



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ : ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Συγγενείς Ασθενών Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του
Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών: Διερεύνηση των επιπέδων Άγχους, Κατάθλιψης
και Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες**

Ελευθερία Κοντοπυράκη

A.M:20180966

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Στεφανάτου Πενταγιώτισσα

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Τσάλτα Ελευθερία

Βλασσοπούλου Μαρία

Αθήνα , Ιανουάριος 2021

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Τσάλτα που πίστεψε από την αρχή αυτό το ερευνητικό εγχείρημα και με ενθάρρυνε να το πραγματοποιήσω, την κυρία Στεφανάτου για την καθοδήγηση της όλο αυτό το διάστημα, τις γνώσεις και την προσήνεια της σε κάθε μας επικοινωνία. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τη Βάσω που κάναμε όλο αυτό το ταξίδι παράλληλα και μοιραστήκαμε συναισθήματα, σκέψεις και ανησυχίες. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Χάρη, τη Μαρία, τον Νίκο, τη Δέσποινα και το λοιπό προσωπικό της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών για την αγαστή συνεργασία που είχαμε.

Στον Μάριο και τον Βασίλη,

Που μου δείχνουν τον δρόμο

της αυτοβελτίωσης

Ας κάνουμε τον κόσμο μας καλύτερο,

ας κοιτάζουμε τον δίπλα μας δίχως άμυνες

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη- Λέξεις κλειδιά.....	8
Εισαγωγή	12
1. Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	18
1.1 Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	18
1.2 Άγχος Κατάθλιψη και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	21
1.3 Άγχος Κατάθλιψη και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στους συγγενείς των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	34
2. Βασικοί στόχοι της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις.....	42
2.1 Σύγκριση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ γενικού πληθυσμού και συγγενών ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	42
2.2 Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες....	43
2.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συγγενή που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες....	45
2.4 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των Μονάδων Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ.....	47
3. Μέθοδος.....	49
3.1 Δεοντολογία της έρευνας.....	49
3.2 Μέθοδος.....	49
3.3 Δείγμα.....	50
3.4 Έντυπο συγκατάθεσης και τήρησης εχεμύθειας.....	51

3.5 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	51
3.5.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών- Δημογραφικών Χαρακτηριστικών.....	51
3.5.2 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Αρνητικών Συναισθημάτων του Άγχους της Κατάθλιψης και του Στρες.....	52
3.5.3 Κλίμακα IES-R (Impact of Event Scale Revised- Greek Version)	56
3.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	60
3.7 Μεθοδολογικοί περιορισμοί.....	61
4. Αποτελέσματα.....	62
4.1 Κοινωνικά και Δημογραφικά στοιχεία.....	62
4.2 Συμπτωματολογία Άγχους Κατάθλιψης και Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες- Έλεγχος Κανονικότητας των Δεδομένων.....	66
4.3 Συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ΚΑΡΔ.....	70
4.4 Παράγοντες του ασθενούς που επηρεάζουν την εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς.....	72
4.4.1 Επίδραση της ηλικίας του ασθενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών.....	73
4.4.2 Επίδραση του φύλου του ασθενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών.....	74
4.4.3 Επίδραση του τύπου εισαγωγής του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	75
4.5 Παράγοντες του συγγενούς που επηρεάζουν τα επίπεδα της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες του.....	76
4.5.1 Επίδραση της ηλικίας του συγγενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	76
4.5.2 Επίδραση φύλου του συγγενή στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	77

4.5.3 Επίδραση της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	78
4.6 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των στις Μονάδες Βαρέων Πασχόντων στο ΚΑΤ.....	80
5. Συζήτηση.....	84
5.1 Σύγκριση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ γενικού πληθυσμού και συγγενών ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.	85
5.2 Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	87
5.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συγγενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	91
5.4 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των Μονάδων Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ.....	96
5.5 Περιορισμοί της έρευνας και προτεινόμενες παρεμβάσεις.....	99
5.6.Συμπεράσματα.....	101
Βιβλιογραφία.....	104
Παράρτημα.....	119

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα είχε στόχο τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Στην μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σύγκριση των επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας με τα αντίστοιχα που επικρατούν στον γενικό πληθυσμό. Επίσης μελετήθηκε η επίδραση κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των συγγενών στην υπό διερεύνηση συμπτωματολογία. Τέλος, έγινε μία σύγκριση των επιπέδων της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, με τα αντίστοιχα των συγγενών πασχόντων που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ.

Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν 56 συγγενείς καρδιολογικών ασθενών. Οι συμμετέχοντες της έρευνας κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα, μία δήλωση τήρησης εχεμύθειας, ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών και παραμέτρων νοσηλείας του συγγενούς τους, ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης των αρνητικών συναισθημάτων του άγχους της κατάθλιψης και του στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS21) (Lyrakos et al., 2011) και μία κλίμακα για την καταγραφή του μετατραυματικού στρες (Post Traumatic Stress Disorder- PTSD) (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Mystakidou et al., 2007).

Αποτελέσματα: Στο δείγμα της μελέτης οι συμμετέχοντες ήταν 25 γυναίκες και 31 άντρες με μέση ηλικία 43 και 45 έτη αντίστοιχα. Από τις βαθμολογίες των ψυχομετρικών εργαλείων προέκυψε ότι το 37,5%, το 51,8% και το 44,6% του δείγματος παρουσιάζει ανυψώσεις στις κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και της διαταραχής μετατραυματικού στρες αντίστοιχα. Όσον αφορά το φύλο, φάνηκε ότι οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες έχουν την τάση να εκδηλώνουν υψηλότερη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επίσης βρέθηκε ότι η μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αυξάνει τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επιπλέον η σχέση του συγγενούς με τον ασθενή φάνηκε να επιδρά στη συμπτωματολογία διαταραχής άγχους και μετατραυματικού στρες. Τέλος βρέθηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ του ΚΑΤ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας.

Συμπεράσματα: Η νοσηλεία ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί μία στρεσογόνο εμπειρία που συνδέεται με αυξημένη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Συνεπώς είναι σημαντικό οι υπηρεσίες υγείας να λάβουν μέτρα προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες ολόκληρης της οικογένειας.

Λέξεις κλειδιά: ΜΕΘ, ΜΕΘ ΚΑΡΔ, ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΘΛΙΨΗ, ΔΜΤΣ

Abstract

The purpose of this study is to investigate the symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder of family members of Cardiac Intensive Care Unit (CICU) of Hellenic Naval Hospital patients during their stay in the unit. This research includes a comparison of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder between relatives of Cardiac Intensive Care Unit (CICU) of Hellenic Naval Hospital patients and general people. In addition, sociodemographic and clinical features of patients and their relatives were investigated about their impact on psychological symptoms of family members. Moreover, this study aimed to compare symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder between family members of Cardiac Intensive Care Unit (CICU) of Hellenic Naval Hospital patients and family members of Intensive Care Unit (ICU) of KAT Attica General Hospital patients.

Method: Fifty-six first-degree relatives of patients treated in the CICU of Hellenic Naval Hospital were investigated for symptoms of early posttraumatic stress reaction, anxiety, and depression. Relatives gave informed consent for the study and they completed: a sociodemographic and clinical features questionnaire, the Depression Anxiety and Stress Scale, (DASS21, Lyrakos et al., 2011) and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R, Mystakidou et al., 2007).

Results: Twenty-five women and thirty-one men were recruited for this study. The mean age was 43years for women and 45years for men. High rates of anxiety (51,8%), depressive (37,5%), and posttraumatic stress (44,6%) symptoms were recorded. Women exhibited higher levels of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder than men did. It was found that unplanned admission of the patient to

the CICU increases the levels of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder. The relationship to the patient, was significantly associated with anxiety and post-traumatic stress symptoms. ICU patients' relatives reported significantly higher number of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder than CICU patients' relatives.

Conclusions: Relatives of CICU patients also suffer symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder, and services should address this need.

Key words: ICU, CICU, ANXIETY, DEPRESSION, PTSD

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καρδιαγγειακές νόσοι είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Οι προσπάθειες αντιμετώπισης τους εστιάζονται στα εντατικά μέτρα θεραπείας στα οποία εισάγεται ο ασθενής από τη θεραπευτική ομάδα της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Dominian & Dobson, 1969). Ωστόσο, η εισαγωγή ενός ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σηματοδοτεί την έννοια του επείγοντος και της απειλής. Σύμφωνα με τους Eshah και Rayan (2015) η εισαγωγή ενός συγγενούς σε μονάδες αυξημένης φροντίδας – όπως η Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή Στεφανιαία Μονάδα- ισοδυναμεί με στρεσογόνο παράγοντα. Οι αιτίες εισαγωγής των ασθενών είτε στη Στεφανιαία Μονάδα είτε στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που αποτελεί εξέλιξη της πρώτης, ποικίλουν, ωστόσο πάντα συσχετίζονται με καρδιαγγειακές παθήσεις και συνοδές επεμβατικές διαδικασίες.

Η νοσηλεία στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενδέχεται να είναι άλλοτε πιο σύντομη και άλλοτε χρονοβόρα, άλλοτε για πρώτη φορά κι άλλοτε επαναλαμβανόμενη, άλλοτε με θετική έκβαση και άλλοτε με δύσκολη αποκατάσταση και ίσως ακόμη και με μοιραία αποτελέσματα. Κατά συνέπεια, πυροδοτεί πλήθος συναισθημάτων τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους, τα συναισθήματα αυτά δύναται να εναλλάσσονται αναλόγως των περιστάσεων, να βοηθούν την προσαρμογή των ατόμων στις νέες συνθήκες και να προάγουν τη λειτουργικότητα τους. Ενίοτε όμως, τα συναισθήματα αυτά, από μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες δυσκολεύουν την προσαρμογή και τη λειτουργικότητα των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε τέτοιες εμπειρίες.

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ένας ασθενής υποστεί καρδιακό επεισόδιο, αλλάζουν τα δυναμικά της οικογένειας (Thompson & Cordle, 1988). Η απειλή της ζωής του ασθενούς επιφέρει δυσκολίες στην οικογένεια και την μεγαλύτερη επιβάρυνση υφίσταται συνήθως η σύζυγος. Παρόλο που η αρνητική συναισθηματική κατάσταση ποικίλει μεταξύ των ατόμων, στρες, άγχος και κατάθλιψη είναι οι πιο κοινές μορφές συναισθηματικής επιβάρυνσης που μπορούν να παρατηρηθούν μεταξύ ανθρώπων που εκτίθενται σε έντονα γεγονότα (McAdam & Puntillo, 2009). Ακόμη, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο, τόσο ο ασθενής όσο και η σύντροφός του είναι πολύ πιθανόν να βρίσκονται σε μία κατάσταση σοκ, την οποία ξεπερνούν σταδιακά όταν ο ασθενής διαφεύγει του κινδύνου (Thompson & Cordle, 1988).

Στη μελέτη των Skelton και Dominian (1973), όλες οι σύζυγοι των ασθενών που νοσηλεύονταν για καρδιολογική αιτία (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου- OEM) ανέφεραν ότι βίωναν δυσφορία λόγω του αναπάντεχου και της σοβαρότητας της ασθένειας του συζύγου τους. Πιο συγκεκριμένα ανέφεραν ότι ένιωσαν μούδιασμα και πανικό, ενώ πολλές ένιωσαν ότι δεν συμβαίνει πραγματικά το γεγονός. Την εισαγωγή του συγγενούς τους στο νοσοκομείο συνόδευαν συναισθήματα θλίψης και απώλειας που αποδίδονταν στην απειλή της ζωής του συζύγου τους, στην πιθανή μόνιμη αναπηρία του, στον φόβο μη νοσήσει ξανά από το ίδιο αίτιο ή ακόμη χειρότερα μην καταλήξει. Επίσης πολλές γυναίκες ανέφεραν ότι βίωναν ενοχή και κατηγορούσαν τον εαυτό τους για την ασθένεια του συζύγου τους (Skelton & Dominian, 1973). Η έντονη ψυχολογική φόρτιση των συντρόφων των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη και διατήρηση αυξημένων επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και χαμηλής αίσθησης ελέγχου της όλης κατάστασης (Moser & Dracup, 2004). Οπότε, η επίδραση της καρδιολογικής ασθένειας και κυρίως του εμφράγματος του μυοκαρδίου

δεν πρέπει να αξιολογείται μεμονωμένα σε σχέση με τον ασθενή, καθώς πιθανολογείται ότι έχει σοβαρές επιπτώσεις στον/στην σύντροφο και ιδίως στη σύζυγο η οποία ενδέχεται να υφίστανται μεγάλη συναισθηματική δυσφορία από το όλο συμβάν (Skelton & Dominian, 1973).

Ωστόσο, η βοήθεια και στήριξη τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας αναμένεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας. Σε μία ποιοτική μελέτη, ο Tapp (2004) ανέδειξε την ανάγκη των μελών της οικογένειας των ασθενών με καρδιολογικές ασθένειες για ενθάρρυνση και συναισθηματική υποστήριξη στις δυσάρεστες ψυχολογικές συνέπειες που υφίστανται ως απόρροια της καρδιολογικής ασθένειας των συντρόφων τους. Παρόλα αυτά, οι επαγγελματίες υγείας και δει το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να εστιάζει την παροχή φροντίδας μόνο στον ασθενή (Bedsworth & Molen, 1982). Οι Bedsworth και Molen (1982) στην μελέτη τους αναφέρουν ότι οι φόβοι των συζύγων των ασθενών που βρίσκονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου, ποικίλουν και συνοψίζονται στον φόβο απώλειας του συντρόφου, στον φόβο της αλλαγής των δικών τους στόχων ζωής και κινήτρων, στον φόβο για αλλαγές στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας όπως και της γενικότερης δομής της. Επιπλέον ανέφεραν ότι στους συγγενείς εντοπίζονται φόβοι για το περίεργο νοσοκομειακό περιβάλλον, ενώ ακόμη και στην περίπτωση της θετικής έκβασης της πορείας της υγείας του ασθενούς, παραμένει η αγωνία για ενδεχόμενο νέο έμφραγμα.

Παρά τους φόβους και τις αγωνίες τους, οι σύζυγοι των ασθενών αναγνωρίζουν ότι προτεραιότητα των επαγγελματιών υγείας είναι ο ασθενής τους και κατανοούν το γεγονός ότι είναι πολύ απασχολημένοι για να φροντίσουν και τη λοιπή οικογένεια (Hampe, 1975). Ταυτόχρονα, σε καταστάσεις όπου έχουν γίνει επεμβατικές διαδικασίες στην καρδιά και που ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευθεί στην ανάλογη

μονάδα εντατικής φροντίδας, η νοσηλευτική φροντίδα τείνει να επικεντρώνεται αναφορικά με τους συγγενείς, στην παροχή πληροφοριών για την περιεγχειρητική περίοδο και αναφορικά με τους ασθενείς, στην ανακούφιση τους από το άγχος (Hamester et al., 2016). Σε αυτές τις περιπτώσεις θα ήταν πολύ βοηθητικό να δοθεί περισσότερη προσοχή στη φροντίδα σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Η φροντίδα αυτή είναι σημαντικό να εμπεριέχει την ενημέρωση σχετικά με την πρόοδο του ασθενούς, την πληροφόρηση για τις ενδείξεις που καθιστούν κάποιες διαδικασίες απαραίτητες να γίνουν και τη διαβεβαίωση ότι ο ασθενής λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Thompson & Cordle, 1988).

Επιπροσθέτως, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η οικογένεια αποτελεί ίσως το πιο σημαντικό κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εισέρχεται και αντιμετωπίζεται η ασθένεια (Stern & Pascale, 1979), καθώς η οικογένεια ορίζει αν ένα μέλος αναλάβει ή όχι τον ρόλο του ασθενούς, το είδος της φροντίδας που θα επιλέξει και τον βαθμό της συμμόρφωσής του με την συνιστώμενες ιατρικές οδηγίες, συνάγεται ότι η οικογένεια αποτελεί την πρωταρχική μονάδα για την υγεία και την ιατρική φροντίδα (Litman, 1974). Ειδικότερα στην περίπτωση που ο ασθενής χρήζει της φροντίδας της Στεφανιαίας Μονάδας ή της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, τότε ένα μέλος από την οικογένεια τείνει να είναι ο «σημαντικός άλλος» που θα συντονίσει τις διαδικασίες για την αναζήτηση της κατάλληλης ιατρικής βοήθειας (Hackett & Cassem, 1969).

Σε δεύτερο χρόνο, η κατανόηση του γεγονότος από την πλευρά της συζύγου, η στάση που θα διατηρήσει και οι τρόποι διαχείρισης της κρίσιμης αυτής κατάστασης, είναι σημαντικοί πυλώνες στην αποκατάσταση του ασθενούς (Skelton & Dominian, 1973). Ειδικότερα, η αρχική νοσηλεία του ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαμορφώνει και τη στάση της συζύγου που θα

υιοθετήσει κατά τη νοσηλεία του συζύγου και κατά την ανάρρωσή του, η οποία «αρχική στάση» δύναται να τροποποιηθεί μόνο με την ακριβή ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό (Skelton & Dominian, 1973). Η στάση αυτή είναι πολύ σημαντική καθώς η υποστηρικτική φροντίδα του/της συζύγου διευκολύνει την επιτυχή αποκατάσταση και προσαρμογή του ασθενούς έπειτα από την εμπειρία ενός οξέος καρδιακού επεισοδίου, ωστόσο υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία σχετικά με την εμπειρία του οξέος καρδιακού επεισοδίου από την πλευρά του/της συντρόφου (Randall, Molloy, & Steptoe, 2009).

Η κρίσιμη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, οι ειδικές συνθήκες αυξημένης φροντίδας των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, ο επικείμενος φόβος αναπηρίας ή και θανάτου, αποτελούν πρόκληση για τους συγγενείς και φίλους του ασθενούς. Τα στοιχεία αυτά αλληλοεπιδρούν με τα στοιχεία της προσωπικότητάς των συγγενών του ασθενούς, τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα γεγονότα και το πλαίσιο στο οποίο διάγουν τον βίο τους και ενδέχεται να έχουν ποικίλες ψυχολογικές επιπτώσεις. Παρόλο που έχουν γίνει κάποιες έρευνες που περιγράφουν την επίδραση της καρδιολογικής ασθένειας ενός μέλους στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (ιδιαίτερα στις συζύγους), είναι λίγα τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη σύνδεση της ψυχολογικής επιβάρυνσης στα μέλη της οικογένειας από τη νοσηλεία ενός μέλους στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Eshah & Rayan, 2015). Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην επικέντρωση των μελετών στην καρδιολογική ασθένεια και στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η ρουτίνα των ίδιων των ασθενών. Το καρδιακό επεισόδιο και γενικότερα η καρδιολογική ασθένεια ενδέχεται να τροποποιήσουν τους ρόλους που είχαν αναλάβει οι ασθενείς στο σύστημα της οικογένειας. Συνεπώς τα διαθέσιμα δεδομένα περιορίζονται στους ρόλους που κατέχουν οι ασθενείς και αποφεύγουν να διερευνήσουν την επίδραση της καθυστερητής

εμπειρίας της νοσηλείας ενός συγγενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Eshah & Rayan, 2015).

Συνοψίζοντας, προκύπτει ότι το σύστημα της οικογένειας αφενός δύναται να επηρεαστεί έντονα από τη νοσηλεία ενός μέλους της στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και αφετέρου ότι η οικογένεια κατέχει καίριο ρόλο στην ανάρρωση και στην αποκατάσταση του μέλους της. Συνεπώς θα ήταν βοηθητικό να θεωρείται από τους επαγγελματίες υγείας ως μία εμπειρία που τη βιώνουν δύο άτομα και άρα θα έπρεπε να υπάρχει επίγνωση της δυσφορίας και των δύο και της δυνητικής ανάγκης για περαιτέρω υποστήριξη όπου είναι αυτό απαραίτητο (Randall, Molloy, & Steptoe, 2009). Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών του ασθενούς που νοσηλεύεται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τα οποία είναι διαθέσιμα έως σήμερα είναι αφενός περιορισμένα και αφετέρου υπάρχει ερευνητικό κενό σχετικά με τον ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός αυτής της ερευνητικής προσπάθειας είναι η κάλυψη του ερευνητικού κενού μέσω της διερεύνησης της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΜΕΘ ΚΑΡΔ). Επίσης, η μελέτη αποβλέπει στην αξιολόγηση των αναγκών των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ώστε μελλοντικά να σχεδιαστούν και οι ανάλογες παρεμβάσεις για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Τέλος, από την έρευνα αυτή θα καταδειχθούν παράμετροι που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την εμφάνιση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών αυτών.

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1.1 Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις- όπως αναφέρθηκε- είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Πιο συγκεκριμένα φαίνεται να είναι η δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως μετρώντας 17 εκατομμύρια θανάτους για το έτος 2013 (Bowry , Lewey , Dugani & Choudhry, 2015). Προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των απωλειών από καρδιαγγειακά αίτια έχει συσταθεί ένα νέο είδος Μονάδας Εντατικής Θεραπείας σε πολλά γενικά νοσοκομεία τα τελευταία χρόνια. Η Μονάδα αυτή ονομάζεται Καρδιαγγειακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και πρόκειται για μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που δέχεται σοβαρά καρδιαγγειακά περιστατικά (Gidwani & Kini, 2013). Στην Ελλάδα, η μονάδα με αυτές τις αρμοδιότητες ονομάζεται Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Πριν τη σύσταση των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ ΚΑΡΔ) είχε προηγηθεί η ίδρυση των Στεφανιαίων Μονάδων για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών με καρδιαγγειακές παθήσεις.

Οι Στεφανιαίες Μονάδες αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1960 και ήταν μία σημαντική εξέλιξη στην καρδιολογία, καθώς η τακτική παρακολούθηση από το εξειδικευμένο προσωπικό, η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και οι ιατρικές παρεμβάσεις μπορούσαν να μειώσουν τη θνητότητα που οφειλόταν καρδιαγγειακές επιπλοκές όπως καρδιογενές σοκ και αρρυθμίες (Walker, West & Ray, 2012). Οι πρώτες Στεφανιαίες Μονάδες συστάθηκαν ως ανεξάρτητες μονάδες για έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των αρρυθμιών και των οξέων εμφραγμάτων μυοκαρδίου. Έπειτα, ακολούθησε η πρώτη περιγραφή των Μονάδων Εντατικής Καρδιακής Φροντίδας από τον Julian (1987) στην Βρετανική Θωρακική Κοινότητα το 1961. Τα περιστατικά που περιέθαλπε ήταν ασθενείς που είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του

μυοκαρδίου, οι οποίοι ήταν υπό παρακολούθηση ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κοιλιακής μαρμαρυγής. Παρά την προσπάθεια, δεν φάνηκε να υπάρχει μεγάλη βελτίωση στην κατάσταση των ασθενών, μέχρις ότου να θεσμοθετηθούν συγκεκριμένες αλλαγές, όπως θεραπευτικά πρωτόκολλα και τυποποίηση των διαδικασιών (Killip & Kimball, 1967).

Πλέον οι μονάδες αυτές παρέχουν τις υποδομές και τη δυνατότητα νοσηλείας και θεραπείας πολλών καρδιαγγειακών παθήσεων. Κατά αυτόν τον τρόπο οι πρότερες Στεφανιαίες Μονάδες μετονομάστηκαν σε Καρδιολογικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οι Καρδιολογικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι ένας εξειδικευμένος τομέας του νοσοκομείου που έργο του είναι η φροντίδα ασθενών με σοβαρές καρδιολογικές ασθένειες όπως, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) και αρρυθμίες καθώς και την αντιμετώπιση των ενδεχόμενων επιπλοκών όπως καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιογενές σοκ (Kasaoka, 2017). Σημαντικός σταθμός της μετεξέλιξης των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ήταν δύο σημαντικές αλλαγές στα χαρακτηριστικά των ασθενών που περιέθαλπαν και στη διαχείρισή τους οι οποίες απαιτούσαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη λειτουργία των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Οι αλλαγές αυτές αφορούσαν: α) στην εισαγωγή έγκυρων επεμβατικών στρατηγικών για τη θεραπεία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων που καθιστούσαν δυνατή την ταχεία ανάρρωση των ασθενών και την ανάγκη για βραχεία εντατική θεραπεία και β) στην ταυτόχρονη σταθερή αύξηση των ασθενών που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, με πιο δύσκολη πρόγνωση και κατά συνέπεια μεγαλύτερη ανάγκη για παρατεταμένη και πιο σύνθετη εντατική φροντίδα (Hasin et al., 2005).

