

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ**

**Α΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**



**ΘΕΜΑ:**

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ  
Μ.Ε.Θ.**

**ΜΑΝΤΖΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ (Msc)**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΘΗΝΑ, 2-11-2022**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Α΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ



ΘΕΜΑ:

# **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.**

ΜΑΝΤΖΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ (Msc)

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΘΗΝΑ, 2-11-2022**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΕΩΣ : **27-6-2018 (αρ. πρωτ. :1718033245)**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ 3ΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : **4-10-2018  
(αρ. πρωτ. 1819004347)**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ: **2-1-2019 (αρ. πρωτ. : 1819017841)**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ : **2-11-2022**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ : **13-1-2023**

ΜΕΛΗ 3ΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

**ΙΩΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ**

**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΟΡΦΑΝΟΣ**

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΧΟΛΗΣ: **ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΙΑΣΟΣ**

ΜΕΛΗ 7ΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**ΙΩΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΟΡΦΑΝΟΣ**

**ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ**

**ΙΩΑΝΝΑ ΡΟΥΤΣΗ**

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΕΝΤΖΕΛΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ**

**ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΛΟΜΕΝΙΔΗΣ**

**ΒΑΘΜΟΣ : ΑΡΙΣΤΑ**

## ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἄσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῶρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ’ ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ’ ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ’ ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἦ ἀκούσω, ἦ καὶ ἄνευ θεραπηίης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρῶρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**Όνομα:** Βασιλική

**Επώνυμο :** Μάντζιου

**Πατρώνυμο :** Ευάγγελος

**Ηλεκτρονική Διεύθυνση :** [mantziou@yahoo.gr](mailto:mantziou@yahoo.gr)

### ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

**10/ 2018 :** Έναρξη Διδακτορικής διατριβής με θέμα «Ποιότητα ζωής Ασθενών που επιβιώνουν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας», Ιατρική Σχολή Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

**1997 :** Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών “Ειδικεύσεως εις την Κοινωνική Ψυχιατρική”, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

**1994 :** Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών “Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας Παιδιών και Ενηλίκων”, ( Τομέας Εξειδίκευσης: Ψυχιατρική Ενηλίκων), Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου

**1992 :** Πτυχίο Τμήματος Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας με ειδίκευση στην Ψυχολογία (Βαθμός πτυχίου 8,15), Φιλοσοφική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Εκπαίδευση στην **Υπαρξιακή Συστημική Θεραπεία Οικογένειας και Ζεύγους**, 2002-2006, Θεραπευτικό και Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο Συστημικής Υπαρξιακής προσέγγισης «Αντίστιξη»  
Εκπαίδευση στη **Συγκινησιακά Εστιασμένη Θεραπεία E.F.T. Greek Network**, 2016-2017, E.F.T. Greek Network

### ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

1. Γαλλικά : Άριστα ( Superieur III - Επάρκεια Διδασκαλίας)
2. Αγγλικά : Αρκετά καλά(Lower - GRE )
3. Ιταλικά : Μέτρια

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ημερομηνίες	Από 28-4-2021 έως σήμερα
Εργοδότης	Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»
Θέση	Κλάδος: ΠΕ Εκπαιδευτών, τοποθέτηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Δήμου Αθηναίων.
Ημερομηνίες	Από 1-10-2022 έως σήμερα
Εργοδότης	Ψυχολόγος- Οικογενειακή ψυχοθεραπεύτρια, στο ιδιωτικό γραφείο
Ημερομηνίες	Από 17-8-2020 έως 28-4-2021
Εργοδότης	Υπουργείο Υγείας
Θέση	Σύμβουλος σε θέματα Ψυχικής Υγείας στην Υφυπουργό Υγείας κα Ράπτη.
Ημερομηνίες	Από 1/1/2014 έως 1-10-2022
Εργοδότης	«Συναίσθηση», Ψυχολόγος- Οικογενειακή ψυχοθεραπεύτρια,
Θέση	Εξωτερικός Συνεργάτης
Ημερομηνίες	Από 4/2/2020 έως 17-8-2020
Εργοδότης	Μετακίνηση στο Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»
Θέση	Κλάδος: ΠΕ Εκπαιδευτών, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Α Πανεπιστημιακής Κλινικής
Ημερομηνίες	Από 8-1-2007 έως 4/2/2020
Εργοδότης	Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»
Θέση	Κλάδος: ΠΕ Εκπαιδευτών, τοποθέτηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Δήμου Αθηναίων.
Ημερομηνίες	Από 1/1/2008 έως Ιούνιο 2013
Εργοδότης	«Λόγος και Γραφή Κέντρο Θεραπείας Διαταραχών Λόγου Ανάγνωσης και Γραφή, Μενίδι
Θέση	Ψυχολόγος- ψυχοθεραπεύτρια, Εξωτερικός Συνεργάτης
Ημερομηνίες	Από 1/3/2006 έως 1/10/2006
Εργοδότης	Όμιλος Συμβούλων Ε-2000
Θέση	Υπεύθυνη Ομάδας Έργου για το Έργο «Τεχνικός Σύμβουλος για την Υποστήριξη του ΕΚΕΠ στο πλαίσιο υλοποίησης έργων που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΠΕΑΕΚ»- Εξωτερικός Συνεργάτης.

