2013; <http://www.myicucare.org/Adult-Support/Pages/Post-intensive-Care-Syndrome.aspx> Available from URL. Last accessed 2016 January 10.
23. Sidiras G, Patsaki I, Karatzanos E, Nanas S, Kouvarakos A, Mitsiou G, et al. Long term follow-up of quality of life and functional ability in patients with ICU acquired Weakness – A post hoc analysis. *Journal of Critical Care*. 2019: 223–230.
24. Davydow DS, Zatzick D, Hough CL, Katon WJ. In-hospital acute stress symptoms are associated with impairment in cognition 1 year after intensive care unit admission. *Ann Am Thorac Soc*. 2013;10:450–57.
25. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA*. 2010;304: 1787–94.
26. Mikkelsen ME, Christie JD, Lanken PN, Biester RC, Thompson BT, Bellamy SL, et al. The adult respiratory distress syndrome cognitive outcomes study: long-term neuropsychological function in survivors of acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:1307–15.
27. Yaffe K, Weston A, Graff-Radford NR, Satterfield S, Simonsick EM, Younkin SG, et al. Association of plasma beta-amyloid level and cognitive reserve with subsequent cognitive decline. *JAMA*. 2011;305.
28. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011;39: 371–9.
29. Wunsch H, Christiansen CF, Johansen MB, Olsen M, Ali N, Angus DC, et al. Psychiatric diagnoses and psychoactive medication use among nonsurgical critically ill patients receiving mechanical ventilation. *JAMA*. 2014;311: 1133–42.
30. Nanas S, Kritikos K, Angelopoulos E, Siafaka A, Tsikriki S, Poriasi, et al. Predisposing factors for critical illness polyneuromyopathy in a multidisciplinary intensive care unit. *Acta Neurologica Scandinavica*;118(3): 175-181.

31. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz . et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. Crit Care Med. 2014;42:849–59.
32. Hermans G, Van Mechelen H, Clerckx B, Vanhullebusch T, Mesotten D, Wilmer A. et al. Acute outcomes and 1-year mortality of intensive care unit-acquired weakness: A cohort study and propensity-matched analysis. Am J Respir Crit Care Med. 2014;190:410–20.
33. Fan E, Cheek F, Chlan L, Gosselink R, Hart N, Herridge MS. et al. An official American Thoracic Society Clinical Practice guideline: the diagnosis of intensive care unit-acquired weakness in adults. Am J Respir Crit Care Med. 2014;190:1437–46.
34. Routsis C, Gerovasili V, Vasileiadis I, Karatzanos E, Pitsolis T, Nanas S. et al. Research Electrical muscle stimulation prevents critical illness polyneuromyopathy: a randomized parallel intervention trial. Critical Care 2010;14:R74.
35. Christakou A, Seitaridi A, Koutsoumba E, Papaioannou S, Arietta Spinou, Eirini Anaouni, et al. Current physiotherapy practice in Greek intensive care units: a national study. European Journal of Physiotherapy <https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1523459>
36. Twibell K.R, Petty AM, Olynger AM, Abebe SH. Families and post-intensive care syndrome. American Nurse Today. 2018;13(4).
37. Jezierska, N. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther. 2014;46(1): 42-5.
38. Davidson JE, Harvey MA. Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. AACN Adv Crit Care. 2016;27(2):184-186.
39. Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. Ann Am Thorac Soc. 2014;11(3):435-441.
40. Sullivan DR, Liu X, Corwin DS. Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. Chest. 2012;142(6):1440-1446.
41. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. Eur Respir J. 2015;45(5):1341-1352.

42. Society of Critical Care Medicine. Thrive. 2016.
<http://www.sccm.org/research/quality/thrive/Pages/default.aspx>.
43. Petrinec AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):719-724.
44. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22(1):310. Published 2018 Nov 23.
45. Jahoda M. The meaning of psychological health. *Social Casework*. 1965;34: 349-354. Available in: American Psychological Association.
46. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. 2014 Available in: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (Ημερομηνία επίσκεψης 15/6/18)
47. Bingham R, Banner N. The definition of mental disorder: evolving but dysfunctional? *J Med Ethics*. 2014 Aug;40(8): 537-42.
48. Spitzer RL, Endicott J, Micoulaud Franchi JA. Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2018;176(7): 656-665.
49. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008 Oct; 23(7):469-76.
50. Hofmann SG. Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behav Ther*. 2014 Jul; 45(4):576-87.
51. WHO. The ICD-11 is here! 2018 Available in: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Ημ. επίσκεψης 15/8/20)
52. American Psychiatric Association. DSM-5. Available in: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (Ημ. επίσκεψης 15/8/20)
53. American Psychiatric Association. DSM-5. Available in: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm> (Ημερομηνία επίσκεψης 15/8/20)