Ο ρόλος της Καρδιολογικής Εντατικής φροντίδας έχει μετεξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω της διαρκούς προόδου των διαγνωστικών και θεραπευτικών

διαδικασιών στην πρακτική της κλινικής καρδιολογίας (Walker, West & Ray, 2012). Οι εξελίξεις αυτές αφορούν στην επεμβατική αιμοδυναμική παρακολούθηση και στις ενδοστεφανιαίες επεμβατικές διαδικασίες και μέσα. Για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών είναι απαραίτητο να επιλέγονται αποτελεσματικοί τρόποι από την ποικιλία των αιμοδυναμικών πρακτικών που είναι διαθέσιμες πλέον και να προσαρμόζεται η χρήση τους στην εκάστοτε κλινική κατάσταση όπως καρδιογενές σοκ και οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (Kasaoka, 2017). Ταυτόχρονα, το προσωπικό που εργάζεται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οφείλει να είναι εξειδικευμένο και να παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου σε ασθενείς, με ένα μεγάλο εύρος σύνθετων καρδιαγγειακών προβλημάτων που απειλούν ή δύναται να επηρεάσουν τη ζωή τους (Katz & Becker, 2010).

Επίσης λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις Καρδιολογικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχουν συνήθως πολύπλοκα συνοδά προβλήματα όπως αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια, το προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες αυτές πρέπει να έχει την ικανότητα να πράττει συστημική εντατική φροντίδα (Kasaoka, 2017).

Παράλληλα, το περιβάλλον και τα εντατικά μέτρα θεραπείας που απαντώνται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας προσομοιάζουν με τις αντίστοιχες διαδικασίες και μέσα που περιγράφουν την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Συνοπτικώς, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι μία ειδική μονάδα του νοσοκομείου που αναλαμβάνει περιστατικά των οποίων οι ζωτικές λειτουργίες θεωρούνται κρίσιμες μεν, ανακτήσιμες δε (Takroui, 2004). Ωστόσο είναι απαραίτητη τόσο η διαρκής παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών όσο και η εφαρμογή εξειδικευμένων τεχνικών από εξειδικευμένο προσωπικό για την υποστήριξη των οξέων πασχόντων. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν τον μηχανικό αερισμό των ασθενών, την υποστήριξη

του κυκλοφορικού συστήματος και των λοιπών ζωτικών λειτουργιών. Τα εντατικά μέτρα θεραπείας που εφαρμόζονται, καθιστούν δυνατή τη φροντίδα βαρέων πασχόντων και έχουν μειώσει τη θνησιμότητα έως και 60% (Takroui, 2004).

1.2 Άγχος Κατάθλιψη και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Η φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους ανάλογους φορείς (Ocak & Avsarogullari, 2018). Ωστόσο, καθότι η οικογένεια αποτελεί το πιο σημαντικό κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης του ασθενούς, η εκτίμηση των ψυχολογικών αναγκών των μελών της οικογένειας δύναται να μειώσει τη συμπτωματολογία της ψυχολογικής επιβάρυνσης τους που σχετίζεται με την οξεία κατάσταση της υγείας των συγγενών τους (Ocak & Avsarogullari, 2018). Επιπλέον η φροντίδα για τις ψυχολογικές ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αναγνωρίζεται ως σημαντική συνιστώσα ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας (Young et al. 2004).

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επίσης θα παρατεθούν αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα από τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η συμπλήρωση αυτή γίνεται λόγω των ομοιοτήτων των δύο αυτών μονάδων αυξημένης φροντίδας και ελλείπει πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων που να αφορούν αμιγώς τον πληθυσμό της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Αρχικά, εντοπίζεται ότι το «οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου» φαίνεται να αποτελεί μία από τις επικρατέστερες αιτίες εισόδου ενός ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παρότι ένα επεισόδιο οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου δεν είναι πάντα θανατηφόρο, δύναται να αποτελέσει ένα κρίσιμο γεγονός ζωής για τους συζύγους των ασθενών (Fosbøl, et al., 2013). Ωστόσο, ενώ πολλοί έχουν κάνει παρόμοιες παρατηρήσεις, υπάρχουν λίγες συστηματικές μελέτες για την επίδραση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στους συντρόφους των ασθενών σε διεθνή κλίμακα (Fosbøl, et al., 2013).

Οι Skelton και Dominionian (1973) στην έρευνα που διεξήγαγαν στις συζύγους ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εντόπισαν σε υψηλή συχνότητα συναισθήματα απώλειας, κατάθλιψης, άγχους και ενοχής. Το 43% των συζύγων που συμμετείχαν στην έρευνα, παρουσίαζαν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους σοβαρή καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία. Οι γυναίκες με ηλικία μικρότερη των 45 ετών είχαν πιο σοβαρές εκδηλώσεις πένθους σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες. Επίσης αυτή η συμπτωματολογία ήταν πιο συχνή σε γυναίκες με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Τέλος φάνηκε ότι η συμπτωματολογία των γυναικών επηρεαζόταν με κάποιο τρόπο από το οικονομικό τους επίπεδο και την εξάρτηση τους από τον σύζυγό τους.

Επίσης, οι Mayou, Foster και Williamson (1978) πραγματοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε γυναίκες συζύγους ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συζύγου τους το 95% του δείγματος ανέφερε ότι βίωνε άγχος, ενώ το 38% περίπου των συζύγων ανέφερε ότι δυσφορούσε μέτρια προς βαριά. Συμπτώματα όπως κλάματα, διαταραχές ύπνου και όρεξης ήταν τα πιο κοινά. Επίσης, κάποιες γυναίκες επίσης ανέφεραν αίσθημα μωδιάσματος και μη πραγματικού καθώς και μια τάση να προσκολλώνται σε άλλους. Έναν χρόνο έπειτα και

παρά τη θετική έκβαση της υγείας του ασθενούς, τα ψυχολογικά συμπτώματα φάνηκαν να εμμένουν -αν και σε μικρότερη ένταση- στις συζύγους. Οι γυναίκες των ασθενών παρουσίαζαν άγχος κατάθλιψη, κόπωση, ευερεθιστότητα, πτωχή συγκέντρωση και αυπνία και τα συμπτώματα αυτά παρέμεναν σε συχνότητα και ένταση όπως και στους συντρόφους τους. Το άγχος ήταν επίσης αισθητό στην σεξουαλική ζωή του ζευγαριού μετά το καρδιακό επεισόδιο, παρότι σχεδόν τα μισά ζευγάρια των ασθενών ανέφεραν ότι δεν είχε αλλάξει το επίπεδο της σεξουαλικής τους ζωής. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι γυναίκες που είχαν ιστορικό με ψυχολογικά συμπτώματα παρουσίασαν σοβαρότερη συμπτωματολογία από τις υπόλοιπες.

Κατά την ίδια χρονική περίοδο εκπονήθηκε μία έρευνα από τους Croog και Fitzgerald (1978), στην οποία μελετήθηκε η σταθερότητα και οι μεταβολές της αναφερόμενης συμπτωματολογίας άγχους κατά τη διάρκεια ενός έτους. Έγιναν συνεντεύξεις σε 263 συζύγους ασθενών που είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε δύο χρονικές στιγμές. Οι πρώτες συνεντεύξεις έγιναν ένα μήνα μετά το εξιτήριο του συζύγου τους και οι δεύτερες, έναν χρόνο μετά το εξιτήριο του συζύγου. Τα ευρήματα που προέκυψαν έδειξαν ότι, τα επίπεδα του αναφερόμενου στρες από τα υποκείμενα παρέμεινε σχετικά σταθερό κατά τη διάρκεια του χρόνου. Επίσης, προέκυψαν κάποιες ενδείξεις ότι υπάρχει κάποιου είδους σχέση μεταξύ της βαρύτητας της ασθένειας του συντρόφου με το άγχος που βιώνει η σύζυγος. Ακόμη, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στα αναφερόμενα επίπεδα άγχους μεταξύ συζύγων με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο και εθνικότητα. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι Ιταλίδες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από ότι οι Βρετανίδες, οι Αμερικανίδες και οι Ιρλανδές, κάτι που μπορεί να αποδοθεί στις διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές και στον διαφορετικό τρόπο που εκφράζονται. Επίσης, το υποκειμενικό άγχος που ανέφεραν οι γυναίκες σύζυγοι φαίνεται να αποτελεί μέρος του

γενικότερου άγχους που βιώνουν. Το άγχος αυτό γίνεται φανερό στην κυκλοθυμία και συνδέεται με την έλλειψη οικογενειακής ευτυχίας και δεν φαίνεται να συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την επιβάρυνση του νοικοκυριού από την ασθένεια του συζύγου, την εργασιακή απασχόληση της συζύγου, την ηλικία και την κοινωνική-οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Τα προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα επαληθεύτηκαν και συμπληρώθηκαν από τα ευρήματα των Stern και Pascale (1979). Από την έρευνά τους προέκυψε ότι οι γυναίκες σύζυγοι των ασθενών που νοσηλεύονταν έπειτα από έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσίασαν άγχος ή κατάθλιψη σε ποσοστό 26% κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συζύγου τους. Τα συμπτώματα που ανέφεραν έτειναν να μιμούνται αυτά του συζύγου τους και περιλάμβαναν κεφαλαλγίες, ζαλάδες, αίσθημα μη κανονικής αναπνοής ή πόνο στο στήθος. Μάλιστα, οι Stern και Pascale (1979) εντόπισαν ότι οι κύριες ανησυχίες των συζύγων αφορούσαν στην επιβίωση του ασθενούς και στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας (αφορά τις οικογένειες από τις χαμηλότερες οικονομικά τάξεις). Επίσης, οι σύζυγοι που εμφάνιζαν άγχος ή κατάθλιψη ανησυχούσαν κι ένιωθαν ότι ίσως συνέβαλαν κι εκείνες στην πρόκληση του εμφράγματος του συζύγου. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέφεραν ότι είχαν μοιραστεί προβλήματα της οικογένειας με τον σύζυγό τους τον κατά τον μήνα που συνέβη το έμφραγμα (Stern & Pascale, 1979).

Την εν λόγω συμπτωματολογία μελέτησαν επίσης οι Thompson και Cordle (1988). Από την έρευνά τους προέκυψε ότι όλες οι γυναίκες σύζυγοι των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου) ανέφεραν συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης που σχετιζόταν με την κατάσταση υγείας του συντρόφους τους. Περίπου το 67% των

γυναικών ανέφερε υψηλά επίπεδα άγχους, με το 41% εκ του οποίου ιδιαίτερα υψηλά. Ταυτόχρονα το 37% του δείγματος παρουσίαζε σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Λίγο αργότερα, οι Langeluddecke και συν. (1989) επικεντρώθηκαν στο στάδιο νοσηλείας στην στεφανιαία μονάδα πριν την επέμβαση coronary artery bypass graft surgery (CAGS). Από την έρευνα αυτή προέκυψε σημαντική ψυχολογική νοσηρότητα στους συντρόφους των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα το 33%-50% από αυτούς, παρουσίασαν κλινικώς σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και /ή αγχώδους και γενικότερα σημαντική ψυχοκοινωνική έκπτωση. Πριν την επέμβαση οι σύντροφοι των ασθενών σημείωσαν στην κλίμακα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αλλά χαμηλότερη από τους ασθενείς που παρουσίαζαν κατάθλιψη. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα για την αγχώδη συμπτωματολογία που συσχετίζεται με το συμβάν.

Ακόμη, οι Kettunen, Solovieva, Laamanen, και Santavirta (1999) διεξήγαγαν μία έρευνα κατά την οποία προσπάθησαν να μελετήσουν τις φοβίες και τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι σύζυγοι των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και την επίδραση της υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας στην προσαρμογή τους. Το δείγμα τους το αποτελούσαν 47 γυναίκες και 10 άντρες και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοβίες των συζύγων μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο παράγοντες: σε αυτές που συνδεόταν με την ασθένεια του συντρόφου τους και στις προσωπικές φοβίες. Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα ήταν η έκπτωση της λειτουργικότητας, η συναισθηματική δυσφορία και η ευαλωτότητα. Κατά τις στατιστικές αναλύσεις βρέθηκε ότι η συναισθηματική δυσφορία μπορούσε να προβλεφθεί από τους προσωπικούς φόβους, την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, την αντίδραση στο σοκ, την εν γένει σωματική κατάσταση του ασθενούς και

από το χρονικό διάστημα που είχε παρέλθει από το έμφραγμα. Η έκπτωση της λειτουργικότητας μπορούσε να προβλεφθεί από την σωματική κατάσταση του ίδιου του συγγενούς και τους προσωπικούς φόβους ενώ η ευαλωτότητα μπορούσε να προβλεφθεί από τη σωματική κατάσταση και την υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, οι Kettunen, Solovieva, Laamanen, και Santavirta (1999) συμπέραναν ότι σε περιπτώσεις εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι αντιδράσεις και οι ανάγκες των συζύγων, προκειμένου να επέλθει βέλτιστη αποκατάσταση του ασθενούς.

Επίσης, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην εμφάνιση και διατήρηση της συμπτωματολογίας άγχους στους συγγενείς των ασθενών με οξείες καρδιολογικές ασθένειες, μελετήθηκε και από τους Stewart, Davidson, Meade και Hirth (2000). Το δείγμα αποτελούσαν 14 ασθενείς που είχαν επιβιώσει από έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι σύντροφοί τους. Από την έρευνα αυτή βρέθηκε ότι τόσο οι ασθενείς των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας όσο και οι σύντροφοί τους, ανέφεραν παρόμοια επίπεδα άγχους, το οποίο είχε συναισθηματικές επιπτώσεις και αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Στην ίδια μελέτη, οι ασθενείς και οι σύντροφοι τους αναφέρθηκαν σε ανεπαρκή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας και ανεπαρκή υποστήριξη.

Συνεχίζοντας την περιγραφή των επιπέδων άγχους στους συντρόφους των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οι Micik & Borbasi (2002), διερεύνησαν την ενδεχόμενη διαφοροποίηση των επιπέδων της συμπτωματολογίας άγχους σε άντρες και γυναίκες συζύγους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες σύντροφοι ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιολογική επέμβαση εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά άγχους σε σχέση με τις γυναίκες συντρόφους. Κατά τον σχολιασμό των αποτελεσμάτων σχετικά με αυτή τη διαφοροποίηση, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η υψηλότερη θνητότητα και

νοσηρότητα των γυναικών που έχουν υποστεί κρίσιμο καρδιακό επεισόδιο και η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη οδηγεί στην εκδήλωση της αγχώδους συμπτωματολογίας. Ωστόσο υποστήριξαν ότι τα επίπεδα άγχους που παρουσιάζουν οι άντρες σύζυγοι ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τον συζυγικό τους ρόλο και να επιβαρύνουν τις συζύγους τους κατά την ανάρρωση από ένα χειρουργείο ανοικτής καρδιάς (Micik & Borbasi, 2002).

Σε μία μετέπειτα προσπάθεια ενδεδειγμένης διερεύνησης της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών από την νοσηλεία του συντρόφου στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και της επίδρασης αυτής στην αποκατάσταση των ασθενών οι Moser και Dracup (2004) παρατήρησαν ότι οι σύζυγοι ασθενών που έχουν υποστεί καρδιακό επεισόδιο, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους ίδιους τους ασθενείς. Επίσης, δεν σημειώθηκε διαφοροποίηση από την επίδραση του φύλου των συζύγων. Ταυτόχρονα οι ασθενείς εξέφρασαν ότι είχαν αυξημένο αίσθημα ελέγχου της κατάστασής τους σε σχέση με τους συγγενείς. Ακόμη, τα ευρήματα του άγχους, της κατάθλιψης και η αίσθηση ελέγχου παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του πάσχοντος στην ασθένεια. Φάνηκε επίσης ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια επηρεάζεται περισσότερο από το επίπεδο άγχους του συντρόφου παρά από το άγχος του ασθενούς. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαίωσαν την άποψη των ερευνητών ότι παρά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι σύζυγοι των νοσηλευόμενων της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στην μετέπειτα αποκατάστασή και συμμόρφωση στον νέο τρόπο ζωής μετά το εξιτήριο τους, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ένα κενό στην συστηματική έρευνα που αφορά στην εν γένει ψυχολογική δυσφορία των συζύγων και των μελών

της οικογένειας κατά τη διάρκεια της παραμονής ενός μέλους της οικογένειας στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Παράλληλα οι Joeekes και συν. (2005) αξιολόγησαν κι εκείνοι τους συντρόφους και πιο συγκεκριμένα τις γυναίκες συζύγους των ασθενών που είχαν υποστεί καρδιακό επεισόδιο. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι οι γυναίκες αυτές παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σε αυτήν την μελέτη δεν φάνηκαν να διαφέρουν τα επίπεδα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συζύγων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης το 30% των συμμετεχόντων σημείωσε βαθμολογία μεγαλύτερη από το διαχωριστικό κριτήριο της αγχώδους συμπτωματολογίας που σημαίνει ότι παρουσίαζε από ήπια έως βαριά αγχώδη συμπτωματολογία. Τέλος το 3% των συμμετεχόντων σημείωσε βαθμολογία πάνω από το διαχωριστικό κριτήριο για την κατάθλιψη. Η τιμή αυτή είναι ενδεικτική του γεγονότος ότι ενώ το ποσοστό των ατόμων που παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν ήταν μεγαλύτερο του γενικού πληθυσμού, η δυσφορία από τη συμπτωματολογία που ανέφερε ήταν σημαντική.

Επίσης, η ανασκόπηση των Randall, Molloy και Steptoe (2009) συμφωνεί ότι ένα οξύ καρδιακό συμβάν έχει σημαντική επίδραση και στον/στην σύζυγο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, από τη μελέτη αυτή συνάγεται ότι οι σύντροφοι των ασθενών φαίνεται να είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η ψυχολογική αυτή δυσφορία που βιώνουν ενδέχεται να επιβαρύνει σε σοβαρότητα και διάρκεια την ήδη υπάρχουσα δυσφορία των ασθενών. Επίσης, η δυσφορία, το άγχος και η καταθλιπτική συμπτωματολογία που βιώνουν οι σύζυγοι των ασθενών που έχουν υποστεί καρδιακό επεισόδιο, μπορεί να υπερκεράσει χρονικά την οξεία φάση του επεισοδίου, να συνεχίσει και να επηρεάσει την ανάρρωση του ασθενούς. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και παροχή πληροφοριών και

συμβουλευτικής φαίνεται να λειτουργούν επιβαρυντικά στη δυσφορία και στην έκπτωση της λειτουργικότητας του συντρόφου του ασθενούς (Randall, Molloy, & Steptoe, 2009).

Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα στην Ιορδανία από τους Eshah και Rayan (2015), το δείγμα αποτελούσαν 164 συγγενείς ατόμων που νοσηλεύονταν στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Από το δείγμα συλλέχθηκαν δεδομένα κοινωνικά και δημογραφικά καθώς επίσης τους χορηγήθηκε ένα ψυχομετρικό εργαλείο διερεύνησης του άγχους της κατάθλιψης και του στρες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το 49% του δείγματος παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία, το 61% αγχώδη συμπτωματολογία και το 65% στρες. Η ψυχολογική επιβάρυνση φάνηκε να συνδέεται με το φύλο, την βαρύτητα της ασθένειας και το επίπεδο μόρφωσης των ατόμων του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες σύζυγοι παρουσίασαν υψηλότερη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και στρες. Επίσης, άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φάνηκαν να παρουσιάζουν υψηλότερη συμπτωματολογία. Τέλος οι συγγενείς των ασθενών με σοβαρές καρδιολογικές ασθένειες ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Αναφορικά με το φύλο και τη σχέση με τον ασθενή, τα δεδομένα έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που έγιναν σε συγγενείς ασθενών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Guntupalli et al., 2011. Mc Adam & Puntillo, 2009. Pochard et al., 2005).

Από την άλλη πλευρά, σε μεταγενέστερη έρευνα (Fosbøl, et al., 2013), επιβεβαιώθηκε ότι οι σύζυγοι των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, είτε ήταν θανατηφόρο, είτε όχι, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Fosbøl, et al., 2013). Ωστόσο, βρέθηκε ότι οι άνδρες σύζυγοι καρδιολογικών ασθενών τείνουν να έχουν υψηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που δύναται να

απαιτήσουν θεραπεία με αντικαταθλιπτική αγωγή και βενζοδιαζεπίνες, σε σχέση με τις γυναίκες συζύγους ασθενών με καρδιολογική ασθένεια (Fosbøl, et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες σύζυγοι που είναι νεότεροι σε ηλικία τείνουν να καταφεύγουν σε αντικαταθλιπτική αγωγή και βενζοδιαζεπίνες ενώ οι σύζυγοι που είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία φαίνεται να ζητούν νοσοκομειακή φροντίδα για την κατάθλιψη (Fosbøl, et al., 2013). Το εύρημα αυτό μπορεί ερμηνευθεί ως εξής: ότι οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να θεραπεύουν τους συζύγους νεαρής ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη πιο «επιθετικά», ενδεχομένως για να είναι πιο άμεσα ορατό το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, για τους άνδρες συζύγους μεγαλύτερης ηλικίας που τείνουν να παρουσιάζουν κατάθλιψη μεγαλύτερης βαρύτητας, η επαφή με τον νοσοκομειακό σύστημα κρίνεται συχνά απαραίτητη (Fosbøl, et al., 2013).

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει το ενδεχόμενο, η νοσηλεία μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου να μην έχει θετική έκβαση και ο ασθενής να καταλήξει. Σε αυτές τις καταστάσεις όπου ο ασθενής πεθαίνει είτε από την ίδια την καρδιολογική ασθένεια είτε από κάποιο άλλο αίτιο, η επίπτωση της κατάθλιψης του συντρόφου είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με τον πληθυσμό των συγγενών που «χάνουν» τον συγγενή χωρίς να έχει προηγηθεί καρδιακό επεισόδιο (Fosbøl, et al., 2013). Στην περίπτωση του καρδιολογικού αιτίου, ο ασθενής πεθαίνει ξαφνικά. Η αναπάντεχη αυτή απώλεια, τα αίτια και οι περιστάσεις που συνέβη φαίνεται να έχουν σημαντική ψυχολογική επίδραση στον σύντροφό που μένει πίσω (Fosbøl et al., 2013). Η κατάσταση την οποία βιώνει ο σύντροφος αυτός διαχωρίζεται σε θεωρητικό επίπεδο από το πένθος και συνάδει περισσότερο με διαταραχή μετατραυματικού στρες (Bonanno & Kaltman, 1999). Ωστόσο έχουν γίνει λίγες μελέτες σχετικά με την επίδραση τόσο θανατηφόρων όσο και μη θανατηφόρων απροσδόκητων κρίσιμων γεγονότων ζωής στην εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και αυτοκτονικότητας στους

συντρόφους τους, ως δείκτες της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Bonanno & Kaltman, 1999).

Σχετικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, σύμφωνα με το DSM-5 (2013), τα άτομα που δυνητικά μπορούν να την εμφανίσουν, είναι εκείνα που υφίστανται το γεγονός αλλά και εκείνα που ήταν μάρτυρες του τραυματικού γεγονότος ενώ συνέβαινε σε άλλους ή όταν μαθαίνουν ότι ένα τραυματικό γεγονός συνέβη σε ένα οικογενειακό πρόσωπο ή σε έναν κοντινό φίλο (American Psychiatric Association, 2013, p. 271). Συνεπώς οι συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, είναι εν δυνάμει άτομα που μπορούν να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες επαγόμενη από το καρδιακό επεισόδιο (Vilchinsky, 2017). Αυτό στοιχειοθετείται από το δεδομένο ότι οι συγγενείς των ασθενών, συνήθως είναι παρόντες όταν συμβαίνει το οξύ καρδιακό επεισόδιο, καθότι η μέση ηλικία που συμβαίνει είναι η προχωρημένη ενήλικη ζωή.

Ωστόσο παρά την έντονη ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών, υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την παρουσία διαταραχής μετατραυματικού στρες επαγόμενες από καρδιολογική ασθένεια στους συζύγους των ασθενών και τα οποία προκύπτουν από μελέτες σε συζύγους ασθενών που έχουν κάνει μεταμόσχευση καρδιάς (Vilchinsky, 2017).