Ημερομηνίες	Από 4/2/2005 έως 1/5/2007
Εργοδότης	Ι.Δ.Ε.Κ.Ε.
Θέση	Ψυχολόγος, Εκπαιδευτρια στο Πρόγραμμα «Συμβουλευτική Γονέων II»
Ημερομηνίες	Από 31/1/2003 έως 31/3/2006
Εργοδότης	Γραφείο Διασύνδεσης ΤΕΙ Αθήνας
Θέση	Ψυχολόγος, ειδική Εμπειρογνώμων σε θέματα συμβουλευτικής Φοιτητών. Υπεύθυνη του Τομέα Συμβουλευτικής.
Ημερομηνίες	Από 31/3/1997 έως 30/9/2005
Εργοδότης	«Λόγος και Γραφή Ε.Π.Ε.», Κέντρο Θεραπείας Διαταραχών Λόγου Ανάγνωσης και Γραφή,
Θέση	Ψυχολόγος, Ψυχοπαιδαγωγός, Ειδική Παιδαγωγός, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης
Ημερομηνίες	Από 01/03/2001 έως 31.07.2002
Εργοδότης	Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πειραιά
Θέση	Ψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Ημερομηνίες	Από 23/01/1998 έως 8/12/2000
Εργοδότης	Κ.Ε.Κ. «ΜΕΝΤΩΡ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.»
Θέση	Ψυχολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης - Υπεύθυνη κατάρτισης ομάδας στόχου του Ε.Π. «Καταπολέμηση Κοινωνικού Αποκλεισμού» «Άτομα με ειδικές ανάγκες».
Ημερομηνίες	Από 1/10/1996 έως 31/7/1997
Εργοδότης	University Of London- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
Θέση	Βοηθός έρευνας στο Ερευνητικό πρόγραμμα με θέμα «Πρώιμες εμπειρίες και δεσμός μητέρας - βρέφους ».

#### **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ -ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ**

**2017-18:** Σεμινάριο με θέμα «**Επίκαιρα θέματα Κοινωνικής Ψυχιατρικής**», διάρκειας 20 ωρών που διοργανώθηκε από το Κ.Ψ.Υ. του Γ.Ν.Ν.ΘΑ. «Η Σωτηρία».

**2017 :** Εκπαίδευση στην **οικογενειακή συμβουλευτική διαταραχών ύπνου βρεφών και παιδιών**, Hospital Robert-Depre στο Παρίσι, υπό την εποπτεία της Lyliane Nemet – Pier.

**2016-17:** Εκπαίδευση στην **Emotionally Focused Couples Therapy**

**2008-10** : Εκπαίδευση στο **Γενεόγραμμα** με την παιδοψυχίατρο θεραπεύτρια συστημάτων οικογένειας κα Ε. Καραγιάννη.

**2009**: «Εκπαίδευση στελεχών Κέντρου Ψυχικής Υγείας», διάρκειας 180 ωρών

**2007**: Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης «**Εκπαίδευση Εκπαιδευτών** » συνολικής διάρκειας 300 ωρών.

**1994-95** : «Κατάρτιση στελεχών για το Κέντρο Πρόληψης Συμβουλευτικής και Ενημέρωσης για άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους».