54. Boucher H W, Talbot H.G, Bradley J.S, Edwards J.E, Gilbert D, Rice L. B, et al. Bad Bugs, No Drugs: No ESKAPE! An Update from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2009;48(1):1-12.
55. Godinjak A, Iglica A, Rama A, Tancical, Jusufovi C.S, Ajanovic A, et al. Predictive value of SAPS II and APACHE II scoring systems for patient outcome in a medical intensive care unit'. *Acta medica academica*. 2016;45(2):97-103.
56. Huggins EL, Bloom SL, Stollings JL. A clinic model: Post-intensive care syndrome and post-intensive care syndrome-family. *AACN Adv Crit Care* 2016; 27:204–211.
57. Michopoulos I, C. Kalkavoura, P. Michalopoulou, K. Fineti, G. Kalemi, ML. Psarra, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Psychiatriki* 2007, 18:217–224.
58. Pappa E, Kontodiopoulos N, Niakas D. Psychometric evaluation and normative data for the Greek SF-36 survey using a large urban population sample. *Archives of Hellenic Medicine*. 2006: 159-166.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο της έρευνας:

Καταγραφές που αφορούν τους ασθενείς που εισέρχονται στη μελέτη

Ερευνητικό κέντρο..... Ονοματεπώνυμο.....

Διεύθυνση..... Τηλέφωνο.....

.... Email..... Κωδικός.....

Αξιολόγηση και παρακολούθηση ασθενών στη ΜΕΘ

ΜΕΘ¹ ☐ ΜΕΘ² ☐ Φύλλο1.Α ☐ 2.Θ ☐

Ηλικία _____ έτη

☐ Αιτία εισόδου στη ΜΕΘ _____

☐ Ημερομηνία εισαγωγής στη ΜΕΘ ____/____/____

☐ Διαγνωστική κατηγορία κατά την εισαγωγή Α

1. Χειρουργική ☐ 2. Μη χειρουργική ☐

☐ Διαγνωστική κατηγορία κατά την εισαγωγή Β

1. Καρδιαγγειακή ☐ 2. Αναπνευστική ☐ 3. Γαστρεντερολογική ☐

4. Νευρολογική ☐ 5. Σήψη ☐ 6. Τραύμα (και ΚΕΚ) ☐ 7. Μεταβολική ☐

8. Αιματολογική ☐ 9. Νεφρική ☐ 10. Γυναικολογική ☐ 11. Ορθοπεδική ☐

☐

Συνυπάρχουσες νόσοι (κυκλώστε την επιλογή ΝΑΙ, όπου ισχύει)

☐

KAMIA.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΗΠΑΤΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΝΕΦΡΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΑΛΛΗ	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ	ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ
ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ.....	1. ΝΑΙ	0. ΟΧΙ			

☐ **Κριτήριο εισαγωγής μηχανικός αερισμός πάνω από 72h** 1.ΝΑΙ ☐ 0. ΟΧΙ ☐

☐ **Κριτήρια αποκλεισμού**

1. Ηλικία <18 έτη ☐ 2. Νόσος τελικού σταδίου ☐

3. Ασθενείς προερχόμενοι από άλλη ΜΕΘ ☐

4. Ασθενείς που μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ επανεισαχθήκαν σε αυτή ☐