Αδιαμφισβήτητα, η έκθεση στο οξύ καρδιακό επεισόδιο του συζύγου σηματοδοτείται από χαρακτηριστικά που είναι ιδιαίτερος τραυματικά. Η εμπειρία αυτή σε συνδυασμό με τον ρόλο του φροντιστή που αναλαμβάνουν συνήθως τα μέλη της οικογένειας και κυρίως οι σύζυγοι, θέτουν αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα σε κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες επαγόμενης από καρδιολογική ασθένεια (Vilchinsky, 2017). Επίσης, ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι οι σύντροφοι παρόντες κατά το συμβάν του καρδιακού επεισοδίου στους αγαπημένους

τους, τους συντροφεύουν κατά την παραμονή τους στην καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας και τους υποστηρίζουν υλικά και συναισθηματικά, μοιράζονται δηλαδή με κάποιον τρόπο την εμπειρία των ασθενών συνεπώς ενδέχεται να αναπτύξουν ευαλωτότητα στην εκδήλωση συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες (Randall, Molloy & Steptoe, 2009).

Παρά τους αυξημένους παράγοντες κινδύνου για την ομάδα των συγγενών των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μόνο μια μελέτη έχει εκπονηθεί και έχει αξιολογήσει την επικράτηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες επαγόμενης από καρδιολογική ασθένεια μεταξύ συζύγων ασθενών που έχουν υποστεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η οποία εκπονήθηκε στο Ισραήλ (Faitet και συν., 2016). Από αυτήν την έρευνα προέκυψε ότι το 13% των ασθενών με καρδιολογική ασθένεια πληρούσαν τα συμπτώματα που συσχετιζόνταν με εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες ενώ το ποσοστό των συντρόφων που παρουσίαζε παρόμοια συμπτωματολογία έφτανε το 25% .

Έχοντας διαπιστώσει την ύπαρξη συμπτωματολογίας αρνητικών συναισθημάτων στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και σε μία προσπάθεια εντοπισμού των παραγόντων που επιβαρύνουν αυτήν την κατάσταση οι Beccaria και συν. (2008) μελέτησαν 41 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και διαπίστωσαν ότι κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου βιώνουν άγχος που συνοδεύεται από δυσφορία και λύπη. Επίσης, συνήθως το άγχος είναι υψηλότερο όταν τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται στον χώρο αναμονής για το επισκεπτήριο και περιμένουν πληροφόρηση σχετικά με την πορεία της υγείας του συγγενούς τους (Munday, Kynoch, & Hines, 2013), ενώ σε περιπτώσεις επεμβατικών διαδικασιών δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το είδος της επέμβασης (Hamester et al., 2016).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η επαφή με το νοσοκομειακό περιβάλλον και η προσμονή ότι θα συναντήσουν τον «δικό τους» άνθρωπο να περιβάλλεται από εξειδικευμένο εξοπλισμό παρακολούθησης των ζωτικών του λειτουργιών, προκαλεί αμφιβολίες και άγχος στα μέλη της οικογένειας (Maestri , Nascimento, Bertoncetto, & Martins, 2012). Επιπλέον, η περιεγχειρητική περίοδος των διαδικασιών που περιλαμβάνουν επεμβατικές διαδικασίες που αφορούν στη λειτουργία της καρδιάς, εκθέτει τους ασθενείς και την οικογένειά τους σε καταστάσεις που τους κάνει να βιώνουν έντονο στρες και άγχος (Hamester et al.,2016). Ωστόσο η κατάσταση φαίνεται να είναι επιβαρυντική εν γένει, καθώς τόσο η εισαγωγή στο νοσοκομείο τους συγγενούς όσο και οι επεμβατικές διαδικασίες και η ανάρρωση σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας προκαλούν άγχος εξαιτίας του γεγονότος ότι η οικογένεια πρέπει να αντιμετωπίσει μία άγνωστη κατάσταση και ότι η πορεία του ασθενούς είναι αβέβαιη (Beuter et al., 2012, Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιαστούν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Καθότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ορίζεται ως μία ξεχωριστή μονάδα αυξημένης φροντίδας του νοσοκομείου και διαθέτει τόσο εξειδικευμένο προσωπικό όσο και εξοπλισμό, προσομοιάζει στο περιβάλλον της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Σημαντικό σημείο αναφοράς και για τις δύο Μονάδες είναι η βαρύτητα και η κρισιμότητα της κατάστασης των περιστατικών που νοσηλεύουν. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και λόγω της ύπαρξης ερευνητικού κενού στην περιγραφή της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών των ασθενών των Καρδιολογικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και δει στον ελληνικό πληθυσμό γίνεται αυτή η συμπλήρωση του θεωρητικού υποβάθρου των ερευνητικών υποθέσεων.

1.3 Άγχος Κατάθλιψη και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στους συγγενείς των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι μία στρεσογόνος εμπειρία τόσο για τους συγγενείς όσο και για τους ασθενείς καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν ένα άγνωστο περιβάλλον, διαγνωστική και προγνωστική αβεβαιότητα, ενώ ταυτόχρονα ελλοχεύει ο κίνδυνος τόσο της απώλειας του ασθενούς όσο και της έκπτωσης της ποιότητας ζωής εν γένει (Garrouste-Orgeas et al., 2017). Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι το 2010 στο συνέδριο της Society of Critical Care Medicine (SCCM) περιεγράφηκε το σύνδρομο Post Intensive Care Syndrome (PICS) που περιλαμβάνει τις συνέπειες της νοσηλείας του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που αφορούν στον σωματικό, γνωστικό και ψυχολογικό τομέα τόσο των συγγενών όσο και των ασθενών (Elliott et al., 2014. Needham et al., 2012). Ο αυξημένος αριθμός των περιστατικών που εξέρχονταν της κρίσιμης κατάστασής μετά της νοσηλείας τους στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και οι συγγενείς τους αντίστοιχα, βρισκονταν υπό τον κίνδυνο εκδήλωσης οργανικής συμπτωματολογίας. Συμπτώματα ψυχιατρικών διαταραχών και γνωστικής έκπτωσης διαρκούσαν μήνες ή ακόμη και χρόνια μετά το εξιτήριο του συγγενούς τους από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Elliott et al., 2014). Επίσης, στην έρευνα των Schmidt και Azoulay (2012) αναφέρθηκε το σύνδρομο PICS προκειμένου να περιγράψει την ψυχολογική επιβάρυνση που έπεται της νοσηλείας ενός συγγενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αυτή η έρευνα στόχευε στην εκτίμηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και στην μείωση της συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και στρες στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Από τα ευρήματα προέκυψε αγχώδη συμπτωματολογία στο 70% των συγγενών που αποτελούσαν το δείγμα, ενώ το 35% παρουσίαζε συμπτωματολογία που παρέπεμπε σε κατάθλιψη.

Όσον αφορά στην ψυχιατρική κατάσταση των ασθενών, έχει μελετηθεί επισταμένως η συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) στα κρίσιμα περιστατικά και βρέθηκε ότι η επικράτηση της συμπτωματολογίας είναι σημαντικά αυξημένη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Myhren et al., 2014). Ωστόσο έχει δοθεί λιγότερη βαρύτητα στην διερεύνηση της αντίστοιχης συμπτωματολογίας στον πληθυσμό των συγγενών των ασθενών αυτών (Johnson et al., 2019). Σε μελέτες που έχουν γίνει μέχρι πρότινος αναφορικά με αυτό το αντικείμενο, το εύρος των αποτελεσμάτων είναι μεγάλο.

Πιο συγκεκριμένα, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της Αμερικής σημειώθηκε στους συγγενείς των ασθενών συμπτωματολογία άγχους από 10-42% και κατάθλιψης 16-35% (Anderson et al., 2008. Siegel et al., 2008. Guntupalli et al., 2007). Επίσης σε μία εκτεταμένη έρευνα στη Γαλλία όπου συμμετείχαν 78 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, από τα 544 άτομα των συγγενών των ασθενών που ήταν το δείγμα της μελέτης, το 73% ανέφερε αγχώδη συμπτωματολογία και το 35% καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών νοσηλείας του συγγενούς τους (Rochar d et al., 2005). Η συμπτωματολογία αυτή δεν φάνηκε να επηρεάζεται από την τελική έκβαση του ασθενούς όπως ανάρρωση ή θάνατος (Rochar d et al., 2005).

Σε μία προγενέστερη μελέτη των Rochar d και συν. (2001) σε 43 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στη Γαλλία είχε βρεθεί ότι περισσότερο από το 72,7% των συγγενών που επισκέπτονταν τον συγγενή του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παρουσίαζε αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Πιο συγκεκριμένα για το 84% αυτών των συγγενών, η σχέση με τον ασθενή ήταν «σύντροφος ζωής». Οι παράγοντες που βρέθηκαν να συνδέονται με την παρουσία της αγχώδους συμπτωματολογίας ήταν: η χρονιότητα της ασθένειας του μέλους που νοσηλεύόταν, η σχέση με τον ασθενή όπως

αναφέρθηκε πιο πριν (με τους συντρόφους να επιβαρύνονται περισσότερο), το γυναικείο φύλο, η ύπαρξη αιτήματος για ψυχολογική υποστήριξη, η παρεχόμενη υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας και κάποιοι ακόμη παράγοντες σχετικά με τον οργανισμό λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Επίσης, παράγοντες που βρέθηκε ότι συνδέονται με την παρουσία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν: η ηλικία του ασθενούς, η σχέση με τον ασθενή (με τους συντρόφους να είναι πιο ευάλωτοι), το γυναικείο φύλο, η εθνικότητα και πάλι κάποια στοιχεία του πλαισίου όπως απουσία χώρου αναμονής και αντιφάσεις κατά την πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας.

Αναφορικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, σε μία μελέτη που έλαβε χώρα στην Ινδία, από τα 199 άτομα που σχημάτιζαν το δείγμα των συγγενών των ασθενών, το 79% παρουσίαζε συμπτωματολογία που παρέπεμπε σε διαταραχή μετατραυματικού στρες (Pillai et al., 2006). Στα περισσότερα άτομα, η συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες μειώνονταν με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο 14% του δείγματος συνέχιζε να παρουσιάζει σοβαρή συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες ακόμη και δύο χρόνια από το εξιτήριο του συγγενούς του από την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Pillai et al., 2006).

Σε μία μεταγενέστερη έρευνα σχετικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Pillai et al., 2010), ο ερευνητικός στόχος ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που προμήνυαν την ανάπτυξη και εκδήλωση συμπτωματολογίας που παραπέμπει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών αυτών. Το δείγμα το αποτελούσαν 166 συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας τις τελευταίες 5 ημέρες. Για την αξιολόγηση του άγχους χορηγήθηκε η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και για την αξιολόγηση της

ευαλωτότητας στην εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες η κλίμακα Impact of Event Scale Revised (IES-R).

Τα αποτελέσματα για το άγχους είχαν ως εξής: το 48% των συγγενών, σημείωνε στην κλίμακα HADS βαθμολογία ανώτερη του διαχωριστικού κριτηρίου (>11). Ωστόσο δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση της βαθμολογίας του άγχους με το φύλο, το εισόδημα του ασθενούς, την επαγγελματική κατάσταση, την ηλικία του ασθενούς ή των τρόπο πληρωμής των λογαριασμών του. Ωστόσο φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας του άγχους και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και του τραύματος της εισαγωγής του ασθενούς τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Τα αποτελέσματα για την ευαλωτότητα στην διαταραχή μετατραυματικού στρες έδειξαν ότι κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 120 από τους 166 συγγενείς σημείωσαν στην κλίμακα IES-R βαθμολογία μεγαλύτερη του διαχωριστικού κριτηρίου (>26) και δεν φάνηκε κάποια συσχέτιση με το φύλο, την επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, και τη σχέση με τον ασθενή. Ωστόσο οι συγγενείς με υψηλότερη βαθμολογία στην IES-R ήταν γονείς. Επίσης, με τις υψηλές βαθμολογίες στην IES-R συνδέθηκε το τραύμα κατά την εισαγωγή του ασθενούς, η υψηλή βαθμολογία στη HADS και ο τρόπος αποπληρωμής των λογαριασμών. Δύο μήνες μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, τα ποσοστά άγχους φάνηκαν να μειώνονται, ωστόσο το 35% των συγγενών συνέχισε να παρουσιάζει συμπτωματολογία που παρέπεμπε σε αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες. Μελετώντας τους παράγοντες που επηρέαζαν τη συμπτωματολογία αυτή, οι ερευνητές κατέληξαν ότι μόνο η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα HADS (>11) μπορούσε με στατιστικώς σημαντικό τρόπο να προβλέψει την ανάπτυξη συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Την ίδια χρονιά σε μία έρευνα που έγινε σε συγγενείς ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας οι οποίοι είχαν δυσμενή πρόγνωση μελετήθηκαν να επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (McAdam, 2010). Το δείγμα αποτελούσαν 74 συγγενείς βαρέων πασχόντων και η αξιολόγησή τους έγινε τέσσερις ημέρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 57% του δείγματος ανέφερε συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες σε μέτριο έως πολύ σημαντικό βαθμό. Επίσης το 70% του δείγματος παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία που ήταν κοντά στο διαχωριστικό κριτήριο για τη διάγνωση της κατάθλιψης και 70% του δείγματος παρουσίαζε αγχώδη συμπτωματολογία που ήταν κοντά στο διαχωριστικό κριτήριο για τη διάγνωση αγχωδών διαταραχών. Ταυτόχρονα, περισσότερο από 80% του δείγματος ανέφερε σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα όπως: κόπωση, θλίψη και φόβο, τα οποία προκαλούσαν μέτρια έως έντονη δυσφορία. Παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών, ήταν η νεαρότερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, και η μη καυκάσια φυλή. Από την πλευρά των ασθενών, στατιστικώς σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας φάνηκε να είναι η νεαρότερη ηλικία.

Κατά το έτος 2010 έλαβε χώρα μία ακόμη μελέτη από τους Van Pelt και συν., που διερευνούσε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς τα οποία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχολογικής επιβάρυνσης των φροντιστών τους. Πιο συγκεκριμένα, σε μία προοπτική μελέτη αξιολόγησαν την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την έκπτωση στην ποιότητα της ζωής των φροντιστών και την συνέδεσαν με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ. Το δείγμα αποτελούσαν 48 άτομα εκ των οποίων το 91,2% ήταν γυναίκες, από τις οποίες το 48% συνδεόταν με γάμο με τον ασθενή. Από

τα ευρήματα προέκυψε ότι το φύλο του ασθενούς και πιο συγκεκριμένα το ανδρικό φύλο και η τοποθέτηση τραχειοστομίας στον ασθενή μπορούσαν να αποτελέσουν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογία στον φροντιστή. Ακόμη βρέθηκε ότι η έκπτωση της ποιότητας της ζωής του φροντιστή συνδεόταν με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς, το φύλο του ασθενούς, την ύπαρξη τραχειοστομίας και τον βαθμός αυτονομίας που κατακτούσε σιγά σιγά ο ασθενής.

Την επόμενη χρονιά, ακολούθησε μία έρευνα που το δείγμα της το αποτελούσαν άτομα από την Ινδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), κατά την οποία διερευνήθηκε η συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, καθώς και οι διαφορές αυτών των επιπέδων μεταξύ των ατόμων διαφορετικής εθνικότητας (Gunturalli et al., 2011). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι 21% των συγγενών στην Ινδία παρουσίασαν αγχώδη συμπτωματολογία χωρίς άλλη συννοσηρότητα κάτι που δεν σημειώθηκε στις ΗΠΑ. Καταθλιπτική συμπτωματολογία χωρίς άλλη συννοσηρότητα σημειώθηκε στο 28% των συγγενών στην Ινδία και στο 14% των συγγενών στις ΗΠΑ. Ταυτόχρονη ύπαρξη αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρατηρήθηκε σε ποσοστό 30% στην Ινδία και 5% στις ΗΠΑ. Αναφέρεται ότι δεν παρατηρήθηκε σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία σε κανέναν από τους συμμετέχοντες, ωστόσο επτά άτομα από την Ινδία και δύο από τις ΗΠΑ παρουσίασαν αυτοκτονικότητα. Επίσης τα επίπεδα συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες κυμάνθηκαν σε παρόμοια επίπεδα σε Ινδία και ΗΠΑ με 23% και 14% των συγγενών αντίστοιχα. Σε μία προσπάθεια ερμηνείας των παρατηρούμενων διαφορών βρέθηκε ότι υπάρχουν κάποιοι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών

όπως η ηλικία του ασθενούς, ο τύπος οικογένειας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο όπως και η αντίληψη που έχουν οι συγγενείς για τον τρόπο που ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη διαδικασία της αποκατάστασής του, όπως και ο βαθμός επικείμενης απώλειας του ασθενούς.

Παραμένοντας στο πεδίο της διερεύνησης της ψυχολογικής επίπτωσης της νοσηλείας ενός συγγενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αναφέρεται μία έρευνα που διενεργήθηκε στο Χονγκ Κονγκ και διερεύνησε την αγχώδη συμπτωματολογία (Chui & Chan,2007). Το δείγμα αποτελούσαν 133 άτομα που στην πλειοψηφία τους (95%) ήταν Κινέζοι. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι το 70.7% του δείγματος παρουσίαζε σημαντική αγχώδη συμπτωματολογία και 29.3% μέτρια αγχώδη συμπτωματολογία. Επίσης σημειώθηκε ότι το μέρος του δείγματος που έφερε τη πιο βαριά αγχώδη συμπτωματολογία ήταν γυναίκες, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, που η εισαγωγή του ασθενούς τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας έγινε αναπάντεχα και που χρήζει αυξημένα μέτρα φροντίδας για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών των ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας έχει μελετηθεί και στον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκριμένα στην έρευνα των Παπαρριγοπούλου και συν. (2006) συμμετείχαν 32 άτομα, συγγενείς πρώτου βαθμού, ασθενών που νοσηλεύονταν στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και αξιολογήθηκαν ως προς την παρουσία συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (97%) και διαταραχής μετατραυματικού στρες (81%). Με την πάροδο του χρόνου σημειώνεται μικρή ύφεση με το 87% του δείγματος να παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία και το 59% να φέρει συμπεριφορές που παραπέμπουν σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά δυσφορίας και πιο επίμονη συμπτωματολογία σε σχέση με τους άντρες.

Ταυτόχρονα το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας φάνηκε να είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ο μόνος προβλεπτικός παράγοντας των συμπεριφορών που συνδέονται με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Επιπροσθέτως, το άγχος ως απότοκο των περιστάσεων φάνηκε να είναι ένας προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες ιδιαίτερα για τις γυναίκες. Με βάση αυτά τα δεδομένα οι ερευνητές συμπέραναν ότι η έγκαιρη παρέμβαση στους παράγοντες που συνδέονται με διαταραχή μετατραυματικού στρες δύναται να εμποδίσει την ανάπτυξη πλήρους συμπτωματολογίας της διαταραχής.

Στην ενότητα αυτή έγινε η παρουσίαση σημαντικών ερευνητικών δεδομένων που αφορούν στην ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας αλλά και της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, τα οποία προήλθαν από την ελληνική και κυρίως διεθνή βιβλιογραφία. Στην συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση των στόχων και της μεθοδολογίας της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας.

2 ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο βασικός στόχος της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και πιο συγκεκριμένα στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών.

2.1 Σύγκριση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ γενικού πληθυσμού και συγγενών ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Ο πρώτος επιμέρους στόχος είναι η σύγκριση των επιπέδων της εν λόγω συμπτωματολογίας μεταξύ του γενικού πληθυσμού και του πληθυσμού των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογική Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η σύγκριση αυτή θα γίνει με τη χορήγηση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων. Η υπόθεση θεμελιώνεται στα έως τώρα ευρήματα (Vilchinsky, 2017. Faitet et al., 2016. Fosbøl et al., 2013. Randall, Molloy & Steptoe, 2009. Joeques et al., 2005. Moser & Dracup, 2004. Micik & Borbasi ,2002. Langeluddecke et al., 1989. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominion, 1973) που αναφέρουν αυξημένα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής, μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Συνεπώς αναμένεται ότι στο υπό μελέτη δείγμα θα προκύψουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες συγκριτικά με τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού στα οποία έχουν σταθμιστεί τα ψυχομετρικά εργαλεία.

2.2 Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ο δεύτερος στόχος της παρούσης έρευνας αποσκοπεί να διερευνήσει παράγοντες του ασθενούς που ενδέχεται να επιδράσουν την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών τους. Οι παράγοντες αυτοί είναι το φύλο του ασθενούς, η ηλικία του και το καθεστώς της εισαγωγής του στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ (προγραμματισμένη ή μη).

Κατά τη μελέτη της βιβλιογραφίας παρουσιάζεται ένα ερευνητικό κενό τόσο στον ελληνικό πληθυσμό όσο και στη διεθνή επιστημονική κοινότητα, αναφορικά με τη σχέση μεταξύ των παραμέτρων του ασθενούς που νοσηλεύεται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ και την ψυχολογική επιβάρυνση που ενδέχεται να υφίστανται τα μέλη της οικογένειας. Εν ελλείψει δεδομένων και λόγω των ομοιοτήτων του περιβάλλοντος της ΜΕΘ ΚΑΡΔ με τη ΜΕΘ, χρησιμοποιούνται ευρήματα από τη ΜΕΘ για τη στοιχειοθέτηση των υποθέσεων όπως και στο θεωρητικό μέρος.

Ο πρώτος παράγοντας που διερευνάται είναι η ηλικία του ασθενούς ως προς τον τρόπο που επηρεάζει την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν προκύψει έως σήμερα δεν είναι προς την ίδια κατεύθυνση. Δηλαδή ενώ οι Pocharad και συν. (2001), ο Mc Adam (2010) και οι Gunturalli και συν. (2011) αναδεικνύουν την ισχυρή σύνδεση της ηλικίας του ασθενούς με τα επίπεδα της συμπτωματολογίας του συγγενούς, δείχνοντας ότι η νεαρότερη ηλικία των ασθενών συνδέεται με μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών, από την άλλη πλευρά, οι Pillai και συν. (2010) αναφέρουν ότι η ηλικία του ασθενούς δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχολογικής δυσφορίας που βιώνουν οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω και σε μία προσπάθεια διαλεύκανσης της ύπαρξης σύνδεσης της ηλικίας του ασθενούς με τα επίπεδα συμπτωματολογίας των συγγενών, θα ελεγχθεί η υπόθεση ότι: Υπάρχει διαφοροποίηση στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που εμφανίζουν οι συγγενείς όταν διαφοροποιείται η ηλικία των ασθενών. Αν θα υπάρξει διαφοροποίηση, αναμένεται ότι θα προκύψει αρνητική σχέση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών.

Η δεύτερη παράμετρος του ασθενούς που θα αξιολογηθεί είναι το φύλο του και η επίδραση του στη δυσφορία των συγγενών. Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα από τους Van Pelt και συν. (2010) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το ανδρικό φύλο ασθενούς επιβαρύνει την ψυχική δυσφορία των συγγενών και προκειμένου να προκύψουν επιστημονικά δεδομένα από τον υπό μελέτη πληθυσμό, διατυπώνεται η υπόθεση ότι: το ανδρικό φύλο των ασθενών, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών συγκριτικά με τα αντίστοιχα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών των γυναικών ασθενών.

Η τρίτη παράμετρος του ασθενούς που μελετάται είναι ο τύπος εισαγωγής του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ και η επίδρασή της στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Από την έναρξη λειτουργίας των στεφανιαίων μονάδων έως και την οργάνωση της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελούσε από τις συνήθεις αιτίες εισόδου του ασθενούς στις μονάδες αυτές. Η αναπάντεχη εισαγωγή του ασθενούς και η αβέβαιη πορεία του εστίασε το ενδιαφέρον των ερευνητών με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των δεδομένων που έχουν συλλεγεί για την ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών να προέρχονται από συγγενείς ατόμων που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Fosbøl et al., 2013. Joekes

et al.,2005. Moser & Dracup, 2004. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominian,1973). Επίσης σε έρευνα των Chui και Chan (2007) βρέθηκε ότι η μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αγχώδους συμπτωματολογίας των συγγενών. Λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά δεδομένα και προκειμένου να γίνουν ανάλογες καταγραφές στον ελληνικό πληθυσμό και να ελεγχθεί η επίδραση του παράγοντα της προγραμματισμένης ή ξαφνικής εισαγωγής στην συμπτωματολογία του συγγενούς διατυπώνεται η τρίτη ερευνητική υπόθεση. Η υπόθεση αυτή ισχυρίζεται ότι: Όταν η εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ είναι μη προγραμματισμένη, τα επίπεδα της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες θα αυξάνονται.