**1993-94**: «Εκπαίδευση θεραπευτών Τοξικομανών».

#### **ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

V. Mantziou, A. Kotanidou, E. Jahaj, A.G. Vassiliou, E. Kampisiouli, I. Dimoroulou.

**Cognitive and mental assessment in a general intensive care unit (ICU) population one year after hospital discharge: preliminary results of a prospective study.** 40th International Symposium on Intensive Care & Emergency Medicine: Brussels, Belgium. 24-27 March 2020. Critical Care 2020, 24 (Suppl 1):P388.

«**Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Ε.Θ.**», Βιωματικό Εργαστήριο, 9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εντατικής Εταιρείας, 6-8/9/2019

« **Συστημικές διαδρομές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αθηνών του Γ.Γ.Γ.Ν.Θ. «Η Σωτηρία».** Η «**Πόλις**» σε κρίση». B. Μάντζιου, Γ. Φρέρης, Κ. Τυράσκη, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Ελλάδα, Συνέδριο Ε.Φ.Τ.Α., Αθήνα 28-9/1-10 /2016,

«**Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αθηνών του Γ.Γ.Γ.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.**» Ξ. Χαραλάμπους, Β. Μάντζιου, Γ. Φρέρης, 3<sup>ο</sup> Συνέδριο ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ., Αθήνα 15-17/12/16

Ομιλία με θέμα: «**Κρίση και Ψυχική Υγεία**», Δήμος Γαλατσίου, 20/2/2017

«**Διαδικασίες υποδοχής των νέων εκπαιδευομένων στο ΣΔΕ Κορυδαλλού**», Απολογιστικό Συνέδριο Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας, Αθήνα, 23-24 Ιουνίου 2006

«**Ο ρόλος του Συμβούλου Ψυχολόγου στα ΣΔΕ**», 1<sup>η</sup> Επιμορφωτική Συνάντηση Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας, Αθήνα, Μάρτιος 2006



**«The counseling service of the career office of the TEI of Athens: the role of the systemic approach in the psychological counseling of students».** 3<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο «New Horizons in Industry and Education», Σαντορίνη 28-29/8/2003

**«Επαγγελματική Συμβουλευτική στο χώρο της Εκπαίδευσης»**, Ημερίδα με θέμα: «Γραφεία Διασύνδεσης και προώθηση της απασχόλησης», ΤΕΙ Αθήνας, 15-5-2003.

**«Διαχείριση του άγχους των εξετάσεων»**, Τριημερίδα με θέμα «Ημέρες Σταδιοδρομίας», ΚΕΣΥΠ Περιστερίου, 18/3/03.

**«Η Διερεύνηση του Φαινομένου της Μακροχρόνιας Αποχής των Φοιτητών/Φοιτητριών από την Εκπαιδευτική Δράση»**, Ημερίδα με θέμα « Πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας νέων: Συμβουλευτικές Υπηρεσίες για νέους» Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Φοιτητών, 23/11/01.

**«Η Διερεύνηση του Φαινομένου της Μακροχρόνιας Αποχής των Φοιτητών/Φοιτητριών από την Εκπαιδευτική Δράση»**, VIII Ετήσιο Ευρωπαϊκό Συνέδριο 20-23/9/01 «Η Συμβουλευτική στο Χώρο της Πρόληψης», Βουλιαγμένη, 2/09/2001 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Συμβουλευτικής.

#### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

**«Διαταραχή μετατραυματικού stress και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας στη διάρκεια του Covid -19»** Α κλινική Εντατικής Θεραπείας, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Κοτανίδου Α., Δημοπούλου Ι., Ορφανός Σ., Ιλίας, Ι., Μάντζιου Β., Καμπισιούλη Ε., Θεοδωρακοπούλου Μ., Βρεττού Κ., Δούκα Ε., Βασιλείου Α., Βαμβακάς Ε.

**«Ζητήματα Αξιολόγησης των Προσφερόμενων Υπηρεσιών στο Συμβουλευτικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πειραιώς».** Κ. Κουνενού, Β. Μάντζιου, Ε. Παπαδάκη (Σεπτέμβριος 2000 – Ιούνιος 2001). Συμμετοχή στην δημιουργία οργάνου μέτρησης, στην επιλογή και συλλογή του δείγματος καθώς και στην επεξεργασία των στατιστικών δομένων).