5. Άρνηση ☐ 6. Ψυχασθένεια ☐

☐

☐ **Εισαγωγή στη μελέτη:** 1. ΝΑΙ 0. ΟΧΙ

☐ **Score βαρύτητας την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ**

SOFA: _____, APACHE II ____/____%

- ☐ **Ημέρες σε μηχανικό αερισμό στη ΜΕΘ:** _____
- ☐ **Ημέρες καταστολής στη ΜΕΘ:** _____
- ☐ **Ημερομηνία εξόδου από ΜΕΘ** ____/____/____ **Διάρκεια παραμονής ΜΕΘ.....ημέρες**
- ☐ **Έκβαση ασθενούς στην έξοδο από ΜΕΘ**
1. ΜΑΦ ☐
2. ΚΛΙΝΙΚΗ ☐
1. Παθολογική ☐ 2. χειρουργική ☐ 3. Ουρολογική ☐
4. Ορθοπεδική ☐
5. Νευρολογική ☐ 6. Νευροχειρουργική ☐ 7. Αιματολογική ☐
8. Ογκολογική ☐
9. Πνευμονολογική ☐ 10. Γναθοχειρουργική ☐ 11. Καρδιολογική ☐
12. Θωρακοχειρουργική ☐ 13. Καρδιοχειρουργική ☐
14. Ψυχιατρική ☐
15. Πλαστική Χειρουργική ☐ 16. Γαστρεντερολογική ☐
3. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ☐
4. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΑΛΛΗ ΜΕΘ ☐
5. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ☐ 6. ΘΑΝΑΤΟΣ ☐
- , Ημερθαν: ____/____/____

Φόρμα 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) ΗΛΙΚΙΑ Έτη

2) ΦΥΛΛΟ..... 1=Ανδρας 2= Γυναίκα

3) ΈΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

4) ΕΡΓΑΣΙΑ 1=ΝΑΙ 0= ΟΧΙ

5) ΕΙΔΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ

1=ΓΟΝΕΑΣ , 2= ΚΟΡΗ / ΓΙΟΣ, 3=ΑΔΕΡΦΟΣ/Η, 4= ΣΥΖΥΓΟΣ

5= ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ, 6= $\geq 3^{\text{ΟΥ}}$ ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ

6) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ)

0= ΚΑΝΕΝΑ 7= ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1= ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ) 8= ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

2= ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ 9= ΗΠΑΤΙΚΑ

3= ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ 10= ΝΕΦΡΙΚΑ

4= ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ 11= ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΑ

5= ΑΛΛΑ 12= ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ

6= ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

7) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1= ΚΑΛΗ 2=ΜΕΤΡΙΑ 3=ΚΑΚΗ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (HADS)

Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

A	D	A	D
Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	
3	Τον περισσότερο καιρό	Σχεδόν όλο τον καιρό	3
2	Πολύ καιρό	Πολύ συχνά	2
1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Μερικές φορές	1
0	Καθόλου	Καθόλου	0
Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου	
0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Καθόλου	0
1	Όχι στον ίδιο βαθμό	Περιστασιακά	1
2	Λίγο μόνο	Αρκετά συχνά	2
3	Καθόλου	Πολύ συχνά	3
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	
3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	Ακριβώς	3
2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	2
1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	1
0	Καθόλου	Την φροντίζω όπως πάντοτε	0
Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρώδη όψη των πραγμάτων		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	
0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	3
1	Μπορούσα	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	2
2	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	1
3	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	Καθόλου	0
Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα	
3	Πάρα πολύ καιρό	Τόσο όπως και στο παρελθόν	0
2	Πολύ καιρό	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα	1
1	Όχι τόσο συχνά	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα	2
0	Πολύ λίγο	Καθόλου	3
Νιώθω κεφάτος		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού	
3	Ποτέ	Πράγματι πολύ συχνά	3
2	Όχι συχνά	Αρκετά συχνά	2
1	Μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	1
0	Τον περισσότερο καιρό	Καθόλου	0
Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	
0	Ακριβώς	Συχνά	1
1	Συνήθως	Μερικές φορές	2
2	Όχι συχνά	Όχι συχνά	3
3	Καθόλου	Πολύ σπάνια	0

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____

1. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ SF-36

ΕΡ.1.	Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι...ΔΙΑΒΑΣΤΕ	Β)	Γ)	Δ)
Εξαιρετική.....		1	1	1
Πολύ καλή.....		2	2	2
Καλή.....		3	3	3
Μέτρια.....		4	4	4
Κακή.....		5	5	5

ΕΡ.2.