2.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συγγενή που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ο τρίτος στόχος της έρευνας αποσκοπεί στο να εξετάσει κοινωνικούς-δημογραφικούς παράγοντες των συγγενών που δύναται να επιδρούν στην υπό μελέτη συμπτωματολογία. Κατά την προαναφερόμενη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρθηκαν παράμετροι όπως το φύλο και η ηλικία του συγγενούς, το κοινωνικό και οικονομικό στάτους, η πληροφόρηση και η παρουσία υποστηρικτικού πλαισίου, οι συνθήκες εισαγωγής, η έκβαση της νοσηλείας και η εθνικότητα. Ωστόσο τα ευρήματα από τους παράγοντες αυτούς δεν είναι πάντα προς την ίδια κατεύθυνση.

Η επίδραση της ηλικίας του συγγενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι ο πρώτος παράγοντας του συγγενούς που θα αξιολογηθεί στην παρούσα έρευνα. Παρότι κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βρέθηκε να έχει μελετηθεί ο παράγοντας αυτός και η επίδρασή του

στην ψυχική δυσφορία των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ ΚΑΡΔ ή στις ΜΕΘ, τα περισσότερα ευρήματα που καταδεικνύουν ψυχική επιβάρυνση, προέρχονται από συζύγους ασθενών που έχουν μέση ηλικία περίπου τα 60 έτη (Moser και Dracup, 2004. Micik & Borbasi, 2002. Skelton & Dominion, 1973). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τα ευρήματα των Leles da Costa Dias και των συνεργατών τους (2019) η κατάθλιψη παρουσιάζει αυξημένη επικράτηση και δυσμενέστερη πρόγνωση σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, διερευνάται αν στο υπό μελέτη δείγμα υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών με την ηλικία τους. Αν θα υπάρξει σχέση μεταξύ τους, αναμένεται ότι θα προκύψει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του συγγενούς και τα επίπεδα συμπτωματολογίας του.

Από την άλλη πλευρά, το φύλο του συγγενούς είναι από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες επίδρασης στη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ωστόσο ενώ η πλειονότητα των ερευνών επιβεβαιώνει ότι το γυναικείο φύλο των συγγενών συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας (Guntupalli et al., 2011. Mc Adam, 2010. Mc Adam & Puntillo, 2009. Pochard et al., 2005. Eshah & Rayan, 2015), η έρευνα των Micik και Borbasi (2002) αναφέρει ότι οι άρρενες συγγενείς συνδέονται με υψηλότερη συμπτωματολογία. Προκειμένου να διασαφηνιστεί η σχέση φύλου συγγενή- επίπεδα συμπτωματολογίας ψυχικής επιβάρυνσης αλλά και να συλλεχθούν και ερευνητικά δεδομένα από τον ελληνικό πληθυσμό, διατυπώνεται και ελέγχεται η υπόθεση ότι: Το γυναικείο φύλο των συγγενών συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης συγκριτικά με τους άνδρες συγγενείς.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση αυτού του ερευνητικού στόχου πραγματεύεται την επίδραση του είδους συγγένειας με τον ασθενή στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους,

κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες του συγγενή. Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος των δεδομένων προέρχεται από συζύγους ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ (Fosbøl et al., 2013. Joekes et al., 2005. Moser & Dracup, 2004. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominian, 1973). Έχοντας αυτό ως δεδομένο και προκειμένου να διερευνηθεί αν το είδος της συγγένειας επηρεάζει τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που βιώνουν οι συγγενείς των ασθενών της ΚΑΡΔ. ΜΕΘ διαμορφώνεται η υπόθεση ότι : Υπάρχει διαφοροποίηση στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες του συγγενούς όταν διαφοροποιείται ο τύπος συγγένειας μεταξύ του συγγενούς και του ασθενούς.

2.4 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των Μονάδων Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ

Ο τρίτος ερευνητικός στόχος είναι η σύγκριση της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών με τα αντίστοιχα των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στις Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής-ΚΑΤ. Παρά τις ομοιότητες όσο αφορά στον εξειδικευμένο ρόλο τους, στο πολύπλοκο περιβάλλον νοσηλείας και στην αυξημένη φροντίδα που παρέχεται, είναι σημαντικό να ερευνηθεί αν η ψυχολογική επιβάρυνση είναι διαφορετική στους δύο αυτούς πληθυσμούς.

Σύμφωνα με έρευνα των Young και συν. (2004), οι συγγενείς των βαρέων πασχόντων της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ανέφεραν σημαντικά υψηλότερο αριθμό συμπτωμάτων κατάθλιψης και παρόμοια συμπτωματολογία άγχους, σε σχέση με τους συγγενείς των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο καρδιάς και νοσηλεύονταν στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τις διαφορές αυτές τις ερμηνεύουν ως αποτέλεσμα των διαφορετικών συνθηκών νοσηλείας και της διαφορετικής διαδικασίας ανάρρωσης των ασθενών τους.

Αναμένεται ότι παρόμοια αποτελέσματα θα προκύψουν και από τους συμμετέχοντες του δείγματος της παρούσας μελέτης, καθώς επίσης αναμένεται ότι θα υπάρχουν διαφοροποιήσεις και στις ανυψώσεις των κλιμάκων διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των Γενικών Μονάδων του ΚΑΤ.

3 ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Δεοντολογία της έρευνας

Η έρευνα έγινε στα πλαίσια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας από την ερευνήτρια. Η ερευνήτρια πήρε άδεια να διεξάγει την έρευνα από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (27-9-2019). Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, έπειτα της ενυπόγραφης ενημέρωσής τους για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους, του δικαιώματός τους να αποχωρήσουν από τη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο της και της διασφάλισης προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων. Όσοι δέχονταν να συμμετάσχουν λάμβαναν αντίγραφο του έντυπου συγκατάθεσης .

3.2 Μέθοδος

Η έναρξη της διαδικασίας σηματοδοτείται την 27/9/2019 όπου έγινε η έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Από τις 30 Σεπτεμβρίου 2019 έως τις 30 Ιανουαρίου 2020 χορηγήθηκαν στους συγγενείς των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών τα εξής:

- Έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα και δήλωση τήρησης εχεμύθειας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1)
- Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2)

- Ερωτηματολόγιο μέτρησης των αρνητικών συναισθημάτων του Άγχους της Κατάθλιψης και του Στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS21) (Lyrakos et al., 2011) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3)
- Η Κλίμακα IES-R (Impact of Event Scale-Revised) για την καταγραφή του μετατραυματικού στρες – Post Traumatic Stress Disorder ή PTSD (Mystakidou et al., 2007) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4)

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια, σε χώρο εντός της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών τις ώρες του απογευματινού επισκεπτηρίου (18.00-18.30). Επίσης παρόλο που τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν είναι αυτοσυμπληρούμενα, η ερευνήτρια ήταν παρούσα για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση. Κατά την έναρξη της χορήγησης γινόταν σαφές ότι δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν αμέσως μετά τη συμπλήρωσή τους ενώ ταυτόχρονα υπήρχε η δυνατότητα για άμεση προφορική ανατροφοδότηση σχετικά με τη διαδικασία για όποιον το επιθυμούσε.

3.3 Δείγμα

Το δείγμα αποτελούσαν συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονταν στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ήταν ενήλικοι και μιλούσαν την ελληνική γλώσσα. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν προφορικά η διευκρινιστική ερώτηση εάν τα άτομα αυτά είχαν βιώσει πρόσφατα κάποιο άλλο έντονο ψυχοπιεστικό γεγονός πέρα από τη νοσηλεία του συγγενούς τους. Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα αποτέλεσαν η ηλικία μικρότερη των 18 ετών, πρόσφατο τραυματικό γεγονός που δεν συνδεόταν με τη νοσηλεία του ασθενούς στην

Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής στον παρόντα χρόνο και η μη συγγενική αλλά φιλική σχέση με τον ασθενή.

Αρχικά προσεγγίσθηκαν 83 συγγενείς από τους οποίους 22 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Το δείγμα του προέκυψε ήταν 61 άτομα 27 άντρες και 34 γυναίκες από το οποίο αποκλείστηκαν 5 άτομα λόγο λήψης ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής. Τελικά το δείγμα που σχηματίστηκε το αποτελούσαν 25 άνδρες (44,6%) και 31 γυναίκες (55,4%)

3.4 Έντυπο συγκατάθεσης και τήρησης εχεμύθειας

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε αρχικά το «Έντυπο συγκατάθεσης και τήρησης εχεμύθειας» που περιλάμβανε τα στοιχεία της ερευνήτριας, τον σκοπό της έρευνας και τους ενδεχόμενους κινδύνους. Τα προσδοκόμενα οφέλη για τους ίδιους και την κοινωνία ενώ ταυτόχρονα διευκρινίζοντας ότι δεν υπάρχει κανένα οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή του ατόμου στην έρευνα. Επίσης αναφορικά με την εμπιστευτικότητα γινόταν σαφές ότι οποιεσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητά των συμμετεχόντων, θα παραμείνουν απόρρητες.

3.5 Ψυχομετρικά Εργαλεία

3.5.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών -Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν σε πληροφορίες για τον συγγενή (συμμετέχοντα), για τον ασθενή και για τη συνολική διαδικασία και συνθήκες της νοσηλείας του. Οι ερωτήσεις προς τον συμμετέχοντα αφορούσαν στα εξής: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, σπουδές, επαγγελματική κατάσταση, οικονομική κατάσταση, σχέση με ασθενή,

σωματική και ψυχική ευεξία. Οι ερωτήσεις σχετικά με τον ασθενή έδιναν πληροφορίες για τα κάτωθι: φύλο, ηλικία, προηγούμενες νοσηλείες, είδος εισαγωγής, σειρά εισαγωγής, αιτιολογία εισαγωγής, διάστημα παραμονής στην Καρδιολογική Μονάδα του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, μηχανική υποστήριξη. Τέλος οι ερωτήσεις για την παραμονή του ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας συνδέονταν με τον βαθμό επικινδυνότητας της κατάστασης του ασθενούς, με την κοινωνική στήριξη που του παρείχε το περιβάλλον του, με τη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας, με την αντίληψη του συμμετέχοντα για την προσωπική συνεισφορά στη φροντίδα του ασθενούς και με την απόσταση νοσοκομείου από σημείο διαμονής.

Οι ερωτήσεις αυτές προέκυψαν έπειτα από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν την ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων των οποίων ο συγγενής χρήζει νοσηλείας με εντατικά μέτρα φροντίδας και παρακολούθησης.

3.5.2 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης των Αρνητικών Συναισθημάτων του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS21, Lyrakos et al., 2011).

Το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης των Αρνητικών Συναισθημάτων του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale, DASS21, Lyrakos et al., 2011) είναι ένα ποσοτικό ψυχομετρικό εργαλείο με τρεις υποκλίμακες που αξιολογούν συνιστώσες των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών. Δεν αποσκοπεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό εργαλείο αλλά αποσκοπεί στο να εκτιμήσει τη δυσφορία που βιώνει το άτομο λόγω των αρνητικών συναισθημάτων (Psychology Foundation of Australia, 2011). Ωστόσο δεν πρόκειται για μία απλή αξιολόγηση της

δυσφορίας, αλλά περισσότερο για μέτρηση των κοινών αιτιών που συντρέχουν το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες χαρακτηριζόμενα ως ένα ξεχωριστό σύνδρομο (Osman et al., 2012). Η χρήση του εργαλείου είναι κατάλληλη για κλινικούς πληθυσμούς καθώς οι μετρήσεις από αυτό το εργαλείο δεν ειδικεύονται στην διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών συνεπώς είναι δύναται να χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ποικίλα κλινικά και ερευνητικά πλαίσια (Osman et al., 2012).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Osman και συν. (2012) το DASS 42 αλλά και το DASS 21 αποτελούν αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων όπως και σε άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια και έθνη (Osman et al., 2012). Όσον αφορά στον ελληνικό πληθυσμό, αρχικά οι Lyrakos και συν. (2011) μετέφρασαν και στάθμισαν την κλίμακα DASS-42. Στη συνέχεια δημιούργησαν τη σύντομη μορφή DASS-21 στηριζόμενοι στην επιλογή των στοιχείων στην οποία είχαν προβεί οι Lovibond και Lovibond, (1995). Έπειτα οι Lyrakos και συν. (2011) προβήκαν στον έλεγχο του εργαλείου DASS-21 στον ελληνικό πληθυσμό. Για την άρτια στάθμιση του ερωτηματολογίου κρίθηκε αναγκαία η χορήγησή της σε μεγάλο δείγμα της ελληνικής κοινωνίας κάτι που έγινε από τους Pezirkianidis και συν. (2018). Σήμερα η κλίμακα DASS-21 έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό με τα εξής ψυχομετρικά χαρακτηριστικά: εσωτερική συνοχή στις τρεις υποκλίμακες δείκτη Cronbach's $\alpha = 0.85, 0.84$ και 0.84 και δείκτη Spearman-Brown coefficients μεταξύ 0.83 και 0.85 (Pezirkianidis et al., 2018). Οι ψυχομετρικές αυτές ιδιότητες του εργαλείου είναι ικανοποιητικές και παρόμοιες με αυτές της διεθνούς βιβλιογραφίας (Lyrakos et al., 2011).

Η κλίμακα DASS-21 είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 21 ερωτήσεων το οποίο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες αυτοαναφοράς οι οποίες έχουν

σχεδιαστεί για να αξιολογούν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η κλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτό-υποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος / συμμετοχής, την ανηδονία και την απάθεια. Η κλίμακα του άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την επίδραση του άγχους στο μυοσκελετικό σύστημα, το άγχος σαν κατάσταση και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους. Τέλος, η κλίμακα του στρες δύναται να εντοπίσει αυξημένα επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης, αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, την υπερδιέγερση, την ευεξαπτότητα, την ευερεθιστότητα / υπέρ-αντιδραστικότητα και την ανυπομονησία (Lyraeos, 2013).

Αναφορικά με την βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου, δεν είναι δυνατή η ύπαρξη κάποιου επιστημονικά τεκμηριωμένου διαχωριστικού κριτηρίου αφού τα σύνδρομα που αφορούν στις διαταραχές της διάθεσης και στις αγχώδεις διαταραχές ποικίλουν σε σχέση με τη βαρύτητα της εκδήλωσής τους (Lyraeos, 2013). Ωστόσο έχουν δημιουργηθεί κατηγορίες σοβαρότητας της συμπτωματολογίας ώστε να είναι ένα βοηθητικό εργαλείο κατά την κλινική εκτίμηση. Συνεπώς, μία βαθμολογία από το ερωτηματολόγιο καταδεικνύει τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας που παρουσιάζει το άτομο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Παρακάτω παρατίθεται ένας πίνακας (Πίνακας 1) που μέσω των διαφορετικών cut-off που αναφέρει, περιγράφει τα διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας της συμπτωματολογίας που περιγράφονται λεκτικά ως ήπια / μέτρια / σοβαρή / εξαιρετικά σοβαρή για κάθε υποκλίμακα του DASS (Lyraeos, 2013).

Κάθε υποκλίμακα απαρτίζεται από 7 ερωτήσεις τις οποίες καλείται να απαντήσει ο ερωτώμενος μέσω μίας τετραβάθμιας κλίμακας τύπου Likert και αναφέρονται στην διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών. Οι απαντήσεις δείχνουν τον

βαθμό στον οποίο αντιπροσωπεύει η πρόταση των συμμετέχοντα και περιλαμβάνουν την εξής διαβάθμιση: 0 = Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 1= Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2= Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, 3= Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές. Η συνολική βαθμολογία της κάθε κλίμακας πολλαπλασιάζεται επί δύο (x2) σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης της κλίμακας DASS-42 και κατά αυτόν τον τρόπο περιγράφεται η αρνητική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου αυτό το διάστημα.

Υψηλότερα σκορ εκφράζουν μεγαλύτερα επίπεδα συμπτωματολογίας κατάθλιψης, άγχους και στρες αντίστοιχα (Lyraeos, 2013). Ωστόσο υπάρχει η δυνατότητα οι raw τιμές που προκύπτουν να μετατραπούν σε sten scores (κλίμακα 1-10), ώστε να είναι πιο εύκολη η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των υποκλιμάκων (Pezirkianidis et al., 2018).

Πίνακας 1

Σοβαρότητα ανάλογα με τη βαθμολογία στην κλίμακα DASS 21 για άγχος στρες και κατάθλιψη

	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Φυσιολογικό Σκορ	0-9	0-7	0-14
Ήπια Έκπτωση	10-13	8-9	15-18
Μέτρια Έκπτωση	14-20	10-14	19-25
Σοβαρή Έκπτωση	21-28	15-19	26-33
Πολύ Σοβαρή Έκπτωση	28+	20+	34+

Πηγή: <http://lyrakosgeorge.weebly.com/epsilonlambda941gammamaxitauepsilon-alpha-941chiepsilonepsilon-940gammachiomicrosigmaf-sigmataurhoepsilonpsilonigmaf-942-kappaalphatau940thetalambdaioptapsieta.html>

Η κλίμακα DASS-21 παρουσιάζει ομοιότητες με άλλα διαθέσιμα ψυχομετρικά εργαλεία όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Ωστόσο, ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το DASS-21 είναι επειδή παρουσιάζει μεγαλύτερη αξιοπιστία συνοχής έναντι της κλίμακας HADS (Sukantarat, Williamson, & Brett, 2007).

3.5.3 Κλίμακα IES-R-Gr (Impact of Event Scale-Revised- Greek Version) για την καταγραφή του Μετατραυματικού Στρες– Post-Traumatic Stress Disorder ή PTSD (Mystakidou et al., 2007)

Στο τέλος της διαδικασίας, χορηγήθηκε η ελληνική έκδοση της κλίμακας Impact of Event Scale-Revised (IES-R-Gr). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα για την καταγραφή του μετατραυματικού στρες ως απόρροια της επίδρασης ενός συγκεκριμένου γεγονότος ζωής (Mystakidou et al., 2007). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή που έπεται της εμπειρίας ενός τραυματικού γεγονότος που περιλαμβάνει πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό (Mystakidou et al., 2007).

Η αρχική κλίμακα Impact of Event Scale (IES) αναπτύχθηκε από τους Horowitz, Wilner, και Alvarez (1979), περιλάμβανε 15 στοιχεία και αξιολογούσε συμπτώματα «εισβολής/αναβίωσης» και συμπτώματα «αποφυγής/ παράλυσης». Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου IES αναπτύχθηκε πριν την αναγνώριση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες ως επίσημη διάγνωση από το Diagnostic Statistical Manual version III (DSM-III), που δημοσιεύθηκε το 1980. Το 1994 όπου δημοσιεύθηκε το Diagnostic Statistical Manual version IV (DSM-IV) οι παράγοντες: «εισβολή/ αναβίωση» και «αποφυγή/παράλυση» αποτελούσαν δύο από τα τέσσερα κριτήρια της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) όπως περιγράφεται στο

DSM-IV. Επίσης, η «εισβολή» και η «αποφυγή» έχουν αναγνωρισθεί ως οι δύο κύριοι μηχανισμοί που επιστρατεύονται κατά την αντιμετώπιση κρίσιμων γεγονότων ζωής (Sundin & Horowitz, 2003).

Στη συνέχεια, στην αναθεωρημένη έκδοση «Impact of Event Scale-Revised, (IES-R)» προστέθηκαν επτά (7) επιπλέον ερωτήματα από τους Weiss και Marmar, (1997) οπότε σχηματοποιήθηκε ένα εργαλείο αυτοαναφοράς 22 στοιχείων. Σκοπός του IES-R ήταν να συμπεριλάβει και τα συμπτώματα της «υπερδιέγερσης», τα οποία αποτελούσαν το τέταρτο κριτήριο για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Από τα ερωτήματα που προστέθηκαν, έξι (6) αναφέρονταν σε συμπτώματα υπερδιέγερσης όπως θυμός, ευερεθιστότητα, αυξημένη επαγρύπνηση (startle response), δυσκολία στη συγκέντρωση κλπ. και ένα (1) αναφερόταν σε ένα νέο στοιχείο εισβολής που αγγίζει την αναβίωση του κρίσιμου γεγονότος με στοιχεία αποσύνδεσης όταν τα άτομα βιώνουν τα πραγματικά flashback.

Η κλίμακα IES-R-Gr (Mystakidou et al., 2007) αποτελεί την ελληνική προσαρμογή του εργαλείου IES-R. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε τρεις θεματικές ενότητες. Πρώτη ενότητα: οχτώ (8) ερωτήσεις περιγράφουν συμπτώματα «διεισδυτικά» (intrusive feelings), όπως εφιάλτες, διεισδυτικές σκέψεις, εικόνες ή συναισθήματα. Δεύτερη ενότητα: οχτώ (8) ερωτήσεις περιγράφουν συμπτώματα «αποφυγής» (avoidance symptoms), τα οποία συνιστούν προσπάθειες του ατόμου να εξομαλύνει ή να αποφύγει εμπειρίες σχετιζόμενες με τραυματικά γεγονότα και τη συνοδευτική απαντητική αδράνεια. Τρίτη ενότητα: έξι (6) ερωτήσεις περιγράφουν συμπτώματα «υπερδιέγερσης» (hyper arousal), όπως θυμός, ευερεθιστότητα, υπέρμετρη έκπληξη, δυσκολία συγκέντρωσης, ψυχοφυσιολογική απόκριση στην έκθεση σε υπενθυμιστικά γεγονότα και υπερεπαγρύπνηση.

Η λίστα των ερωτήσεων αφορούν σε δυσκολίες που έχουν οι άνθρωποι μετά από στρεσογόνα γεγονότα και οι συμμετέχοντες καλούνται να εντοπίσουν πόσο οδυνηρή τους φάνηκε η κάθε δυσκολία τις τελευταίες επτά (7) ημέρες επιλέγοντας έναν αριθμό από την πενταβάθμια απαντητική κλίμακα (0-4) όπου η βαθμολογία 0 αντιστοιχεί στην απάντηση «Καθόλου», η βαθμολογία 1 στην απάντηση «Λίγο», η βαθμολογία 2 στην απάντηση «Μέτρια», η βαθμολογία 3 στην απάντηση «Αρκετά» και η βαθμολογία 4 στην απάντηση «Πάρα πολύ». Το άθροισμα των βαθμολογιών για κάθε επιμέρους θεματική ενότητα κυμαίνεται ως εξής: 0-32 για τα διεισδυτικά συμπτώματα, 0-32 για τα συμπτώματα αποφυγής και 0-24 για τα συμπτώματα υπερδιέγερσης. Συνεπώς η συνολική βαθμολογία της κλίμακα έχει εύρος 0-88.

Όσον αφορά στην αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του IES-R, ο δείκτης Cronbach's alpha είναι ως εξής 0.72 για τα διεισδυτικά συναισθήματα, 0.77 για τα αποφευκτικά συμπτώματα και 0.85 για τα συμπτώματα υπερδιέγερσης. Η συνολική test-retest αξιοπιστία είναι ικανοποιητική ($P < 0.0005$). Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή test-retest αξιοπιστία κατά τη διάρκεια περιόδου μίας εβδομάδας κάτι που καταδεικνύει ότι το IES-R-GR είναι ένα εργαλείο με ικανοποιητική σταθερότητα. Ωστόσο ένας σημαντικός περιορισμός του εργαλείου είναι ότι μεταφράστηκε και στη συνέχεια σταθμίστηκε από την Μυστακίδου και συνεργάτες (2007) σε πληθυσμό με καρκίνο.

Ο τρόπος κατάταξης της βαθμολόγησης του συγκεκριμένου εργαλείου και η ύπαρξη ενός διαχωριστικού κριτηρίου, δεν είναι σαφής και ενιαίος από εκείνους που το χρησιμοποιούν. Το εργαλείο IES-R-Gr όπως και το IES-R δεν είναι διαγνωστικά για τη ΔΜΤΣ αλλά δίνουν τη δυνατότητα να μετρηθεί η υποκειμενική απάντηση σε ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός του γενικού πληθυσμού, παραμένει λοιπόν ένα

εργαλείο ανίχνευσης χωρίς κλινική επικέντρωση και δεν διαθέτει σαφές διαχωριστικό κριτήριο (cut-off) (Christianson & Marren , 2013).