**«Η Διερεύνηση του Φαινομένου της Μακροχρόνιας Αποχής των Φοιτητών/Φοιτητριών από την Εκπαιδευτική Δράση».** Κ. Κουνενού, Ε. Παπαδάκη, Ε. Καλαμίτση, Β. Μάντζιου. (Φεβρουάριος – Ιούνιος 2001) Συμμετοχή στην δημιουργία οργάνου μέτρησης, στην επιλογή και συλλογή του δείγματος καθώς και στην επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων.

**“Πρώιμες εμπειρίες και δεσμός “μητέρας”-βρέφους».** Nuffield Foundation, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Παν/μίου του Λονδίνου, Κέντρο Βρεφών «Μητέρα», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, (1996-1997). Συμμετοχή στην δημιουργία οργάνου μέτρησης, στην επιλογή και συλλογή του δείγματος **καθώς και στην επεξεργασία των στατιστικών δεδομένων.**«European Network for the Hyperkinetic Disorder», συντονίστρια για την Ελλάδα κα Α. Ρούσου (1993).

#### **ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

- Ilias, I.; **Mantziou, V.**; Vamvakas, E.; Kampisiouli, E.; Theodorakopoulou, M.; Vrettou, C.; Douka, E.; Vassiliou, A.G.; Orfanos, S.; Kotanidou, A.; et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Burnout in Healthcare Professionals During the SARS-CoV-2 Pandemic: A Cross-Sectional Study. The Journal of Critical Care Medicine 2021, 7, doi:10.2478/jccm-2020-0042.

- Vrettou, C.S.; **Mantziou, V.**; Ilias, I.; Vassiliou, A.G.; Orfanos, S.E.; Kotanidou, A.; Dimopoulou, I. Quality of Life, Depression, and Anxiety in Survivors of Critical Illness from a Greek ICU. A Prospective Observational Study. Healthcare (Switzerland) 2021, 9, doi:10.3390/healthcare9070849.

- Vrettou CS, **Mantziou V**, Vassiliou AG, Orfanos SE, Kotanidou A, Dimopoulou I. Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. Life (Basel). 2022 Jan 12;12(1):107. doi: 10.3390/life12010107. PMID: 35054500; PMCID: PMC8778667.

- **Vassiliki Mantziou**, C.S. Vrettou, A.G. Vassiliou, S.E. Orfanos, A.Kotanidou and I. Dimopoulou “Family burden of ICU survivors and correlations with patient quality of life and psychometric scores - A prospective observational study, The Journal of Critical Care Medicine (pubmed indexed), DOI: 10.2478/jccm-2022-0027.

- «Μαθησιακές Δυσκολίες» στο «Παιδαγωγικός Προσανατολισμός» εκ. Μέθεξη, Αθήνα 2006

- «Οδηγός αναζήτησης εργασίας», Τ.Ε.Ι. Αθήνας
- «Η πορεία της παρέμβασης του Συμβουλευτικού Κέντρου στο Χώρο του Πανεπιστημίου Πειραιώς τα έτη 2000-2001». Συμμετοχή στη συγγραφική ομάδα.

#### **ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΗΜΕΡΙΔΕΣ**

- Ημερίδα Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΜΕΘ «**Επιστήμονες Υγείας : Προκλήσεις και Αντιστάσεις**», Κωνσταντινούπολη 21/9/2019
- 10<sup>th</sup> Conference of the European Family Therapy Association: “**Visible and Invisible : Bordering Change in Systemic Family Therapy**”, Naples 11-15/9/2019
- Σεμινάριο με θέμα « **Ατομική Ψυχοθεραπεία – διευρύνοντας ένα μοντέλο βασισμένο στο δεσμό** », Lorrie Brubacher Αθήνα 8-9/6/2019
- Σεμινάριο με θέμα «Σώος και Ασφαλής : Φροντίζοντας την προσωπική ανάπτυξη του θεραπευτή» Marlene Best, Αθήνα 18-19/5/2019
- Ημερίδα με θέμα «**Οικογένειες και θεραπευτές σε συν-εξέλιξη**», ΕΕΣΚΕΨΟ, Αθήνα, 15/6/2018
- Σεμινάριο με θέμα «**E.F.T. stage 2, Change Events clarifying Process deepening emotions**», Ελληνικό Δίκτυο EFT, Αθήνα, 19-20-2018
- Σεμινάριο με θέμα «**Working with difficult couples**», Ελληνικό Δίκτυο EFT, Αθήνα 29/4/18
- Ημερίδα με θέμα «**Γυναίκα και εξάρτηση**», Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα 1/6/2017
- 9<sup>ο</sup> Συνέδριο E.F.T.A., με θέμα «**Πρωταρχικό και Πρωτότυπο στην Οικογενειακή Θεραπεία και Συστημική Πρακτική**» Αθήνα 28-9/1-10 /2016
- 3<sup>ο</sup> Συνέδριο ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ., Αθήνα 15-17/12/16
- Ευρωπαϊκό Συνέδριο με θέμα «**Χτίζοντας υγιείς σχέσεις ανάμεσα στα 2 φύλα**», Αθήνα 22-23/9/2016
- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο με θέμα «**Μητρότητα και Ψυχική Υγεία: Τελευταίες εξελίξεις και βέλτιστες Πρακτικές**», Αθήνα 13/5/2016
- Ημερίδα με θέμα «**Οικογένειες, ασθενείς θεραπευτές σε κρίση .... Στην καρδιά της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης**», ΕΕΣΚΚΕΨΟ, Αθήνα 7/11/16
- 8th EFTA Congress, «**Opportunities in a time of crisis: the role of the family**», Κωνσταντινούπολη, 24-27 Οκτωβρίου 2013