Συγκριτικά με πριν από ένα χρόνο πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα...ΔΙΑΒΑΣΤΕ

Πολύ καλύτερη από ότι ένα χρόνο πριν	1	1	1
Κάπως καλύτερα από ότι ένα χρόνο πριν.....	2	2	2
Περίπου ή ίδια με ένα χρόνο πριν	3	3	3
Κάπως χειρότερη από ότι ένα χρόνο πριν	4	4	4
Πολύ χειρότερη από ότι ένα χρόνο πριν.....	5	5	5

ΕΡ.3.	Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Σήμερα, η κατάσταση της υγείας σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο;	Ναι, περιορίζονται πολύ			Ναι, περιορίζονται λίγο			Όχι δεν περιορίζονται καθόλου		
		Β)	Γ)	Δ)	Β)	Γ)	Δ)	Β)	Γ)	Δ)
A. Έντονες δραστηριότητες όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση.....		1	1	1	2	2	2	3	3	3
B. Μέτριες δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας.....		1	1	1	2	2	2	3	3	3
C. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων		1	1	1	2	2	2	3	3	3
D. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων		1	1	1	2	2	2	3	3	3
E. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου		1	1	1	2	2	2	3	3	3
F. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα		1	1	1	2	2	2	3	3	3
G. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμισι χιλιόμετρο		1	1	1	2	2	2	3	3	3
H. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων		1	1	1	2	2	2	3	3	3
I. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου		1	1	1	2	2	2	3	3	3
J. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε		1	1	1	2	2	2	3	3	3

ΕΡ.4.	Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις	Ναι	Όχι
-------	--	-----	-----

*Ψυχολογικές Διαταραχές και Ποιότητα Ζωής της Οικογένειας του Βαρέως Πάσχοντος Ασθενούς Μετά την Εξοδό
του από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*

καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

- A.** Μειώσατε **το χρόνο** που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες
- B.** Καταφέρατε να κάνετε **λιγότερα** από όσα θα θέλατε
- C.** Περιορίσατε **το είδος** της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας
- D.** Είχατε **δυσκολία** στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας (για παράδειγμα χρειάστηκε να καταβάλετε περισσότερη προσπάθεια)

B)	Γ)	Δ)	B)	Γ)	Δ)
1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2

ΕΡ.5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως μελαγχολία ή άγχος)** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

- A.** Μειώσατε **το χρόνο** που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες
- B.** Καταφέρατε να κάνετε **λιγότερα** από όσα θα θέλατε
- C.** Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο **προσεκτικά** όσο συνήθως

Ναι			Όχι		
B)	Γ)	Δ)	B)	Γ)	Δ)
1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2
1	1	1	2	2	2

ΕΡ.6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα

στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	B)	Γ)	Δ)
Καθόλου	1	1	1
Ελάχιστα	2	2	2
Μέτρια	3	3	3
Αρκετά	4	4	4
Πάρα πολύ	5	5	5

ΕΡ.7. Πόσο **σωματικό πόνο** νοιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	B)	Γ)	Δ)
Καθόλου	1	1	1
Πολύ λίγο	2	2	2
Λίγο	3	3	3
Μέτριο	4	4	4
Έντονο	5	5	5
Πολύ Έντονο	5	5	5

ΕΡ.8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο **ο πόνος** εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

B)	Γ)	Δ)
----	----	----

*Ψυχολογικές Διαταραχές και Ποιότητα Ζωής της Οικογένειας του Βαρέως Πάσχοντος Ασθενούς Μετά την Εξοδό
του από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*

Καθόλου	1	1	1
Λίγο	2	2	2
Μέτρια	3	3	3
Αρκετά	4	4	4
Πάρα πολύ	5	5	5

ΕΡ.9.

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πως νοιώθατε και το πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σ' αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις 4 τελευταίες εβδομάδες...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Πάντα			Τις πιο πολλές φορές			Αρκετά συχνά			Μερικές φορές			Όχι συχνά			Ποτέ		
Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5

ΕΡ.10.

Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, για πόσο καιρό **η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Β)	Γ)	Δ)
Πάντα	1	1	1
Τις πιο πολλές φορές	2	2	2
Μερικές φορές	3	3	3
Όχι συχνά	4	4	4
Ποτέ	5	5	5

ΕΡ.11.

Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά **καθένα** από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Απόλυτα σωστό			Μάλλον σωστό			ΔΓ			Μάλλον λάθος			Απόλυτα λάθος		
Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ	Β	Γ	Δ
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5
1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5

- Α.** Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους.....
- Β.** Είστε τόσο υγιής όσο και κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε
- Γ.** Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει
- Δ.** Η υγεία σας είναι εξαιρετική.....