Ωστόσο επειδή πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο έχουν γίνει κάποιες τοποθετήσεις αναφορικά με τη βαθμολόγηση και τη διαχωριστική βαθμολογία. Πιο συγκεκριμένα, οι Weiss και Marmar (1997) πρότειναν να τροποποιηθεί το σύστημα βαθμολόγησης και αντί της άθροισης της βαθμολογίας των επιμέρους συμπτωμάτων να χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των τιμών που παρατηρήθηκαν. Οι Creamer, Bell και Falilla (2003) σε μία έρευνα που έκαναν σε πληθυσμό 120 ανδρών βετεράνων του Βιετνάμ με διαγνωσμένη διαταραχή μετατραυματικού στρες και σε 154 άτομα γενικού πληθυσμού -το οποίο διέφερε ως προς τα επίπεδα συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες- προκειμένου να ελέγξουν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ψυχομετρικού εργαλείου IES-R, βρήκαν ότι το διαχωριστικό κριτήριο του 1.5 (αναφερόμενοι στον μέσο όρο των συμπτωμάτων) ή του 33 (αναφερόμενοι στο συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία των απαντήσεων), παρέχει την καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια για ΔΤΜΣ: διαγνωστική ευαισθησία 0.91 και ειδικότητα 0.82.

Επίσης οι Asukai, Kato, και συν. (2002) προσάρμοσαν το IES-R στα Ιαπωνικά και διερεύνησαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της ιαπωνικής έκδοσης του IES-R. Από τα ευρήματα του προέκυψε ότι τα άτομα που έχουν ΔΜΤΣ ή που εκδηλώνουν μερική συμπτωματολογία ΔΜΤΣ παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα IES-R από ότι τα άτομα χωρίς συμπτωματολογία ΔΜΤΣ. Συνεπώς θεωρούν ότι το IES-R στην Ιαπωνική έκδοση του είναι ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για άτομα με συμπτωματολογία ΔΜΤΣ. Μάλιστα, θεωρούν ότι η χρήση του διαχωριστικού κριτηρίου 24/25 όσον αφορά στο άθροισμα της συνολικής βαθμολογίας των απαντήσεων μπορεί να αποτελέσει το σημείο για κλινική ανησυχία και περαιτέρω

κλινική διερεύνηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία από τους Kawamura, Kim, και Asukai (2001) για την επίδραση της ΔΜΤΣ στο ανοσοποιητικό σύστημα με τη χρήση του εργαλείου IES-R στην ιαπωνική έκδοση, βρέθηκε ότι άτομα με αθροιστική βαθμολογία μεγαλύτερη του 37 παρουσιάζουν μακροχρόνια ανασοκαταστολή και λοιπές επιπλοκές στην υγεία τους.

Αναφορικά με την ελληνική έκδοση, οι Μυστακίδου και συν. (2007) σημείωσαν ότι το IES-R-Gr είναι σε συμφωνία με την αγγλική έκδοση όσον αφορά στα στοιχεία, στις υποκλίμακες και στη μέθοδο βαθμολόγησης. Ο τρόπος βαθμολόγησης που θα ακολουθηθεί στην παρούσα έρευνα είναι σύμφωνος με αυτόν της αγγλικής έκδοσης, οπότε το άθροισμα 33 ή ο μέσος όρος 1,5 θα αποτελούν τα διαχωριστικά κριτήρια όπου μεγαλύτερες τιμές από αυτές θα παραπέμπουν σε αυξημένες πιθανότητες διάγνωσης διαταραχής μετατραυματικού στρες.

3.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιείται το στατιστικό πακέτο IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics 20.0). Η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται σύμφωνα με την Περιγραφική Στατιστική: Ανάλυση Συχνοτήτων στα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία του συγγενούς και του ασθενούς. Επίσης πραγματοποιείται έλεγχος υποθέσεων των παραμετρικών ελέγχων για όλες τις υπό μελέτη μεταβλητές. Επιπλέον, γίνεται έλεγχος «καλής προσαρμογής» των δεδομένων στην κανονική κατανομή με τα κριτήρια Kolmogorov– Smirnov και Shapiro-Wilk .

Οι συγκρίσεις των μεταβλητών που ερευνώνται ως προς την επίδρασή τους σε μία άλλη μεταβλητή/χαρακτηριστικό που αποτελείται από δύο ομάδες (ανεξάρτητα δείγματα), πραγματοποιείται με το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney (U). Ακόμη οι συγκρίσεις των μεταβλητών που ερευνώνται ως προς την επίδρασή τους σε

μία άλλη μεταβλητή/χαρακτηριστικό που αποτελείται από τρεις και πάνω ομάδες, πραγματοποιείται με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis (H).

Ο έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των υπό μελέτη παραγόντων γίνεται με το μη παραμετρικό κριτήριο υπολογισμού του συντελεστή συσχέτισης Spearman rho για τις μετρήσεις που έχουν γίνει σε ιεραρχική κλίμακα.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα οριστεί στο 5% ($p < .05$)

3.7 Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια υπάρχει ο περιορισμός του μικρού αριθμού ασθενών που δύναται να νοσηλεύσει η Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον η συλλογή δεδομένων γίνεται μόνο σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο με συγκεκριμένο πληθυσμό και χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελείται από στρατιωτικούς και μέλη οικογένειας στρατιωτικών, ιδιότητα η οποία επιδρά στον τρόπο που τα άτομα διάγουν τον βίο τους. Επίσης λόγω των συγκεκριμένων επεμβατικών διαδικασιών που γίνονται στο Ναυτικό Νοσοκομείο οι οποίες πραγματοποιούνται συνήθως κατόπιν ραντεβού και η απουσία καρδιοχειρουργικών περιστατικών δεν επιτρέπει να μελετήσουμε ενδελεχώς την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών από τη νοσηλεία του ασθενούς τους καθώς η αίσθηση του επείγοντος που αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα, περιορίζεται.

4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Κοινωνικά και Δημογραφικά στοιχεία

Όπως προαναφέρθηκε στην ενότητα της μεθοδολογίας, το δείγμα αποτέλεσαν 56 άτομα. Αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό τέκνων και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τα δεδομένα είναι όπως φαίνονται και στον Πίνακα 2.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είχε ηλικία μεταξύ 50-59 ετών, ήταν έγγαμο με παιδιά, είχαν αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και κάποιοι από αυτούς είχαν ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σπουδές.

Πίνακας 2

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά, n=56)

	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΑΙΔΙΑ	ΣΠΟΥΔΕΣ
MISSING	0				
ΑΝΔΡΕΣ	25 (44.6%)				
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	31 (55.4%)				
20-29		8 (14.3%)			
30-39		3 (5.4%)			
40-49		15(26.8%)			
50-59		21(37.5%)			
60-69		6 (10.7%)			
>70		3 (5.4%)			
ΑΓΑΜΟΣ/Η			16 (28.6%)		
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η			35 (62.5%)		
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η			5 (8.9%)		
ΠΑΙΔΙΑ				38(67.9%)	
ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ				18(32.1%)	
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ/Η					7 (12.5%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ/ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ					
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ					21 (37.5%)
ΛΥΚΕΙΟΥ					
ΑΕΙ/ ΤΕΙ					21 (37.5%)
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ					7 (12.5%)

Η επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, η οικονομική του κατάσταση, η συγγενεία του με τον ασθενή, η απόσταση που διανύει για να παρευρεθεί την ώρα του επισκεπτηρίου και η ύπαρξη ή δικού του ψυχιατρικού ιστορικού περιγράφονται στον Πίνακα 3 .

Πίνακας 3

Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά, n=56)

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	38 (67.9%)				
ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	2 (3.6%)				
ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	7 (12.5%)				
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	8 (14.3%)				
ΑΛΛΟ	1 (1.8%)				
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ		7 (12.5%)			
ΚΑΛΗ		29 (51.8%)			
ΜΕΤΡΙΑ		18 (32.1%)			
ΚΑΚΗ		1 (1.8%)			
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ		1 (1.8%)			
ΓΟΝΕΑΣ			37(66.1%)		
ΣΥΖΥΓΟΣ			9 (16.1%)		
ΠΑΙΔΙ			3 (5.4%)		
ΑΔΕΡΦΟΣ/Η			7 (12.5%)		
ΝΑΙ				22 (33.9%)	
ΟΧΙ				34 (66.1%)	
ΝΑΙ					19 (21.4%)
ΟΧΙ					37 (78.6%)

Η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, η ηλικία του ασθενούς και το φύλο του, η ύπαρξη προηγούμενης νοσηλείας και ο τύπος εισαγωγής του ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4

Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά, n=56)

	ΠΑΘΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΦΥΛΟ ΑΘΕΝΟΥΣ	ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘ.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΝΑΙ	12 (21.4%)				
ΟΧΙ	44 (78.6%)				
30-39		1 (1.8%)			
40-49		2 (3.6%)			
50-59		8 (14.3%)			
60—69		5 (8.9%)			
>70		40 (71.4%)			
ΑΝΔΡΑΣ			27 (48.2%)		
ΓΥΝΑΙΚΑ			29 (51.8%)		
ΝΑΙ				51 (91.1%)	
ΟΧΙ				5 (8.9%)	
ΜΗ					25 (44.5%)
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ					
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ					31 (55.4%)

Επιπροσθέτως, ο αριθμός νοσηλείας στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η αιτία εισαγωγής, φαίνονται στον Πίνακα 5. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, σχεδόν το σύνολο των ασθενών νοσηλεύεται για πρώτη φορά στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η αιτία εισαγωγής με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η Διαδερμική Αντικατάσταση Αορτικής Βαλβίδας (Transcatheter Aortic Valve Implantation – TAVI).

Πίνακας 5

*Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά
n=56)*

	ΠΡΩΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔ. ΜΕΘ	ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
ΝΑΙ	51 (91.1%)	
ΟΧΙ	5 (8.9%)	
ΟΕΜ		9 (16.1%)
ΡΤΣΑ		12 (21.4%)
ΤΑΒΙ		23 (41.1%)
ΑΝΑΤΑΧΘΕΙΣΑ ΑΝΑΚΟΠΗ		2 (3.6%)
ΑΡΡΥΘΜΙΑ		2 (3.6%)
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ		4 (7.1%)
ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ		3 (5.4%)
ΟΙΔΗΜΑ, ΧΡΟΝΙΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ		
ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ		1 (1.8%)

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται κάποιες παράμετροι νοσηλείας του ασθενούς.

Πίνακας 6

*Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά,
n=56)*

	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΤΑΣΗ	ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
1	27 (48.2%)		
2	22 (39.3%)		
3	4 (7.1%)		
5	1 (1.8%)		
7	2 (3.6%)		
ΝΑΙ		21 (37.5%)	
ΟΧΙ		35 (62.5%)	
ΝΑΙ			6 (10.7%)
ΟΧΙ			50 (89.3%)

Στον Πίνακα 7 περιγράφονται παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του νοσοκομειακού και του διαπροσωπικού περιβάλλοντος του συγγενούς καθώς και την υποκειμενική του αίσθηση φροντίδας του ασθενούς από τον ίδιο. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι συγγενείς ανέφεραν ότι διαθέτουν υποστηρικτικό περιβάλλον.

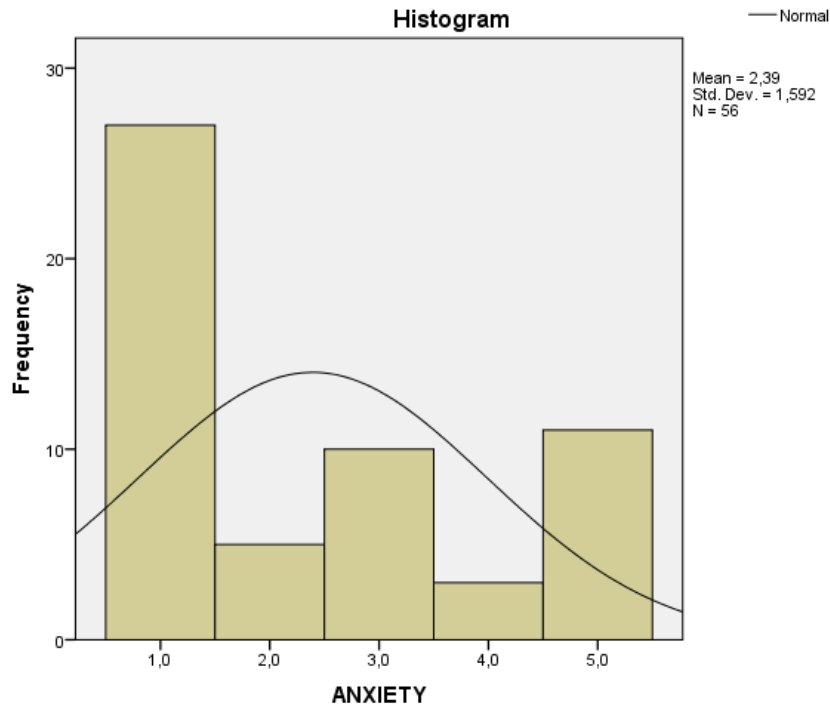
Πίνακας 7

Κοινωνικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος (συχνότητες και ποσοστά n=56)

	ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΝΑΙ	56 (100)			
ΝΑΙ		51 (91.1)		
ΟΧΙ		5 (8.9)		
ΜΕΤΡΙΑ			4 (7.1)	
ΚΑΛΗ			8 (14.3)	
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ			44 (78.6)	
ΝΑΙ				47 (83.9)
ΟΧΙ				9 (16,1)

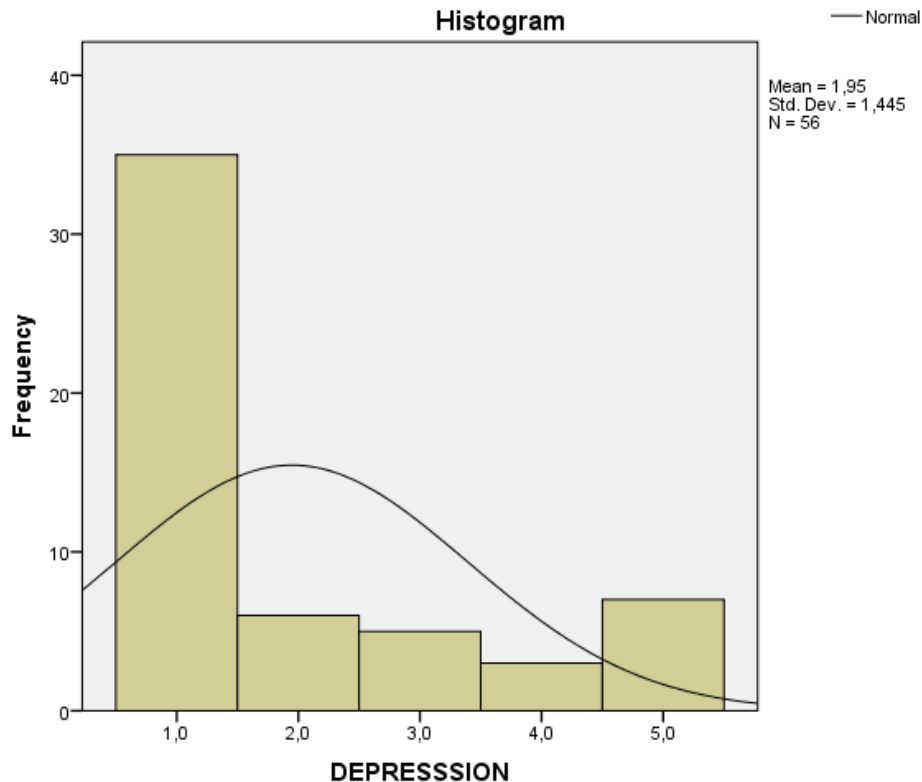
4.2 Συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες- Έλεγχος Κανονικότητας των Δεδομένων.

Ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων που προέκυψαν από τις κλίμακες DASS-21 και IES-R-Gr παρουσιάζεται αρχικά από τα ιστογράμματα των εξαρτημένων μεταβλητών και στη συνέχεια εφαρμόζονται «έλεγχοι καλής προσαρμογής» των δεδομένων στην κανονική κατανομή με τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnov και Shapiro Wilk.



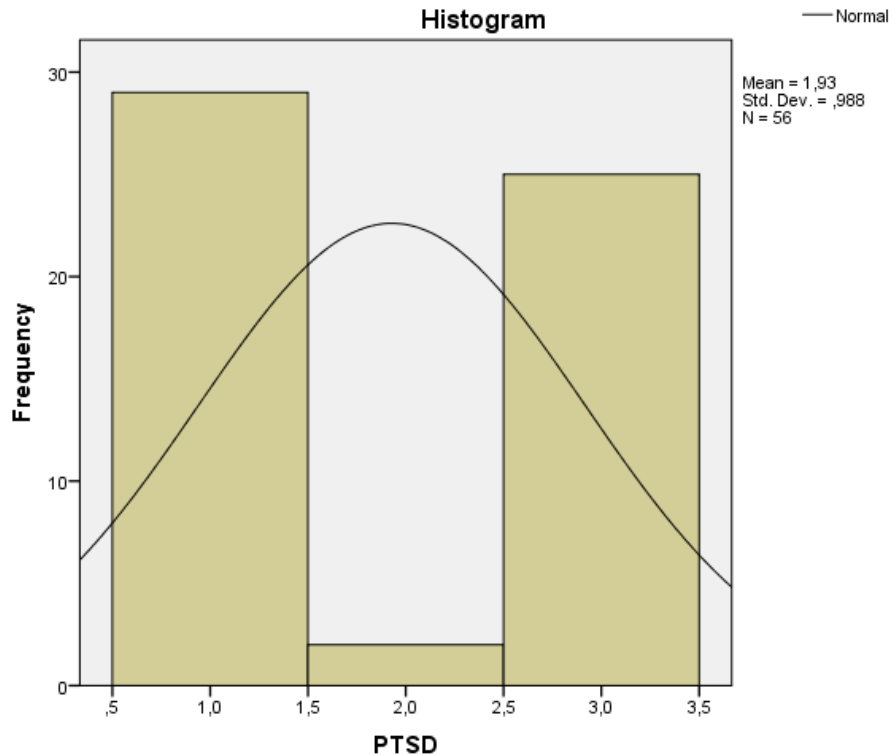
Γράφημα 1. Γραφική αναπαράσταση συχνοτήτων των δεδομένων του Άγχους

Από την επισκόπηση του ιστογράμματος για τη συμπτωματολογία του Άγχους (ANXIETY) φαίνεται ότι πρόκειται για μία κατανομή που απέχει αρκετά από την κανονική κατανομή. Οι τιμές ασυμμετρίας και κύρτωσης είναι 0.637 και -1.177 αντίστοιχα. Επίσης η τιμή του στατιστικού κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov (K-S) είναι K-S [D(56)= 0.29, $p < 0.001$] συνεπώς η μεταβλητή Άγχος δεν σχηματίζει κανονική κατανομή. Ακόμη, από το κριτήριο Shapiro Wilk [W (56)=0.78, $p < 0.001$], η τιμή $W=0.78$ που προκύπτει είναι μακριά από το 1,00 επομένως οι τιμές της μεταβλητής αυτής δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι σχηματίζουν κανονική κατανομή.



Γράφημα 2. Γραφική αναπαράσταση συχνοτήτων των δεδομένων της Κατάθλιψης

Από την επισκόπηση του ιστογράμματος για τη συμπτωματολογία της Κατάθλιψης (DEPRESSION) φαίνεται ότι πρόκειται για μία κατανομή που απέχει αρκετά από την κανονική κατανομή. Οι τιμές ασυμμετρίας και κύρτωσης είναι 1.259 και 0.067 αντίστοιχα. Επίσης οι τιμές του στατιστικού κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov (K-S) είναι $K-S [D(56)= 0.37, p < 0.001]$ συνεπώς η μεταβλητή Κατάθλιψη δεν σχηματίζει κανονική κατανομή. Ακόμη, από το κριτήριο Shapiro Wilk [$W (56)=0.67, p<0.001$], η τιμή $W=0.67$ που προκύπτει απέχει από το 1,00 επομένως οι τιμές της μεταβλητής αυτής δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι σχηματίζουν κανονική κατανομή.



Γράφημα 1. Γραφική αναπαράσταση συχνοτήτων των δεδομένων συμπτωματολογίας ΔΜΤΣ

Από την επισκόπηση του ιστογράμματος για τη συμπτωματολογία Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PTSD) φαίνεται ότι πρόκειται για μία κατανομή που απέχει αρκετά από την κανονική κατανομή. Οι τιμές ασυμμετρίας και κύρτωσης είναι 0.147 και -2.012 αντίστοιχα. Επίσης οι τιμή του στατιστικού κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov (K-S) είναι $K-S [D(56)= 0.34, p < 0.001]$ συνεπώς η μεταβλητή Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες δεν σχηματίζει κανονική κατανομή. Ακόμη, από το κριτήριο Shapiro Wilk [$W (56)=0.65, p<0.001$], η τιμή $W=0.65$ που προκύπτει είναι μακριά από το 1,00 επομένως οι τιμές της μεταβλητής αυτής δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι σχηματίζουν κανονική κατανομή.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι τα δεδομένα από το δείγμα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή κάτι που ήταν αναμενόμενο καθώς ο πληθυσμός από τον οποίο προέρχεται το δείγμα είναι ειδικός λόγω των εντατικών μέτρων φροντίδας του ασθενούς και της στρατιωτικής ιδιότητας του νοσοκομείου. Επειδή η απόκλιση από την κανονική κατανομή είναι αρκετά μεγάλη και οι ασυμμετρίες είναι και προς τις δύο κατευθύνσεις, δεν επιτρέπουν τη χρήση παραμετρικών κριτηρίων. Συνεπώς τα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν κατά τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων θα είναι μη παραμετρικά.

4.3 Συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ΚΑΡΔ

Μετά την επεξεργασία των κοινωνικών- δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος και τον παραμετρικό έλεγχο των δεδομένων, ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των δεδομένων από τα ψυχομετρικά εργαλεία DASS-21 και IES-R-GR. Στον Πίνακα 8 παρατίθενται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στα τεστ.

Πίνακας 8

Αποτελέσματα από τα ψυχομετρικά εργαλεία DASS-21 [οι βαθμολογίες έχουν πολλαπλασιαστεί επί 2 σύμφωνα με τον τρόπο βαθμολόγησης για την απόδοση της σοβαρότητας της συμπτωματολογίας σύμφωνα με τον Λυράκο (2013)] και IES-R-Gr (n=56)

	<i>M.O(M)</i>	<i>T.A(SD)</i>	<i>Ελάχιστο</i>	<i>Μέγιστο</i>
ΑΓΧΟΣ	11,29	11,7	0	42
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	10,04	11,43	0	42
ΣΤΡΕΣ	15,43	12,53	0	42

	<i>M.O(M)</i>	<i>T.A(SD)</i>	<i>Ελάχιστο</i>	<i>Μέγιστο</i>
IES-R-Gr (sum)	30,38	23,79	0	79
IES-R-Gr (mean)	1,379	1,09	0	3,6

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του DASS-21 προέκυψαν τα αποτελέσματα όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Παρατηρείται ότι στην υποκλίμακα του άγχους το 51,8% του δείγματος παρουσιάζει ανυψώσεις με το 19.6% του δείγματος να εκδηλώνει πολύ σοβαρά συμπτώματα. Στην υποκλίμακα της κατάθλιψης, το 37,5% του δείγματος παρουσιάζει ανυψώσεις με το 12.5% του δείγματος εκδηλώνει να πολύ σοβαρά συμπτώματα.