- 7th EFTA Congress «**60 years of EFTA and after new ways for systemic practice**», Παρίσι, 28-30 Οκτωβρίου 2010
- Ημερίδα με θέμα « **Η αυτοβιογραφική γραφή ως μέσο στήριξης κακοποιημένων γυναικών**», Αθήνα, 28-2-2014.
- Ημερίδα με θέμα «**Ψυχιατρική Διάγνωση και συστηματική Ψυχοθεραπεία**» ΕΕΣΚΚΕΨΟ, Αθήνα 20/9/13
- Επιστημονική Διημερίδα «**Δύσκολα Διαζύγια: Αποκατάσταση μιας Επικοινωνίας σε αστάθεια μεταξύ των Γονιών και του Παιδιού** », Αθήνα, 7-8-11-2008
- 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα «**Γενικό Νοσοκομείο Κοινωνία και Ψυχιατρική**»
- Απολογιστικό Συνέδριο Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας Β΄ Φάσης, Αθήνα, 23-24 -6-2006
- « **Εκπαίδευση Εκπαιδευτών στη Συμβουλευτική Γονέων**» Ι.Δ.Ε.Κ.Ε. Αθήνα, 6-9/10/05.
- « **Διδακτικές προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές τεχνικές ενεργοποίησης της συμμετοχικότητας των εκπαιδευομένων στα ΣΔΕ** », Ι.Δ.Ε.Κ.Ε., Αθήνα 27-28/1/05
- «**Εκπαίδευση Εκπαιδευτών στη Συμβουλευτική Γονέων**» Ι.Δ.Ε.Κ.Ε. Αθήνα, 20-24/1/05.
- 5ο Σεμινάριο- Εργαστήριο Ευαισθητοποίησης Προσωπικού Γραφείου Διασύνδεσης Ελληνικών Τ.Ε.Ι. «**Συμβουλευτική Ενδυνάμωση, και Προώθηση στην Απασχόληση**», Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Ιωάννινα 4-7/11/04.
- 4ο Σεμινάριο- Εργαστήριο Ευαισθητοποίησης Προσωπικού Γραφείου Διασύνδεσης Ελληνικών Τ.Ε.Ι. «**Συμβουλευτική Ενδυνάμωση, και Προώθηση στην Απασχόληση**», Τ.Ε.Ι.Λαμίας, Καρπενήσι 28-30/4/04.
- 3ο Σεμινάριο- Εργαστήριο Ευαισθητοποίησης Προσωπικού Γραφείου Διασύνδεσης Ελληνικών Τ.Ε.Ι. «**Συμβουλευτική Ενδυνάμωση, και Προώθηση στην Απασχόληση**», Τ.Ε.Ι. Αθήνας, 19-20/2/04.
- 3<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο «**New Horizons in Industry and Education**», Σαντορίνη 28-29/8/2003.
- 9<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Ρόδος 21/25-5-2003
- «**Χρήση Σταθμισμένων Ερωτηματολογίων του Achebach**», Αθήνα 15/2/2002, Ε.Ψ.Υ.Υ.Π.Ε.