Πίνακας 9

Κατανομή της συχνότητας του δείγματος ως προς τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας όπως προέκυψε από το ψυχομετρικό εργαλείο DASS-21 (συχνότητες και ποσοστά n=56)

	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</i>	<i>ΑΓΧΟΣ</i>	<i>ΣΤΡΕΣ</i>
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	35 (62.5%)	27 (48.2%)	33 (58.9%)
ΗΠΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	6 (10.7%)	5 (8.9%)	2 (3.6%)
ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	5 (8.9%)	10 (17.9%)	6 (10.7%)
ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	3 (5.4%)	3 (5.4%)	8 (14.3%)
ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	7 (12.5%)	11 (19.6%)	7 (12.5%)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του IES-R-Gr προέκυψαν τα αποτελέσματα όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Όπως φαίνεται από τον πίνακα το 44.64% του δείγματος παρουσιάζει σοβαρή συμπτωματολογία που παραπέμπει με κάποια διαγνωστική ακρίβεια σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Πίνακας 10

Κατανομή της συχνότητας του δείγματος ως προς τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας όπως προέκυψε από το ψυχομετρικό εργαλείο IES-R-Gr (συχνότητες και ποσοστά, n=56)

<i>ΔΜΤΣ</i>	
ΗΠΙΑ- ΜΕΤΡΙΑ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (<33)	31(55,36%)
ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	
(>=33)	25(44,64%)

4.4 Παράγοντες του ασθενούς που επηρεάζουν την εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς.

Ο δεύτερος ερευνητικός στόχος αποσκοπούσε στην μελέτη της επίδρασης δημογραφικών και κλινικών παραγόντων του ασθενούς στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω τα δεδομένα που έχουν προκύψει δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, συνεπώς χρησιμοποιούνται μη παραμετρικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα για τον έλεγχο της επίδρασης του παράγοντα «φύλο» και του παράγοντα «προγραμματισμένη ή μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ» χρησιμοποιείται το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney (U), καθότι πρόκειται για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο επίπεδα και έχουμε ανεξάρτητα δείγματα. Για τον έλεγχο της συσχέτισης της ηλικίας του ασθενούς με τα επίπεδα της υπό διερεύνησης συμπτωματολογίας χρησιμοποιείται το μη παραμετρικό κριτήριο Spearman rho αφού η μεταβλητή ηλικία έχει μετρηθεί σε ιεραρχική κλίμακα.

4.4.1 Επίδραση της ηλικίας του ασθενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών.

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας του ασθενούς και της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Εναλλακτική υπόθεση: υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας του ασθενούς και της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Πίνακας 11

Συσχέτιση (Spearman rho) της ηλικίας του ασθενή της ΜΕΘ ΚΑΡΔ με τα συμπτώματα άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς) (N=56)

Πίνακας 11

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Spearman rho	p value
ΑΓΧΟΣ	rho =-0,029	.415
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	rho =0,022	.436
ΔΜΤΣ	rho =0,077	.286

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 11 δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της της μεταβλητής της ηλικίας του ασθενούς και της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που εκδηλώνουν οι συγγενείς των ασθενών στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

4.4.2 Επίδραση του φύλου του ασθενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών.

Μηδενική υπόθεση: Οι κατανομές της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών δεν θα είναι διαφορετικές για τους άνδρες και τις γυναίκες ασθενείς.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι κατανομές της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών θα είναι υψηλότερες για τους άνδρες από τις αντίστοιχες για τις γυναίκες ασθενείς.

Πίνακας 12

Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μη παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney (U) για τον έλεγχο της επίδρασης του φύλου του ασθενούς (n=56).

DASS-21 IES-R-Gr	ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΩΝ (Mean Rank)	Mann-Whitney U	p value
ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	27	29,39	U=367,50	.692
	ΓΥΝΑΙΚΑ	29	27,67		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	27	28,69	U=386,50	.934
	ΓΥΝΑΙΚΑ	29	28,33		
ΔΜΤΣ	ΑΝΤΡΑΣ	27	29,13	U=809,50	.780
	ΓΥΝΑΙΚΑ	29	27,91		

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 12 το φύλο του ασθενούς δεν επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας του.

4.4.3 Επίδραση του τύπου εισαγωγής του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Μηδενική υπόθεση: Οι κατανομές της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες, των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δύο δείγματα (προγραμματισμένη εισαγωγή ασθενούς – μη προγραμματισμένη εισαγωγή ασθενούς) θα είναι ακριβώς ίδιες.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι συγγενείς των ασθενών που εισήχθησαν μη προγραμματισμένα στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ θα έχουν στατιστικώς υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με τους συγγενείς των ασθενών που εισήχθησαν προγραμματισμένα στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 12) παρατίθενται τα αποτελέσματα του κριτηρίου Mann-Whitney (U).

Πίνακας 13

Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney (U) για τον έλεγχο της επίδρασης της προγραμματισμένης εισαγωγής του ασθενούς (N=56).

<i>DASS-21 IES-R-Gr</i>	<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)</i>	<i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΩΝ (Mean Rank)</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>p value</i>
ΑΓΧΟΣ	ΟΧΙ	25	34,92	U=227,00	.008
	ΝΑΙ	31	23,32		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΟΧΙ	25	33,50	U=262,50	.037
	ΝΑΙ	31	24,47		
ΔΜΤΣ	ΟΧΙ	25	34,04	U=249,00	.022
	ΝΑΙ	31	24,03		

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 13 οι συγγενείς των ασθενών νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους [U (25,31)=227,00, p=0,008], κατάθλιψης [U (25,31)=262,50, p=0,037] και διαταραχής μετατραυματικού στρες [U (25,31)=249,00, p=0,000] όταν η εισαγωγή του συγγενούς τους γίνεται μη προγραμματισμένα.

4.5 Παράγοντες του συγγενούς που επηρεάζουν τα επίπεδα της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες του.

Ο τρίτος ερευνητικός στόχος της παρούσης μελέτης αποσκοπούσε στην μελέτη της επίδρασης δημογραφικών παραγόντων του ίδιου του συγγενούς στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Για τον έλεγχο της συσχέτισης της ηλικίας του συγγενούς με τα επίπεδα της υπό διερεύνησης συμπτωματολογίας χρησιμοποιείται το μη παραμετρικό κριτήριο Spearman rho. Ο έλεγχος της επίδρασης του παράγοντα «φύλο» θα γίνει με τη χρήση του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney (U) και για τον έλεγχο της επίδρασης της συγγένειας (του ασθενούς με τον συμμετέχοντα) στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας, χρησιμοποιείται το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal- Wallis (H) αφού η συγγένεια έχει παραπάνω από δύο επίπεδα.

4.5.1 Επίδραση της ηλικίας του συγγενούς στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Μηδενική υπόθεση: Δεν υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας του συγγενούς και της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας θα εκδηλώσουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Πίνακας 14

Συσχέτιση (Spearman rho) της ηλικίας του συγγενή με τα συμπτώματα άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (N=56)

ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ	Spearman rho	p value
ΑΓΧΟΣ	rho =-0,048	.363
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	rho =0,125	.179
ΔΜΤΣ	rho =0,110	.210

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 14 δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της της μεταβλητής της ηλικίας του συγγενούς και της συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που εκδηλώνουν

4.5.2 Επίδραση φύλου του συγγενή στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Μηδενική υπόθεση: Οι κατανομές της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δύο δείγματα (άνδρες- γυναίκες) είναι ακριβώς ίδιες.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι γυναίκες θα έχουν στατιστικώς υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε

σύγκριση με τους άνδρες. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 15) παρατίθενται τα αποτελέσματα του κριτηρίου Mann-Whitney (U).

Πίνακας 15

Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μη παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney (U) για τον έλεγχο της επίδρασης του φύλου (n=56).

<i>DASS-21 IES-R-Gr</i>	<i>ΦΥΛΟ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)</i>	<i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΩΝ (Mean Rank)</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>p value</i>
ΑΓΧΟΣ	ΑΝΤΡΑΣ	25	19,84	U=171,00	.000
	ΓΥΝΑΙΚΑ	31	35,48		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΤΡΑΣ	25	22,58	U=239,50	.013
	ΓΥΝΑΙΚΑ	31	33,27		
ΔΜΤΣ	ΑΝΤΡΑΣ	25	19,54	U=163,50	.000
	ΓΥΝΑΙΚΑ	31	35,73		

Από τη σύγκριση των μέσων ιεραρχήσεων συμπεραίνεται ότι οι γυναίκες συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους [U (25,31)=171,00, p=000], κατάθλιψης [U (25,31)=239,50, p=0,013] και διαταραχής μετατραυματικού στρες [U (25,31)=163,50, p=0,000].

4.5.3 Επίδραση της σχέσης του συγγενούς με τον ασθενή στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες
Μηδενική υπόθεση: Οι κατανομές των τιμών της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα είναι ακριβώς ίδιες.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι κατανομές των τιμών της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα διαφέρουν μόνο προς τους μέσους όρους τους.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 16) παρατίθενται τα αποτελέσματα του κριτηρίου Kruskal –Wallis (H) όπως διαμορφώνονται στους τύπους συγγένειας που μελετήθηκαν οι οποίοι είναι: «Γονέας» συμμετέχοντα, «Σύζυγος» συμμετέχοντα, «Παιδί» συμμετέχοντα και «Αδερφός/η» συμμετέχοντα.

Πίνακας 16

Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μη στατιστικού κριτηρίου Kruskal –Wallis (H), για τον έλεγχο της επίδρασης της συγγένειας με τον ασθενή (n=56)

<i>DASS-21 IES-R-Gr</i>	<i>ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)</i>	<i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΩ (Mean Rank)</i>	<i>Kruskal – Wallis (H), p value</i>	<i>p value</i>
ΑΓΧΟΣ	ΓΟΝΕΑΣ	37	24,42	H=7,547	.056
	ΣΥΖΥΓΟΣ	9	34,89		
	ΠΑΙΔΙ	3	43,33		
	ΑΔΕΡΦΟΣ/Η	7	35,50		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΓΟΝΕΑΣ	37	26,31	H=3,698	.296
	ΣΥΖΥΓΟΣ	9	35,89		
	ΠΑΙΔΙ	3	37,83		
	ΑΔΕΡΦΟΣ/Η	7	26,57		
ΔΜΤΣ	ΓΟΝΕΑΣ	37	25,95	H=8,631	.035
	ΣΥΖΥΓΟΣ	9	38,67		

<i>DASS-21 IES-R-Gr</i>	<i>ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)</i>	<i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΩ (Mean Rank)</i>	<i>Kruskal – Wallis (H), p value</i>
	<i>ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗ</i>			
	ΠΑΙΔΙ	3	21,57	
	ΑΔΕΡΦΟΣ/Η	7	25,69	

Από τη σύγκριση των μέσων ιεραρχήσεων συμπεραίνεται ότι η συγγένεια με τους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ δεν επηρεάζει τα επίπεδα συμπτωματολογίας κατάθλιψης. Ωστόσο όπως φαίνεται και στον Πίνακα 16 υπάρχει επίδραση της συγγένειας στα επίπεδα συμπτωματολογίας μετατραυματικού στρες και εμφανίζεται ότι υπάρχει μία τάση επίδρασης του είδους συγγένειας με τη συμπτωματολογία άγχους των συγγενών.

4.6 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των στις Μονάδες Βαρέων Πασχόντων στο ΚΑΤ.

Μηδενική υπόθεση: Οι κατανομές της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δύο δείγματα (ΜΕΘ ΚΑΡΔ - ΚΑΤ) είναι ακριβώς ίδιες.

Εναλλακτική υπόθεση: Οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ θα έχουν στατιστικώς υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε

σύγκριση με τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του NNA.

Πίνακας 17

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό μελέτη μεταβλητών για το σύνολο του δείγματος του KAT (N=78) και του NNA (N=56)

<i>ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ</i>	<i>M.O(KAT)</i>	<i>T.A (KAT)</i>	<i>M.O (NNA)</i>	<i>T.A (NNA)</i>
ΑΓΧΟΣ	23,38	13,56	11,29	11,7
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	27,05	11,80	10,04	11,43
IESR (sum)	65,53	17,64	30,38	23,79

Πίνακας 18

Κατανομή Συχνότητας του δείγματος του KAT (N=78) και του NNA (N=56) ως προς την σοβαρότητα της συμπτωματολογίας στην υποκλίμακα της κατάθλιψης (συχνότητες και ποσοστά)

	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (NNA)</i>	<i>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (KAT)</i>
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	35 (62.5%)	6 (7,8%)
ΗΠΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	6 (10.7%)	12 (15,4%)
ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	5 (8.9%)	4 (5,2%)
ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	3 (5.4%)	13 (16,6%)
ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	7 (12.5%)	43 (55%)

Πίνακας 19

Κατανομή Συχνότητας του δείγματος του KAT (N=78) και του NNA (N=56) ως προς την σοβαρότητα της συμπτωματολογίας στην υποκλίμακα του άγχους (συχνότητες και ποσοστά)

	<i>ΑΓΧΟΣ (NNA)</i>	<i>ΑΓΧΟΣ (KAT)</i>
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΑ	27 (48.2%)	16 (20,7%)
ΗΠΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	5 (8.9%)	0
ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	10 (17.9%)	5 (6,5%)
ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	3 (5.4%)	7 (8,9%)
ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	11 (19.6%)	50 (64%)

Πίνακας 20

Κατανομή Συχνότητας του δείγματος του KAT (N=78) και του NNA (N=56) ως προς την βαρύτητα της συμπτωματολογίας ΔΜΤΣ (συχνότητες και ποσοστά)

	<i>ΔΜΤΣ (NNA)</i>	<i>ΔΜΤΣ (KAT)</i>
ΗΠΙΑ- ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (<33)	31(55,36%)	3 (4,9%)
ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (>=33)	25(44,64%)	75 (96,1%)

Πίνακας 21

Αποτελέσματα από την εφαρμογή του μη παραμετρικό κριτηρίου Mann-Whitney (U) για τον έλεγχο της επίδρασης του νοσοκομείο.

<i>DASS-21 IES- R-Gr</i>	<i>ΝΟΣΟΚΟ -ΜΕΙΟ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ (N)</i>	<i>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣ ΕΩΝ (Mean Rank)</i>	<i>Mann- Whitney U</i>	<i>p value</i>
ΑΓΧΟΣ	KAT	78	89,59	U=461,00	.000
	NNA	56	36,73		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	KAT	78	95,05	U=35,00	.000
	NNA	56	29,13		
ΔΜΤΣ	KAT	78	88,82	U=521,00	.000
	NNA	56	37,80		

Από τη σύγκριση των μέσων ιεραρχήσεων συμπεραίνεται ότι οι συγγενείς των ασθενών νοσηλεύονται στην ΜΕΘ του Νοσοκομείου ΚΑΤ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους [U (78,56)=461,00, p=0,000], κατάθλιψης [U (78,56)=35,00, p=0,000 και διαταραχής μετατραυματικού στρες [U (78,56)=521,00, p=0,000] σε σχέση με τους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ του ΝΝΑ.

5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη ή μη συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η μελέτη της συναισθηματικής δυσφορίας που υφίστανται τα μέλη των οικογενειών όταν κάποιο από αυτά χρήζει νοσηλείας σε μονάδα αυξημένης φροντίδας λόγω καρδιολογικού αιτίου, αποτελεί ένα επιστημονικό πεδίο για το οποίο τα δεδομένα είναι περιορισμένα τόσο στη διεθνή επιστημονική κοινότητα όσο και στην ελληνική. Η καταγραφή και αξιολόγηση της εν λόγω συμπτωματολογίας των συγγενών είναι πολύ σημαντική ώστε να ακολουθήσει η σχεδίαση στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσης έρευνας προέκυψαν ευρήματα που καταδεικνύουν την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα της συμπτωματολογίας αυτής.

Πριν την παρουσίαση των ευρημάτων είναι σημαντικό να διευκρινιστούν τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που αποτέλεσε το δείγμα και που επηρέασαν την κατανομή των τιμών που προέκυψαν από τα ψυχομετρικά εργαλεία. Η έρευνα απευθυνόταν σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, τις οικογένειες στρατιωτικών, όπου πέρα από την εμπειρία του καρδιολογικού συμβάντος, υπάρχουν και άλλοι παράμετροι της καθημερινότητάς τους που τους διαφοροποιούν από τον γενικό πληθυσμό. Η καθημερινότητα αυτή συνήθως περιλαμβάνει: απρόοπτες απουσίες ενός μέλους της οικογένειας λόγω υπηρεσιακών αναγκών, μακρόχρονες απουσίες λόγω αποστολών και συνεχή κατάσταση ετοιμότητας. Κατά συνέπεια, προκειμένου να διατηρηθεί το

σύστημα της οικογένειας καλείται να αναπτύξει δεξιότητες προσαρμοστικότητας και επίλυσης προβλήματος. Ταυτόχρονα, το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών όπως όλα τα στρατιωτικά νοσοκομεία της χώρας, εφημερεύει καθημερινά και ο δικαιούχος λήπτης υγείας μπορεί να απευθυνθεί οποιαδήποτε στιγμή. Συνεπώς, ακόμη και στην περίπτωση απρόοπτων καρδιολογικών συμβάντων, ο συγγενής που λαμβάνει αποφάσεις και ενέργειες, γνωρίζει ότι υπάρχει πάντα ένα πλαίσιο που μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς του. Τα ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά του πληθυσμού είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων που ακολουθεί.

5.1 Διερεύνηση συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Ο πρώτος ερευνητικός στόχος ήταν η διερεύνηση των επιπέδων της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογική Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Η υπόθεση που είχε διαμορφωθεί βασιζόμενη σε βιβλιογραφικά δεδομένα, ισχυριζόταν ότι στο υπό μελέτη δείγμα θα προκύψουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες συγκριτικά με τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού στα οποία έχουν σταθμιστεί τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Από τα ευρήματα της παρούσης έρευνας επιβεβαιώνεται η υπόθεση αφού παρουσιάστηκαν ανυψώσεις στις κλίμακες της συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε μεγάλο μέρος του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα της κατάθλιψης παρουσίαζε ανύψωση στους μισούς

περίπου συμμετέχοντες εκ των οποίων οι περισσότεροι βίωναν πολύ σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Παρομοίως, η συμπτωματολογία του άγχους ήταν αυξημένη στο μεγάλο μέρος του δείγματος. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες με αγχώδη συμπτωματολογία παρουσίαζαν πολύ σοβαρά συμπτώματα. Η συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες, παρουσίασε ανάλογα ευρήματα με τους μισούς περίπου συμμετέχοντες να εκδηλώνουν σοβαρή συμπτωματολογία που παραπέμπει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με προγενέστερες έρευνες (Vilchinsky, 2017. Faitet et al., 2016. Fosbøl et al., 2013. Randall, Molloy & Steptoe, 2009. Joeques et al., 2005. Moser & Dracup, 2004. Micik & Borbasi, 2002. Langeluddecke et al., 1989. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominian, 1973) ενώ δεν βρέθηκαν έρευνες που να αντιτίθενται στα παραπάνω συμπεράσματα.

Η κρίσιμη κατάσταση της νοσηλείας ενός μέλους της οικογένειας σε Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας φαίνεται να προκαλεί δυσφορία στα υπόλοιπα μέλη όπως προκύπτει από τα παραπάνω δεδομένα, τα οποία συμπληρώνουν οι παρατηρήσεις των Beuter και συν. (2012) και των Freitas Kimura και Ferreira (2007). Η ιατρική κατάσταση που συνδέεται με τη ζωτική καρδιολογική λειτουργία, το πρωτόγνωρο και περίπλοκο περιβάλλον της ΜΕΘ ΚΑΡΔ, τα εντατικά μέτρα φροντίδας και η αβεβαιότητα για την πορεία του ασθενούς οδηγούν στην αύξηση της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συγγενών. Η δυσφορία αυτή ενδέχεται να μεταβάλλεται αναλόγως κάποιων κλινικών και δημογραφικών παραγόντων του ασθενούς και του συγγενούς όπως μελετήθηκαν στον δεύτερο και τρίτο ερευνητικό στόχο.

5.2 Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ο δεύτερος στόχος της παρούσης έρευνας αποσκοπούσε στο να μελετήσει δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες του ασθενούς που επηρεάζουν τη διακύμανση της ψυχολογικής επιβάρυνσης που υφίσταται ο συγγενής τους. Οι παράγοντες αυτοί ήταν οι εξής: η ηλικία του ασθενούς, το φύλο του και ο τύπος της εισαγωγής του στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ (προγραμματισμένη ή μη).

Η ηλικία του ασθενούς είναι το πρώτο χαρακτηριστικό που διερευνάται ως προς την επίδρασή του στην υπό μελέτη συμπτωματολογία των συγγενών. Κατά τις προηγούμενες έρευνες προέκυψαν αντιφατικά ευρήματα. Η πλειονότητα των ερευνών έδειξε ότι η μικρότερη ηλικία του ασθενούς συνδέεται με υψηλότερη ψυχολογική επιβάρυνση (Pochard et al., 2001 . Mc Adam, 2010. Guntupalli et al.,2011), αλλά η έρευνα των Pillai και συν., (2010) κατέδειξε ότι δεν υπάρχει επίδραση της ηλικίας των ασθενών στην ψυχική δυσφορία των συγγενών. Λόγω των περιορισμένων και διαφορούμενων βιβλιογραφικών αναφορών η υπόθεση που διατυπώθηκε ισχυριζόταν ότι υπάρχει διαφοροποίηση στα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που εμφανίζουν οι συγγενείς όταν διαφοροποιείται η ηλικία των ασθενών. Μάλιστα σε περίπτωση που βρισκόταν διαφοροποίηση αναμενόταν ότι θα προκύψει αρνητική σχέση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών.

Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψε ότι η ηλικία του ασθενούς δεν συσχετίζεται με τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που εμφανίζονται στους συγγενείς.

Τα ευρήματα αυτά είναι στην ίδια κατεύθυνση με τα αποτελέσματα των Pillai και συν., (2010) που δεν ανέδειξαν την ηλικία του ασθενούς ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής δυσφορίας των συγγενών. Ωστόσο, έρχονται σε σύγκρουση με τα ευρήματα των Rocharad και συν. (2001), του Mc Adam (2010) και των Guntupalli και συν. (2011) οι οποίοι μέσα από τις μελέτες τους ανέδειξαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

Παρατηρώντας τα ευρήματα αυτά σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, εικάζεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που είναι μεγαλύτερη των εβδομήντα ετών έναντι της κατανομής των υπολοίπων ασθενών στις μικρότερες ηλικιακές κατηγορίες που είναι σημαντικά μικρότερη, δεν είναι βοηθητική στην ανάδειξη της επίδρασης της ηλικίας. Ωστόσο, η μεγάλη συχνότητα των ασθενών αυτής της ηλικίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «ενδεικτική» της ηλικίας των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ, συνεπώς μπορεί να θεωρηθεί ότι αφού η ηλικία του ασθενούς δεν διαφοροποιείται αισθητά μεταξύ των ασθενών, δεν θα μπορούσε να αποτελέσει παράγοντα επιρροής στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Το φύλο του ασθενούς αποτέλεσε το δεύτερο δημογραφικό στοιχείο που μελετήθηκε ως προς την επίδρασή του στην συμπτωματολογία άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η μόνη έρευνα που μελέτησε αυτόν τον παράγοντα ήταν των Van Pelt και συν. (2010) που έδειξε ότι οι συγγενείς των αρρένων ασθενών παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα από την έρευνα αυτή και προκειμένου να προκύψουν επιστημονικά δεδομένα από τον υπό μελέτη πληθυσμό, διατυπώθηκε η υπόθεση ότι: το ανδρικό φύλο των ασθενών, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών

συγκριτικά με τα αντίστοιχα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών των γυναικών ασθενών.

Από τα ευρήματα της παρούσης μελέτης δεν βρέθηκε να επιδρά το φύλο του ασθενούς στην αναφερόμενη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών. Συνεπώς δεν παρατηρήθηκε αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στους συγγενείς ανδρών ασθενών. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε αντίθετη κατεύθυνση από τα αντίστοιχα των Van Pelt και συν. (2010) οι οποίοι έδειξαν ότι το ανδρικό φύλο του ασθενούς λειτουργούσε επιβαρυντικά.

Η απουσία επίδρασης της μεταβλητής «φύλο ασθενούς» στην εν λόγω συμπτωματολογία, θα μπορούσε να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι όταν προκύπτει ένα συμβάν που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή ενός αγαπημένου προσώπου, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική δυσφορία που βιώνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, εντοπίζονται περισσότερο στο ίδιο το άτομο (συγγενή) και στις συνθήκες υπό τις οποίες έγινε η εισαγωγή και η νοσηλεία του και λιγότερο στα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Εικάζεται λοιπόν ότι ο ασθενής τοποθετείται στη θέση του «αγαπημένου προσώπου» ανεξαρτήτως φύλου κατά την διαχείριση του συμβάντος από τον συγγενή.

Ο τύπος εισαγωγής του ασθενούς στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας «προγραμματισμένη ή μη προγραμματισμένη» ήταν ο τρίτος παράγοντας που μελετήθηκε ως προς την επίδρασή του στην συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών.

Η υπόθεση που ελέγχθηκε ισχυριζόταν ότι όταν η εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ γίνεται μη προγραμματισμένα, τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες θα αυξάνονται. Ο τύπος εισαγωγής αποτελεί μία παράμετρο που έχει μελετηθεί μόνο από τους Chui και Chan (2007) όπου έδειξαν ότι η μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ

συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αγχώδους συμπτωματολογίας των συγγενών. Ωστόσο η παράμετρος αυτή δεν έχει μελετηθεί ως προς την επίδρασή της στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και στη συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας.

Τα ευρήματα από την παρούσα μελέτη επιβεβαίωσαν την υπόθεση. Τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών ήταν σαφώς υψηλότερα όταν η εισαγωγή του ασθενούς γινόταν χωρίς προηγούμενη συνεννόηση. Το εύρημα σχετικά με το άγχος είναι σε συμφωνία με τα συμπεράσματα των Chui και Chan (2007) όμως για την κατάθλιψη και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες δεν υπάρχουν δεδομένα προς σύγκριση.

Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη την κυριότερη αιτία άμεσης-μη προγραμματισμένης εισαγωγής σε ΜΕΘ ΚΑΡΔ που είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και τις έρευνες που έχουν γίνει με αντικείμενο τη διερεύνηση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς τους (Fosbøl et al., 2013. Joeques et al., 2005. Moser & Dracup, 2004. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominian, 1973), παρατηρείται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των μελετών αυτών και των ευρημάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη.

Η μη προγραμματισμένη εισαγωγή του ασθενούς έπεται ενός οξέος και απειλητικού για τη ζωή συμβάντος. Οι Pillai και συν., (2010) ονόμασαν αυτήν την αναπάντεχη περίπτωση «τραύμα εισαγωγής» και την σύνδεσαν με αυξημένη δυσφορία από την πλευρά του συγγενούς που μεταφράζεται ως υψηλή βαθμολογία άγχους, κατάθλιψης και συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες. Παρομοίως, στην παρούσα έρευνα η μη προγραμματισμένη εισαγωγή λειτούργησε επιβαρυντικά στην ψυχική κατάσταση των συγγενών. Η εικόνα του αγαπημένου τους προσώπου που

κινδυνεύει, η διαδικασία της διακομιδής του και της εισαγωγής του στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ και η αβεβαιότητα για την πορεία αυτής της κρίσιμης κατάστασης ενδέχεται να πυροδοτήσει αγχώδεις εκδηλώσεις, συναισθηματικές διαταραχές και συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες.

5.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συγγενούς που επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ο τρίτος στόχος της παρούσης έρευνας αποσκοπούσε στο να μελετήσει δημογραφικά χαρακτηριστικά του συγγενούς που επηρεάζουν τη συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που βιώνει. Οι παράγοντες αυτοί ήταν οι εξής: η ηλικία του συγγενούς, το φύλο του και η σχέση του με τον ασθενή.

Η πρώτη παράμετρος του συγγενή που μελετήθηκε ως προς την επίδρασή της στην ψυχική δυσφορία που βιώνει, ήταν η ηλικία του. Αποτελεί έναν παράγοντα που δεν έχει μελετηθεί σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας ούτε σε καρδιολογικές μονάδες.

Η υπόθεση που ελέγχθηκε ισχυριζόταν ότι η ηλικία του συγγενούς θα παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που θα προέκυπταν από τους ίδιους. Η υπόθεση αυτή σχηματίστηκε σε μία προσπάθεια προσδιορισμού της σχέσης ηλικίας και συμπτωματολογίας των συγγενών στον ελληνικό πληθυσμό και με μόνη ένδειξη ότι η πλειονότητα των ευρημάτων για την εν λόγω συμπτωματολογία προέρχεται από συμμετέχοντες με όσημη μέση ηλικία (60 έτη περίπου) (Moser και Dracup, 2004. Micik & Borbasi, 2002. Skelton & Dominian, 1973) καθώς επίσης και από το εύρημα ότι η

κατάθλιψη παρουσιάζει αυξημένη επικράτηση και δυσμενέστερη πρόγνωση σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Leles da Costa Dias et al., 2019).

Τα ευρήματα από την παρούσα μελέτη δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση. Συνεπώς η ψυχική δυσφορία των συγγενών δεν φάνηκε να επηρεάζεται από την ηλικία τους.

Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να ερμηνευθούν από το γεγονός ότι η ψυχολογική επιβάρυνση υπάρχει ανεξαρτήτως της ηλικίας του ατόμου. Εικάζοντας ότι σε κάθε στάδιο της ζωής εξελίσσεται και η σχέση με τα αγαπημένα μας πρόσωπα, η ηλικία πιθανόν να μην αποτελεί παράγοντα σημαντικής συσχέτισης. Καθότι το δείγμα προέκυψε από άτομα που επισκέπτονται το μέλος της οικογένειάς τους, εικάζεται ότι ο δεσμός μεταξύ τους είναι πιο ισχυρός και δεν επηρεάζεται από την ηλικία των μελών που τη συνθέτουν. Επίσης λαμβάνοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει ηλικία από σαράντα έως εξήντα ετών, η ηλικία αυτή συνήθως περιέχει ρόλους που είναι κοινοί μεταξύ των ατόμων. Δηλαδή κατά το διάστημα αυτό τα περισσότερα άτομα του δείγματος εργάζονται, έχουν τον ρόλο του συζύγου ή και του γονέα. Ο ρόλος του γονέα και του συζύγου αποτελούν πηγές ευχαρίστησης και ικανοποίησης, ενώ μέσω της εργασίας συνήθως ικανοποιείται και η ανάγκη για καταξίωση και αίσθηση επάρκειας. Τα δεδομένα αυτά που είναι κοινά για το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων, ενδέχεται να επιδρούν στον τρόπο που διαχειρίζονται τις προκλήσεις, με αποτέλεσμα τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες να μη διαφοροποιούνται με στατιστικώς σημαντικό τρόπο μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετικές ηλικίες.

Ο δεύτερος παράγοντας που διερευνήθηκε σε σχέση με τον τρόπο που επηρεάζονται τα επίπεδα της μελετώμενης συμπτωματολογίας ήταν το φύλο του συγγενούς.

Η υπόθεση που ελέγχθηκε ισχυριζόταν ότι : Το γυναικείο φύλο των συγγενών συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης συγκριτικά με τους άνδρες συγγενείς. Η πλειονότητα των μέχρι σήμερα ερευνών δείχνει ότι το γυναικείο φύλο των συγγενών συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας τους (Guntupalli et al., 2011. Mc Adam,2010. Mc Adam &Puntillo,2009. Pochard et al.,2005. Eshah& Rayan, 2015). Ωστόσο, η έρευνα των Micik και Borbasi (2002) αναφέρει ότι οι άρρενες συγγενείς συνδέονται με υψηλότερη συμπτωματολογία και οι Pillai και συν. (2010) βρήκαν ότι η αγχώδης συμπτωματολογία και η συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες, δεν φάνηκε να συνδέεται με το φύλο του συγγενούς. Η υπόθεση της παρούσης μελέτης σχηματίστηκε προκειμένου να διασαφηνιστούν οι αντιθέσεις σχετικά με αυτό το θέμα και για να προσδιοριστεί και ο ρόλος του φύλου στη συμπτωματολογία του υπό μελέτη πληθυσμού.

Τα ευρήματα από αυτήν την έρευνα επιβεβαιώνουν αυτήν την υπόθεση. Συνεπώς βρέθηκε ότι η συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες που βιώνουν οι συγγενείς επηρεάζεται από το φύλο τους. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι το γυναικείο φύλο φαίνεται να συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προγενέστερες έρευνες όπως των Guntupalli και συν. (2011), των Mc Adam και Puntillo (2009), του Mc Adam (2010), των Chui και Chan (2007), του Paparrigopoulos και συν. (2006), των Pochard και συν. (2005) και των Eshah και Rayan (2015) ενώ δεν συμφωνούν με την έρευνα των Pillai και συν. (2010) που έδειξαν ότι δεν υπάρχει σύνδεση φύλου – συμπτωματολογίας και με την έρευνα των Micik και Borbasi (2002) που όπως προαναφέρθηκε βρήκαν ότι οι άντρες σύντροφοι ασθενών με καρδιολογική διαταραχή παρουσίαζαν υψηλότερα

επίπεδα άγχους σε σχέση με τις γυναίκες, κάτι που το αιτιολόγησαν λόγω της αυξημένης θνητότητας των γυναικών από καρδιολογικά αίτια και της αναφερόμενης ανεπαρκούς υποστήριξης από τον περίγυρο.

Ο τρόπος επίδρασης του φύλου στην συμπτωματολογία του συγγενούς μπορεί να ερμηνευθεί ως απόρροια πολλών παραγόντων. Αρχικά, το γυναικείο φύλο παρουσιάζει αυξημένη επικράτηση στις αγχώδεις και τις συναισθηματικές διαταραχές σε σχέση με το ανδρικό. Επίσης το πολιτισμικό πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας τείνει να τοποθετεί το ρόλο του φροντιστή κατά ένα μεγάλο ποσοστό στα θήλυ μέλη της οικογένειας. Οι παράγοντες αυτοί σε συνδυασμό με την οικονομική εξάρτηση που ενδέχεται να υπάρχει με τον ασθενή, καθιστά τις γυναίκες πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη αγχώδους, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Η τελευταία μεταβλητή που διερευνήθηκε για την επίδρασή της στην υπό μελέτη συμπτωματολογία των συγγενών, ήταν η σχέση του συγγενούς με τον ασθενή που νοσηλεύεται.

Η υπόθεση που ελέγχθηκε ισχυριζόταν ότι υπάρχει διαφοροποίηση στην εκδήλωση συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες του συγγενούς όταν μεταβάλλεται ο τύπος συγγένειάς τους. Η υπόθεση αυτή σχηματίστηκε σε μία προσπάθεια προσδιορισμού της σχέσης του είδους συγγένειας μεταξύ συγγενούς και ασθενούς και της συμπτωματολογίας ψυχολογικής επιβάρυνσης των συγγενών στον ελληνικό πληθυσμό. Η υπόθεση διατυπώθηκε βασιζόμενη στην παρατήρηση ότι η πλειονότητα των ευρημάτων για την εν λόγω συμπτωματολογία προέρχεται από συζύγους ασθενών (Moser και Dracup, 2004. Micik & Borbasi, 2002. Skelton & Dominian, 1973) και σε μία προσπάθεια διερεύνησης της ενδεχόμενης επίδρασης τόσο στους συζύγους των ασθενών όσο και σε άλλους τύπους συγγένειας όπως τέκνο ασθενούς, αδερφός, γονέας ασθενούς.

Από τα ευρήματα της παρούσης μελέτης φαίνεται ότι η σχέση του συγγενούς με τον ασθενή επηρεάζει τα επίπεδα διαταραχής μετατραυματικού στρες και διαφαίνεται μία σημαντική τάση στην επίδραση αγχώδους συμπτωματολογίας. Ταυτόχρονα, φαίνεται να μη συνδέεται με τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Η διακύμανση των κλιμάκων του άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους διάφορους τύπους συγγένειας, δεν μπορεί να ελεγχθεί για συμφωνία ή διαφωνία με τα προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα αφού η μεταβλητή «είδος συγγένειας» δεν μελετήθηκε ούτε με άμεσο ούτε με έμμεσο τρόπο στις προηγούμενες έρευνες.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ τα δεδομένα από προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει σε συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ και επιβεβαιώνουν τα αυξημένα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών, προέρχονται από συζύγους ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ (Vilchinsky, 2017. Faitet et al., 2016, Fosbøl et al., 2013. Joekes et al., 2005. Moser & Dracup, 2004. Mayou, Foster, & Williamson, 1978. Skelton & Dominian, 1973), σε αυτήν την μελέτη ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν το αποτελούσαν σύζυγοι αλλά τέκνα των ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η επίδραση της συγγένειας στην αγχώδη συμπτωματολογία και στην συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες, μπορεί να ερμηνευθεί από το αναπάντεχο και απειλητικό για τη ζωή του προγόνου ή του συζύγου συμβάντος, κατά το οποίο είτε είναι παρόντες τα τέκνα ή είτε ο σύζυγος. Ο σύζυγος φαίνεται να επιβαρύνεται περισσότερο από τους υπόλοιπους συγγενείς αλλά επειδή ο αριθμός τους ήταν πολύ περιορισμένος, τα ευρήματα αυτά αν και στατιστικώς

σημαντικά υπολείπονται δείγματος. Ταυτόχρονα, οι συμμετέχοντες στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι ενήλικες, έγγαμοι που έχουν κάνει τις δικές τους επιλογές και έχουν δημιουργήσει το δικό τους σύστημα οικογένειας. Οι καταβολές σίγουρα υπάρχουν και τους συνοδεύουν, αλλά γνωρίζουν ότι χρόνο με τον χρόνο πλησιάζει η στιγμή της απώλειας του γονέα. Συνεπώς η απουσία επιρροής της σχέσης του συγγενή με τον ασθενή στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας δύναται να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες διαθέτουν διαπροσωπικούς και υλικούς πόρους που συνεισφέρουν στη ρύθμιση της συναισθηματικής τους κατάστασης. Ενδέχεται τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά σε περιπτώσεις όπου το δείγμα θα παρουσίαζε κάποια ισοδυναμία στα επίπεδα της μεταβλητής αυτής. Ωστόσο ακόμη και η αυξημένη συχνότητα των παιδιών στο δείγμα των συμμετεχόντων, θα μπορούσε να αποτελέσει μία ένδειξη της τάσης που υπάρχει. Δηλαδή αφενός οι περισσότεροι νοσηλεύόμενοι της ΜΕΘ ΚΑΡΔ είναι γονείς των εν ενεργεία στελεχών (των τέκνων) και αφ' ετέρου εν αντιθέσει με άλλες χώρες, τα παιδιά τείνουν να εμπλέκονται ενεργά στην φροντίδα των γονέων τους.

5.4 Σύγκριση επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών και των Μονάδων Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ

Ο τελευταίος ερευνητικός στόχος αποτελούσε μία σύγκριση μεταξύ των επιπέδων συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των συγγενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών με τα αντίστοιχα των συγγενών των Μονάδων Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ.

Η υπόθεση που σχηματίστηκε υποστήριξε ότι τα επίπεδα συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Βαρέων Πασχόντων του ΚΑΤ θα είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα των συγγενών των ασθενών της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Η υπόθεση αυτή βασίστηκε στα ευρήματα της μελέτης των Young και συν. (2004) κατά την οποία προέκυψε ότι οι συγγενείς των ασθενών των ΜΕΘ παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και παρόμοια επίπεδα άγχους σε σχέση με τους συγγενείς των καρδιοχειρουργημένων ασθενών της ΜΕΘ ΚΑΡΔ. Επίσης, έναυσμα για αυτόν τον ερευνητικό έλεγχο αποτέλεσε η απουσία επιστημονικών δεδομένων αναφορικά με τα επίπεδα διαταραχής μετατραυματικού στρες και η διερεύνηση της ενδεχόμενης επίδρασης του είδους ΜΕΘ στην ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών στον ελληνικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν επιβεβαίωσαν την υπόθεση. Η διαφορά μεταξύ των επιπέδων συμπτωματολογίας εντός των δύο νοσοκομείων ήταν στατιστικώς σημαντική. Με τα επίπεδα από το ΚΑΤ να είναι κατά πολύ αυξημένα. Τα ευρήματα αυτά άρχισαν να διαφαίνονται από τις πρώτες αναλύσεις όπου περισσότερα από τα μισά άτομα που αποτελούσαν το δείγμα του ΚΑΤ σημείωναν πολύ σοβαρή έκπτωση οφειλόμενη σε καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, ενώ το 96% του δείγματος παρουσίαζε έντονη συμπτωματολογία που παραπέμπει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Τα αποτελέσματα αυτά ήταν εν μέρει σε συμφωνία με τα ευρήματα της έρευνας των Young και συν. (2004), οι οποίοι είχαν βρει στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο επίπεδο συμπτωμάτων κατάθλιψης και παρόμοια συμπτωματολογία άγχους για τους

συγγενείς των βαρέων πασχόντων. Ταυτόχρονα δεν υπήρχαν προηγούμενα ευρήματα προς σύγκριση για τη συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Οι Young και συν. (2004), είχαν αποδώσει τις διαφορές των επιπέδων της κατάθλιψης και των παρόμοιων επιπέδων άγχους στις διαφορετικές συνθήκες νοσηλείας και στις διαφορετικές διαδικασίες αποκατάστασης των ασθενών από τα δύο είδη μονάδας. Στην παρούσα έρευνα, οι διαφορές μεταξύ της κλινικής κατάστασης των ασθενών, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος των μονάδων, δύναται να ερμηνεύσουν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αναλύσεις. Οι ασθενείς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΚΑΤ ήταν στην πλειοψηφία τους διασωληνωμένοι, με δύσκολη πρόγνωση και εισαγωγή στη ΜΕΘ μη προγραμματισμένη. Οι μέρες νοσηλείας τους ήταν πάνω από δύο, και οι ζωτικές τους λειτουργίες υποστηρίζονταν κατά ένα μεγάλο βαθμό από εξωτερικά μέσα.

Αντίθετα, στην Καρδιολογική Μονάδα του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών οι ασθενείς ήταν στην πλειοψηφία τους σε αυτόματη αναπνοή, η νοσηλεία τους στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ξεπερνούσε τις δύο ημέρες, είχαν καλή πρόγνωση και είχαν νοσηλευθεί και παλαιότερα στο νοσοκομείο. Συνεπώς το περιβάλλον και οι διαδικασίες δεν ήταν τελείως άγνωστες σε εκείνους. Επίσης στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ για τους μισούς περίπου συγγενείς, η εισαγωγή του ασθενούς τους ήταν προγραμματισμένη και αφορούσε σε επεμβατική διαδικασία, κάτι που δηλώνει ότι είχε προηγηθεί συνάντηση με τους θεράποντες της ΜΕΘ ΚΑΡΔ. Επίσης το γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπήρχε δυνατότητα συμμετοχής στη φροντίδα του ασθενούς κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου με την καθοδήγηση των νοσηλευτών πχ. σίτιση ασθενούς, ενδέχεται να λειτούργησε βοηθητικά, αφενός μειώνοντας το άγχος τους και αφετέρου διατηρώντας την ικανότητά τους να περιποιηθούν τον συγγενή τους, με την ταυτόχρονη ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου στην όλη αυτή πρωτόγνωρη κατάσταση.

5.5 Περιορισμοί της έρευνας και προτεινόμενες παρεμβάσεις

Ο κύριος περιορισμός αυτής της ερευνητικής προσπάθειας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος που προέρχεται από ένα μόνο νοσοκομειακό πλαίσιο με συγκεκριμένο πληθυσμό και χαρακτήρα. Πρόκειται για ένα νοσοκομείο με μικρό αριθμό κλινών και περιορισμένες δυνατότητες επεμβατικών διαδικασιών. Επίσης, η ΜΕΘ ΚΑΡΔ του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών νοσηλεύει άτομα που ανήκουν σε οικογένειες στρατιωτικών, με ιδιαίτερες αβεβαιότητες (απουσίες από την οικογενειακή εστία και ωράριο) και σταθερές (κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο). Ταυτόχρονα, ο περιορισμένος χρόνος νοσηλείας των ασθενών (1-2 μέρες συνήθως) στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ περιόρισε τη διερεύνηση της συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες, του άγχους και της κατάθλιψης στις πρώτες ημέρες μετά το τραυματικό συμβάν, χωρίς να φανεί πώς εξελίσσεται η συμπτωματολογία αυτή με την πάροδο του χρόνου. Κατά αυτόν τον τρόπο δεν υπήρχε η δυνατότητα να ελεγχθεί κατά ποσό επηρεάζουν τα επίπεδα συμπτωματολογίας μίας μεταβλητής, τις διακυμάνσεις των υπόλοιπων μεταβλητών ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία αρχή στη μελέτη της ψυχικής δυσφορίας των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται σε Καρδιολογικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Θα είναι βοηθητικό να σχεδιαστούν ανάλογες έρευνες που να αφορούν σε πολιτικά νοσοκομεία που δέχονται καρδιολογικά περιστατικά στις μονάδες τους ώστε να προκύψει μεγαλύτερος όγκος δεδομένων από πληθυσμό με μεγαλύτερο εύρος κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Ταυτόχρονα θα είχε ενδιαφέρον να υπάρξει ταυτόχρονη σύγκριση της συμπτωματολογίας αρνητικών συναισθημάτων των συγγενών, των ασθενών και του γενικού πληθυσμού ώστε να προκύψουν περισσότερα δεδομένα για παράγοντες που επηρεάζουν προστατευτικά ή επιβαρυντικά τους

συγγενείς. Επίσης, καθώς στην Ελλάδα διαμένουν άτομα και από άλλες χώρες θα είναι βοηθητικό να μελετηθεί η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου στη εκδηλωμένη συμπτωματολογία.

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα που προέκυψαν και καταδεικνύουν τα αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες στους συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι σημαντικό να ενισχυθούν προστατευτικοί παράγοντες όπως: υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας και ενίσχυση κοινωνικού δικτύου. Επίσης είναι σημαντικό να τυποποιηθούν διαδικασίες προσέγγισης των συγγενών και να αναπτυχθούν υπηρεσίες εξειδικευμένης υποστήριξής τους.

Μία νέα διαδικασία που θα ήταν βοηθητικό να προστεθεί κατά την εισαγωγή του ασθενούς, είναι η ενημέρωση των συγγενών ότι ενδέχεται να παρουσιάσουν οι ίδιοι συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας λόγω της νοσηλείας του μέλους της οικογένειάς τους. Πέρα από την προφορική ενημέρωση θα μπορούσαν να συμπληρώσουν κάποιες κλίμακες ώστε να αναδειχθεί εάν υπάρχει η ανάγκη για περαιτέρω υποστήριξη. Επίσης θα ήταν βοηθητικό να αναπτυχθούν εφαρμογές συμβατές με την τεχνολογία των κινητών τηλεφώνων που θα περιέχουν ψυχομετρικά τεστ που αξιολογούν την ψυχολογική επιβάρυνση των συγγενών και θα ενημέρωναν για τη διακύμανση των συμπτωμάτων τόσο τον συγγενή όσο και το προσωπικό της ΜΕΘ ΚΑΡΔ ώστε να γίνεται πρόταση για παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας όπου είναι απαραίτητο. Σημαντική προϋπόθεση των ανωτέρων είναι η σχηματοποίησης ομάδας επαγγελματιών ψυχικής υγείας που θα έχουν συγκεκριμένη εκπαίδευση σε θέματα συναισθηματικών διαταραχών, αγχωδών διαταραχών, διαταραχών μετατραυματικού στρες και διαχείρισης πένθους ώστε να είναι δυνατή η παροχή συνεδριών υποστηρικτικού και ψυχοθεραπευτικού τύπου.

Επίσης, είναι σημαντικό να συσταθούν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες στα κατά τόπους κέντρα ψυχικής υγείας που θα παρέχουν υπηρεσίες υποστήριξης των συγγενών ώστε να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ειδικού ψυχικής υγείας σε ένα μη νοσοκομειακό πλαίσιο. Προς αυτήν την κατεύθυνση είναι σημαντική η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τον επιπολασμό της ψυχικής ασθένειας και τα οφέλη της έγκαιρης παρέμβασης ώστε να επιτευχθεί σταδιακά αποστιγματισμός της επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας.