- «**Η οικογένεια στην ψυχοθεραπευτική πράξη- Μοντέλα και παραδείγματα**», Αθήνα, 9/11/2001.
- VIII Ετήσιο Ευρωπαϊκό Συνέδριο 20-23/10/2001 «**Η Συμβουλευτική στο Χώρο της Πρόληψης**», Βουλιαγμένη, 21/09/2001 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Συμβουλευτικής.
- «**Πρόληψη σε Θέματα Ψυχικής Υγείας Νέων: Συμβουλευτικές Υπηρεσίες για Φοιτητές**», Συμβουλευτικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, 23/11/2001.
- 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος «**Πρόληψη στην Παιδοψυχιατρική και προαγωγή της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων: Νέες Προκλήσεις**», Αθήνα, 7-9/5/1999
- «**Μαθησιακές Δυσκολίες**», Αθήνα, 8-9/5/1998, ΕΨ.Υ.Υ.Π.Ε.
- 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικής Παιδιατρικής με θέμα «**Εφηβεία**», 13-15/5/1993, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας“

*Στην οικογένεια μου*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα .....	14
Εισαγωγή - Ευχαριστίες .....	18
Περίληψη .....	21
Abstract.....	23
Συνοπτομογραφίες & Ακρωνύμια.....	24

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1. Ορισμός .....	26
1.2. Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής .....	31
1.2.1. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας .....	32
1.2.2. Ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια .....	37
1.2.3. Κλίμακες μέτρησης του πόνου .....	37
1.3. Ποιότητα Ζωής & “σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής” .....	38
1.4. Ποιότητα Ζωής στον τομέα της υγείας .....	39

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2.1. Ιστορική Αναδρομή .....	42
2.2. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Ποιότητα Ζωής Ασθενών μετά τη Μ.Ε.Θ. ....	46
2.3. Ποιότητα Ζωής, λειτουργικότητα και θνησιμότητα μετά τη Μ.Ε.Θ. ....	47

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική Υγεία μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. και συσχέτιση με την Ποιότητα Ζωής – POST INTENSIVE CARE SYNDROME .....	50
3.1.1. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ. ....	51

3.2. Τομείς Δυσλειτουργίας .....	53
3.2.1. Γνωστική Δυσλειτουργία .....	53
3.2.1.1. Παράγοντες κινδύνου γνωστικής δυσλειτουργίας μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ .....	56
3.2.1.2. Αντοχή των Γνωστικών Δυσλειτουργιών .....	59
3.3. Ψυχοσυναισθηματικές δυσλειτουργίες .....	60
3.3.1. Αγχος .....	61
3.3.2. Κατάθλιψη .....	61
3.3.2.1. Δυναμικοί παράγοντες κινδύνου για καταθλιπτικά συμπτώματα – διαταραχή μετα τη Μ.Ε.Θ. ....	62
3.3.3. Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (PTSD SYNDROME) .....	64
3.3.3.1. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Stress .....	65
3.4. Λειτουργικές Διαταραχές .....	66
3.4.1. Μυϊκή αδυναμία .....	66
3.4.2. Αναπνευστικές διαταραχές .....	68
3.4.3. Απώλεια βάρους .....	68
3.4.4. Διαταραχές ύπνου .....	69
3.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ. ....	70
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ Μ.Ε.Θ. ....</b>	<b>72</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
<b>ΤΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ COVID-19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ. ....</b>	<b>74</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.</b>	
<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ. ....</b>	<b>78</b>
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>	
7.1. Σκοπός και στόχοι της μελέτης .....	82



7.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	82
7.2.1. Πληθυσμός μελέτης .....	82
7.2.2. Ερωτηματολόγια .....	84
7.2.2.1. Το Ερωτηματολόγιο WHO-QoL-Bref.....	84
7.2.2.2. Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Άγχους Spielberg (1970) (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)).....	86
7.2.2.3. The Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D) scale, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale-CES-D; Radloff, 1977. Προσαρμογή στα Ελληνικά: Moore, Alexi, και Argyrides (2016). .....	88
7.2.2.4. The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) .....	89
7.2.2.5. The Mini-Mental State Exam (MMSE) .....	89
7.2.2.6. Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης .....	90
7.3. Στατιστική ανάλυση .....	91