5.6 Συμπεράσματα

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη ψυχιατρικών διαταραχών καθιστά ικανή και αναγκαία συνθήκη, τη διερεύνηση των συναισθηματικών επιπτώσεων των συγγενών όταν νοσηλεύεται κάποιο μέλος της οικογένειας τους στην ΜΕΘ ΚΑΡΔ. Σε συνέχεια αυτού, η παρούσα έρευνα κλήθηκε να καλύψει ένα μέρος του ερευνητικού κενού αναφορικά με τη συναισθηματική κατάσταση των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται σε Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και αποτέλεσε ένα καινοτόμο εγχείρημα για τον ελληνικό πληθυσμό. Μελετώντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναδύεται η ανάγκη της συνολικής περίθαλψης του συστήματος της οικογένειας όταν κάποιο μέλος της χρήζει νοσηλείας με εντατικά μέτρα φροντίδας. Φάνηκε ότι οι συγγενείς παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικής και της αγχώδους συμπτωματολογίας, ενώ ταυτόχρονα και η διαδικασία του καρδιακού συμβάντος φαίνεται να έχει έναν τραυματικό χαρακτήρα που επηρεάζει τόσο το άτομο που το υφίστανται, όσο και τους μάρτυρες και αυτούς που ενημερώνονται για το περιστατικό κι έχουν συναισθηματική εμπλοκή με τον ασθενή. Η δυσφορία των συγγενών βρέθηκε μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο και στις περιπτώσεις που έγινε μη προγραμματισμένα η εισαγωγή του ασθενούς. Επίσης

φάνηκε να υπάρχει κάποια διαφοροποίηση μεταξύ συγγενικής σχέσης με τον ασθενή και επιπέδων συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες και άγχους.

Παράλληλα, η έκταση των συμπτωμάτων μελετήθηκε από τους Mayou, Foster και Williamson (1978) και έδειξε ότι αρκετά συμπτώματα όπως απνία, ευερεθιστότητα, γνωστική έκπτωση, χαμηλή ερωτική επιθυμία και κόπωση επέμεναν ακόμη και ένα έτος μετά το εξιτήριο του ασθενούς. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Croog και Fizerold (1978), οι οποίοι επιπλέον των παρατηρήσεων αυτών, εντόπισαν τον ρόλο του μορφωτικού επιπέδου, της εθνικότητας και του πολιτισμικού πλαισίου στην αγχώδη συμπτωματολογία των συζύγων των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μάλιστα, η δυσφορία των συγγενών ενδέχεται να υπερκεράσει χρονικά, τη δυσφορία των ασθενών και να επηρεάζει την ανάρρωση του ασθενούς (Randall, Molloy & Steptoe ,2009). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η δυσφορία αυτή δύναται να επηρεάζεται από επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η ελλιπής ενημέρωση και η απουσία υπηρεσιών συμβουλευτικής.

Λόγω του ιδιαίτερου ρόλου των συγγενών στη ζωή του ασθενούς, στην πορεία της αποκατάστασής του και της προσαρμογής του στον νέο τρόπο ζωής (Randall, Molloy & Steptoe ,2009. Moser & Dracup, 2004. Kettunen, Solovieva, Laamanen & Santavirta,1999) μετά το εξιτήριο του, ο οποίος θα περιλαμβάνει ιατρικές οδηγίες και περιορισμούς στους οποίους θα πρέπει να προσαρμοστεί, είναι σημαντικό να γίνεται άμεση διασύνδεση του συγγενούς με τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Επίσης είναι σημαντική και η συνεργασία των ιατρών των ειδικοτήτων που εμπλέκονται με την πορεία του ασθενούς με ειδικούς ψυχικούς υγείας προκειμένου αφενός να γίνεται η ενημέρωση των συγγενών και τον ασθενών με έναν βοηθητικό τρόπο, και αφετέρου να πραγματοποιείται αποτελεσματική ψυχοεκπαίδευση και να καταδεικνύεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας όποτε υπάρξει το αντίστοιχο αίτημα.

Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο της ελληνικής κοινωνίας με την πυρηνική οικογένεια να επικρατεί, διαφαίνεται ότι δρα υποστηρικτικά το κοινωνικό δίκτυο που αναπτύσσεται από τα άτομα και λειτουργεί προστατευτικά σε κρίσιμα γεγονότα ζωής.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (11), 1871–1876. doi:10.1007/s11606-008-0770-2

Asukai, N. Kato, H. et al. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of event scale-revised (IES-R-J). *Journal of Nervous and Mental Disease*. 190 (3): 175- 182. doi:10.1097/00005053-200203000-00006

Beccaria, L.M., Ribeiro, R., Souza, G.L., Scarpetti, N., Contrin, L., & Rodrigues, M.S. (2008). Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde*. 2(15):65-9.

- Bedsworth, J. A., & Molen, M. T. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart & lung : the journal of critical care*, *11*(5), 450–456.
- Beuter, Margrid, Brondani, Cecília Maria, Szareski, Charline, Cordeiro, Franciele Roberta, & Roso, Camila Castro. (2012). Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery*, *16*(1), 134-140. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100018>
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological bulletin*. *125*. 760-76. 10.1037//0033-2909.125.6.760
- Bowry, A. D. K., Lewey, J., Dugani, S. B., & Choudhry, N. K. (2015). The Burden of Cardiovascular Disease in Low- and Middle-Income Countries: Epidemiology and Management. *Canadian Journal of Cardiology*, *31*(9), 1151–1159. doi:10.1016/j.cjca.2015.06.028
- Centers for Disease Control and Prevention (10 Μαΐου 2016). Heart Disease Facts. Available online at: <https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>
- Christianson, S., & Marren, J. (2012). The Impact of Event Scale - Revised (IES-R). *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, *21* 5, 321-2. <https://pdfs.semanticscholar.org/8b28/34a5d0cea7201350-f69f1a2bc2c23ffe967d.pdfB>

- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(12), 1489–1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Croog, S. H., & Fitzgerald, E. F. (1978). Subjective Stress and Serious Illness of a Spouse: Wives of Heart Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*(2), 166. doi:10.2307/2136532
- Chui, W. Y.-Y., & Chan, S. W.-C. (2007). Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(2), 372–381. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01461.x
- Dominian, J., & Dobson, M. (1969). Study of patients' psychological attitudes to a coronary care unit. *BMJ*, *4*(5686), 795–798. doi:10.1136/bmj.4.5686.795
- Elliott, D., Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Hopkins, R. O., Iwashyna, T. J., ... Needham, D. M. (2014). Exploring the Scope of Post-Intensive Care Syndrome Therapy and Care. *Critical Care Medicine*, *42*(12), 2518–2526. doi:10.1097/ccm.0000000000000525
- Eshah, N., & Rayan, A. H. (2015). The psychological burden of a relative's CICU admission. *British Journal of Cardiac Nursing*, *10*(4), 194–200. doi:10.12968/bjca.2015.10.4.194

- Fait, K., Vilchinsky, N., Dekel, R., Levi, N., Hod, H., & Matetzky, S. (2016). Cardiac Disease-Induced Post-traumatic Stress Symptoms (CDI-PTSS) Among Patients' Partners. *Stress and Health, 33*(2), 169–176. doi:10.1002/smi.2686
- Freitas, K. S., Kimura, M., & Ferreira, K. A. (2007). Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Revista latino-americana de enfermagem, 15*(1), 84–92. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000100013>
- Fosbøl, E. L., Peterson, E. D., Weeke, P., Wang, T. Y., Mathews, R., Kober, L., ... Torp-Pedersen, C. (2013). Spousal depression, anxiety, and suicide after myocardial infarction. *European Heart Journal, 34*(9), 649–656. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs242>
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., Badie, J., Bazire, A., Bige, N., Boulet, E., Bouadma, L., Bretonnière, C., Floccard, B., Gaffinel, A., de Forceville, X., Grand, H., Halidfar, R., Hamzaoui, O., Jourdain, M., Jost, P. H., ... Timsit, J. F. (2017). The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials, 18*(1), 542. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2283-y>
- Gidwani, U. K., & Kini, A. S. (2013). From the Coronary Care Unit to the Cardiovascular Intensive Care Unit. *Cardiology Clinics, 31*(4), 485–492. doi:10.1016/j.ccl.2013.07.012

- Guntupalli, K., Kulkarni, K., Parkar, S., Kulkarni, H., Mallampalli, A., & Karnad, D. (2011). Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, *15*(3), 147. doi:10.4103/0972-5229.84891
- Guntupalli, K. K., Rebbapragada, V. R., Lodhi, M. H., Scott, B., Burruss, J., McCabe, D., & Mallampalli, A. (2007). Anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms reactions in relatives of intensive care unit patients. *Chest*, *132*(4), 549C. doi:10.1378/chest.132.4_meetingabstracts.549
- Hackett, T. P., & Cassem, N. H. (1969). Factors contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, *24*(5), 651–658. doi:10.1016/0002-9149(69)90452-4
- Hamester, L., Souza, E. N., Cielo, C., Moraes, M. A., & Pellanda, L. C. (2016). Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, *24*, e2729. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0208.2729>
- Hampe S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing research*, *24*(2), 113–120.

Hasin, Y., Danchin, N., Filippatos, G. S., Heras, M., Janssens, U., Leor, J., Nahir, M., Parkhomenko, A., Thygesen, K., Tubaro, M., Wallentin, L. C., Zakke, I., & Working Group on Acute Cardiac Care of the European Society of Cardiology (2005). Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. *European heart journal*, *26*(16), 1676–1682. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi202>

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, *41*(3), 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

Joekes, K., Maes, S., Boersma, S. N., & van Elderen, T. (2005). Goal disturbance, coping, and psychological distress in partners of myocardial infarction patients: Taking account of the dyad. *Anxiety, Stress & Coping*, *18*(3), 255–267. doi:10.1080/10615800500206015

Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Jackson, J. C., & Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, *16*(7), 894–909. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>

Julian, D. G. (1987). The history of coronary care units. *Heart*, *57*(6), 497–502. doi:10.1136/hrt.57.6.497

- Kasaoka, S. (2017). Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (CICU). *Journal of Intensive Care*, 5(1). doi:10.1186/s40560-017-0271-7
- Katz, J. N., & Becker, R. C. (2010). Evolution of the Coronary Care Unit. *Cardiac Intensive Care*, 1–8. doi:10.1016/b978-1-4160-3773-6.10001-1
- Kawamura, N., Kim, Y., & Asukai, N. (2001). Suppression of Cellular Immunity in Men With a Past History of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 484–486. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.484
- Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R., & Santavirta, N. (1999). Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 479–488. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01103.x
- Killip, T., & Kimball, J. T. (1967). Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. *The American Journal of Cardiology*, 20(4), 457–464. doi:10.1016/0002-9149(67)90023-9
- Langeluddecke, P., Tennant, C., Fulcher, G., Barid, D., & Hughes, C. (1989). Coronary artery bypass surgery — Impact upon the patients spouse. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(2), 155–159. doi:10.1016/0022-3999(89)90042-1
- Leles da Costa Dias, F., Teixeira, A. L., Cerqueira Guimarães, H., et al. (2019). Prevalence of late-life depression and its correlates in a community-dwelling

low-educated population aged 75+ years: The Pietà study. *Journal of affective disorders*, 242, 173–179.

Litman T. J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview. *Social science & medicine*, 8(9-10), 495–519.
[https://doi.org/10.1016/0037-7856\(74\)90072-9](https://doi.org/10.1016/0037-7856(74)90072-9)

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). P03-561- Translation and Validation Study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek General Population and in a Psychiatric Patient's Sample. *European Psychiatry*, 26, 1731. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73435-6)

Lyrakos, G (2013). Αξιολόγηση του Ερωτηματολογίου GrDASS- 42 και 21. Retrieved from:<http://lyrakosgeorge.weebly.com/alphaxiiotaomicronlambda972gammaetasigmaeta-kappalambda943mualphakappaalphasigmaf-dass.html>

McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1078–1085. doi:10.1097/ccm.0b013e3181cf6d94

- McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care, 18*(3), 200–209. doi:10.4037/ajcc2009252
- Maestri, E., do Nascimento, E. R., Bertoncetto, K. C., & de Jesus Martins, J. (2012). Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva [Evaluation of the welcoming strategies in the Intensive Care Unit]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 46*(1), 75–81. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000100010>
- Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *British medical journal, 1*(6114), 699–701. doi:10.1136/bmj.1.6114.699
- Micik, S., & Borbasi, S. (2002). Effect of support programme to reduce stress in spouses whose partners “fall off” clinical pathways post cardiac surgery. *Australian Critical Care, 15*(1), 33–40. doi:10.1016/s1036-7314(02)80042-x
- Moser, D. K., & Dracup, K. (2004). Role of Spousal Anxiety and Depression in Patients’ Psychosocial Recovery After a Cardiac Event. *Psychosomatic Medicine, 66*(4), 527–532. doi:10.1097/01.psy.0000130493.80576.0c
- Munday J, Kynoch K, Hines S. The effectiveness of information-sharing interventions as a means to reduce anxiety in families waiting for surgical patients undergoing

an elective surgical procedure: a systematic review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(7), 283–298. doi:10.11124/jbisrir-2013-899

Myhren, H., Ekeberg, O., Tøien, K., Karlsson, S., & Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical care (London, England)*, 14(1), R14. <https://doi.org/10.1186/cc8870>

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric Properties of the Impact of Event Scale in Greek Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 454–461. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.023

Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>

Ocak, U., & Avsarogullari, L. (2018). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328–335. doi:10.1177/1024907918802737

- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). *The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates*. *Journal of Clinical Psychology, 68*(12), 1322–1338. doi:10.1002/jclp.21908
- Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., Tsekou, H., Vadala, C., Kribeni, G., ... Soldatos, C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(5), 719–722. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.05.013
- Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric Properties of the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS-21) in a Greek Sample. *Psychology, 9*, 2933-2950. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.915170>
- Pillai, L., Aigalikal, S., Vishwasrao, S., & Husainy, S. M. K. (2010). Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder? *Indian Journal of Critical Care Medicine, 14*(2), 83. doi:10.4103/0972-5229.68221
- Pillai, L.V., Ambike, D., Husainy, S., Vaidya, N., Kulkarni, S.D., & Aigolikal, S. (2006). The prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in relatives of severe trauma patients admitted to the intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine 10*(3). doi: 10. 10.4103/0972-5229.27860.

- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., Merouani, A., Moulront, S., Pigne, E., Pingat, J., Zahar, J. R., Schlemmer, B., Azoulay, E., & French FAMIREA study group (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of critical care*, 20(1), 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.11.004>
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, J.R., Dhainaut, J.F., Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893–1897. doi:10.1097/00003246-200110000-00007
- Psychology Foundation of Australia. (2011). Depression Anxiety Stress Scale – DASS. Retrieved from <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/>
- Randall, G., Molloy, G. J., & Steptoe, A. (2009). The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. *Health Psychology Review*, 3(1), 1–84. doi:10.1080/17437190902984919
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540–547. doi:10.1097/mcc.0b013e328357f141
- Siegel, M. D., Hayes, E., Vanderwerker, L. C., Loseth, D. B., & Prigerson, H. G. (2008). Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 36(6), 1722–1728. doi:10.1097/ccm.0b013e318174da72

- Skelton, M., & Dominian, J. (1973). Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *British medical journal*, 2(5858), 101–103. doi:10.1136/bmj.2.5858.101
- Stern, M. J., & Pascale, L. (1979). Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: The spouse's dilemma. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(1), 83–87. doi:10.1016/0022-3999(79)90076-x
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6):1351 – 1360. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01454.x
- Sukantarat, K. T., Williamson, R. C. N., & Brett, S. J. (2007). Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale. *Anaesthesia*, 62(3), 239–243. doi:10.1111/j.1365-2044.2006.04948.x
- Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic medicine*, 65(5), 870–876. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000084835.46074.f0>

Takrouri M.S.M (2004).Intensive Care Unit. *The Internet Journal of Health*.3(2)

<http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals%2Fijh%2Fvol3n2%2Ficu.xml>

Tapp, D. M. (2004). Dilemmas of Family Support During Cardiac Recovery. *Western*

Journal of Nursing Research, 26(5), 561–580. doi:10.1177/0193945904265425

Thompson, D. R., & Cordle, C. J. (1988). Support of wives of myocardial infarction

patients. *Journal of Advanced Nursing*, 13(2), 223–228. doi:10.1111/j.1365-2648.1988.tb01411.x

Van Pelt, D.C., Schulz, R., Chelluri, L., & Pinsky, M.R.(2010). Patient-specific, time-

varying predictors of post-ICU informal caregiver burden: the caregiver outcomes after ICU discharge project. *Chest*,137(1), 88-94.

<https://doi.org/10.1378/chest.09-0795>

Vilchinsky, N. (2017). Unrecognized, Undiagnosed, and Untreated: Cardiac-Disease-

Induced PTSD among Patients' Partners. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01265

Walker, D. M., West, N. E. J., & Ray, S. G. (2012). From coronary care unit to acute

cardiac care unit: the evolving role of specialist cardiac care. *Heart*, 98(5), 350–352. doi:10.1136/heartjnl-2011-301459

- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale Revised. In: J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Young, E., Eddleston, J., Ingleby, S., Streets, J., McJanet, L., Wang, M., & Glover, L. (2004). Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Medicine*, *31*(1), 86–91. doi:10.1007/s00134-004-2495-y
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
 ——— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 ———

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από την Ψυχολόγο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών Υπχο (ΥΨ) Κοντοπυράκη Ελευθερία ΠΝ στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού της προγράμματος «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε **το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης**. Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.

ΣΚΟΠΟΣ της ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει αν η εισαγωγή του ασθενή σας στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σας προκάλεσε συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελεί συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε την βοήθεια της ερευνήτριας.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε περισσότερο τις ανάγκες σας και να σχεδιάσουμε παρεμβάσεις που θα ανταποκρίνονται σε αυτές με στόχο να στηρίξουμε τόσο εσάς όσο και τον ασθενή σας.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οποιασδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητά σας, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή ο οποίος θα τα χειρίζεται με απόλυτη εμπιστευτικότητα και σύμφωνα με τον Νέο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2018) .

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετάσχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακλύσων περιστάσεις που το απαιτούν.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ συμμετεχόντων στην ΕΡΕΥΝΑ

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αν έχετε οποιασδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή .

Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή.

Κοντοπουράκη Ελευθερία

Ψυχολόγος

Τηλ: 6936205686, 6936423060

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο		Υπογραφή	
Ημερομηνία			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για το χρόνο σας προκειμένου να απαντήσετε στα παρακάτω ερωτηματολόγια.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

1. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΑΣ;

ΑΝΔΡΑΣ1

ΓΥΝΑΙΚΑ.....2

ΑΛΛΟ.....3

2 .ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ;

20-30.....1

30-40.....2

40-50.....3

50-60.....4

60-70.....5

>70.....6

3. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

ΑΓΑΜΟΣ/Η.....1

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η.....2

ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ.....3

ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....4

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η.....5

ΧΗΡΟΣ/Α.....6

4. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΟΧΙ.....1

ΝΑΙ2

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΕΣ.....

5. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΑΣ;

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ/ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ.....1

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ..... 2

ΑΕΙ/ΤΕΙ..... 3

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ.....4

6. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

- ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ.....1
 ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ.....2
 ΑΝΕΡΓΟΣ/Η.....3
 ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ.....4
 ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ.....

7. ΠΩΣ ΘΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΑΤΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

- ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ.....1
 ΚΑΛΗ2
 ΜΕΤΡΙΑ3
 ΚΑΚΗ 4
 ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ.....5

8. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ;

- ΓΟΝΕΑΣ.....1
 ΣΥΖΥΓΟΣ2
 ΠΑΙΔΙ.....3
 ΑΔΕΡΦΟΣ/Η.....4
 ΦΙΛΟΣ.....5
 ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΣΧΕΣΗ ΓΡΑΨΤΕ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ.....

9. ΔΙΑΝΥΕΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΜΕΓΑΛΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

- ΝΑΙ.....1
 ΟΧΙ.....2

10. ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΨΥΧΟΛΟΓΟ Η ΨΥΧΙΑΤΡΟ;

- ΝΑΙ.....1
 ΟΧΙ.....2

ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΟΝ ΛΟΓΟ:.....

11. ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ Η ΑΛΛΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΥΜΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ;

- ΝΑΙ.....1
 ΟΧΙ.....2

12. ΕΧΕΤΕ ΕΣΣΕΙΣ Ο ΙΔΙΟΣ/ Η ΙΔΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

- ΝΑΙ.....1
 ΟΧΙ.....2

13. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ;

- 20-30.....1
 30-40.....2

40-50.....	3
50-60.....	4
60-70.....	5
70>.....	6

14. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ;

ΑΝΔΡΑΣ.....	1
ΓΥΝΑΙΚΑ.....	2
ΑΛΛΟ.....	3

15. ΥΠΗΡΧΑΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ ΕΙΧΕ ΓΙΝΕΙ Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΔΙΗΡΚΗΣΕ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....

16. Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ ΕΓΙΝΕ ΞΑΦΝΙΚΑ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

17. ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΠΟΥ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

18. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ;

.....

19. ΠΟΣΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ;

.....

20. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΑΠΕΙΛΕΙΤΑΙ Η ΖΩΗ ΤΟΥ/ΤΗΣ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

21. ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΑΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

22. ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟ ΣΕ ΟΛΟ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

23. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ Η ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ.....	1
ΟΧΙ.....	2

24. ΠΩΣ ΘΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΑΣ;

ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ..... 1

ΜΕΤΡΙΑ2

ΚΑΛΗ 3

ΠΟΛΥΚΑΛΗ/ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ.....4

25. ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ.....1

ΟΧΙ.....2

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Dass

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή ..3 που προσδιορίζει κατά πόσο η δήλωση, σας αντιπροσώπευσε *κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας*. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0: Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα

2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα

3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές

0	1	2	3	1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου
0	1	2	3	2.Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό
0	1	2	3	3.Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα
0	1	2	3	4.Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)
0	1	2	3	5.Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα
0	1	2	3	6.Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα
0	1	2	3	7.Αισθάνθηκα τρεμούλα (π.χ. στα χέρια)
0	1	2	3	8.Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα
0	1	2	3	9.Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους
0	1	2	3	10.Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον
0	1	2	3	11.Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος
0	1	2	3	12.Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω
0	1	2	3	13. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος
0	1	2	3	14.Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα
0	1	2	3	15.Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό

0	1	2	3	16.Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό
0	1	2	3	17.Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο
0	1	2	3	18.Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος
0	1	2	3	19.Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)
0	1	2	3	20.Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος
0	1	2	3	21.Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ IES-R

Η διαταραχή της υγείας και η ασθένεια προκαλούν στρες. Ακολουθεί ένας κατάλογος με μαρτυρίες ανθρώπων που αντιμετώπισαν κάποιο σοβαρό γεγονός που τους προκάλεσε στρες. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε διπλά από κάθε πρόταση πόσο συχνά ίσχυσε κάτι τέτοιο για εσάς κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών.

Για όσα από τα παρακάτω ΔΕΝ σας συνέβησαν κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος χρησιμοποιήστε τη στήλη «ΚΑΘΟΛΟΥ»

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1	Οποιαδήποτε ανάμνηση μου ξαναγεννούσε συναισθήματα	0	1	2	3	4
2	Δυσκολεύομαι να παραμείνω κοιμισμένος/η	0	1	2	3	4
3	Άλλα πράγματα με έκαναν να το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
4	Ένιωθα εκνευρισμένος/η και θυμωμένος/η	0	1	2	3	4
5	Όταν το σκεφτόμουν ή μου το θύμιζαν απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να ταραζέται	0	1	2	3	4
6	Το σκεφτόμουν ακόμα και όταν δεν το ήθελα	0	1	2	3	4
7	Ένιωθα σαν να μη συνέβη ή δεν ήταν πραγματικότητα	0	1	2	3	4
8	Απέφευγα ότι μου το θύμιζε	0	1	2	3	4
9	Εικόνες σχετικά με αυτό εμφανίζονταν στο μυαλό μου	0	1	2	3	4
10	Ήμουν ανήσυχος/η και πεταγόμενος εύκολα	0	1	2	3	4
11	Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
12	Γνώριζα ότι είχα ακόμη πολλά συναισθήματα γι' αυτό αλλά δεν τα αντιμετώπιζα	0	1	2	3	4
13	Ένιωθα μωδιασμένος/η στη σκέψη του	0	1	2	3	4
14	Συνειδητοποίησα ότι δρούσα ή ένιωθα σαν να ήμουν πίσω σε εκείνες τις στιγμές	0	1	2	3	4
15	Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ	0	1	2	3	4
16	Είχα διακυμάνσεις έντονων συναισθημάτων σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4
17	Προσπάθησα να το βγάλω από την μνήμη μου	0	1	2	3	4
18	Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ	0	1	2	3	4

19	Πράγματα που μου το θύμιζαν μου προκαλούσαν σωματικές αντιδράσεις όπως εφίδρωση, δύσπνοια, ναυτία ή ταχυκαρδία	0	1	2	3	4
20	Είχα όνειρα σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4
21	Ένιωθα ότι ήμουν σε επιφυλακή	0	1	2	3	4
22	Προσπαθούσα να μην το συζητάω	0	1	2	3	4