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

8.1. Δημογραφικά και Κλινικά Χαρακτηριστικά ασθενών .....	92
8.2. WHO-QoL-Bref ερωτηματολόγιο σε επιβιώσαντες στη Μ.Ε.Θ. και στην ομάδα ελέγχου.....	96
8.3. Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά των επιβιωσάντων στη Μ.Ε.Θ. ....	98
8.4. Παράγοντες που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των διαφορετικών κατηγοριών του WHO-QoL-Bref .....	99
8.5. Αποτελέσματα κλίμακας επιβάρυνσης στις οικογένειες ασθενών που επιβίωσαν.....	100

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	102
-----------------------	-----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	108
--------------------------------------	-----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	109
---------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	110
Παράρτημα Ερωτηματολογίων .....	
1.Εντυπο συγκατάθεσης .....	111
2.Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής, (WHO-QOL-BREF) .....	113
3.Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) .....	121
4.Κλίμακα Κατάθλιψης ( CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE (CES - D) .....	123
5.Ερωτηματολόγιο διερεύνησης Μετατραυματικού Stress IMPACT OF EVENTS SCALE-Revised (IES-R) .....	124
6.Ερωτηματολόγιο Εξέτασης της Νοητικής Κατάστασης (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION) .....	126
7.Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης .....	128
Κατάλογος Πινάκων	
Πίνακας 1 : Τροποποιήσιμοι παράγοντες και μη Τροποποιήσιμοι παράγοντες (Sakusic et al, 2018) Γνωστικής Δυσλειτουργίας. ....	132
Πίνακας 2: Εργαλεία για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης, της γνωστικής λειτουργικότητας, της ψυχικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς μετά τη Μ.Ε.Θ. ....	133
Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά της ομάδας ασθενών. ....	135
Πίνακας 4. Κλινικά χαρακτηριστικά και κατάσταση υγείας του δείγματος των ασθενών. ....	137
Πίνακας 5. Αποτελέσματα των δοκιμασιών για άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού stress και γνωστικής λειτουργίας .....	139
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	140
<b>ΑΡΘΡΑ-ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> .....	159

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η νοσηλεία σε ένα Νοσοκομείο και η είσοδος σε Μ.Ε.Θ., ύστερα από ένα χειρουργείο, ένα ατύχημα ή μια ασθένεια αποτελεί μια τομή στη ζωή ενός ανθρώπου: διαταράσσεται η κανονική ροή της ζωής, επηρεάζεται η προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα. Οι άνθρωποι που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ. βρίσκονται ξαφνικά σε μεγάλη αποσταθεροποίηση, ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο και αντιμέτωποι με βασικά υπαρξιακά άγχη όπως αυτά, της μοναξιάς και του θανάτου. Ο λόγος εισαγωγής, ο χρόνος παραμονής στη Μ.Ε.Θ., επηρεάζουν σύμφωνα με μελέτες και τον χρόνο που χρειάζονται οι ασθενείς για να επανέλθουν όταν αυτό είναι εφικτό σε προηγούμενη ζωή τους ή να αποκτήσουν ένα βαθμό λειτουργικότητας.

Η πανδημία του covid-19, τα τελευταία χρόνια, ανέδειξε την αναγκαιότητα και έβαλε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, περισσότερο από ποτέ, τόσο για την επιστημονική κοινότητα, όσο και για το γενικό πληθυσμό καθώς αποτελούν την τελική απάντηση-λύση στους βαρέως πάσχοντες. Το τελευταίο διάστημα, περισσότερο από ποτέ, έχουν αναδυθεί πολλά θέματα προς συζήτηση που αφορούν την Ποιότητα Ζωής των ασθενών που επιβιώνουν ύστερα από νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ..

Στη συγκεκριμένη μελέτη, που ξεκίνησε τον Οκτώβρη του 2018, στόχος ήταν η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών που επιβιώνουν από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, του Συνδρόμου Μετά τη Νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. (Post Intensive Care Syndrome), της Διαταραχής Μετατραυματικού stress (Post Traumatic Syndrome), και της ύπαρξης άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς που έχουν επιβιώσει ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ. του Ευαγγελισμού.

Η νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. επηρεάζει τόσο τους ασθενείς όσο και τα μέλη της οικογένειάς τους τα οποία αναλαμβάνουν ένα μεγάλο κομμάτι της φροντίδας των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειάς βιώνουν συναισθήματα αγωνίας, άγχους, θλίψης και επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής τους, η κατάσταση αυτή ορίζεται ως Σύνδρομο της Οικογένειας μετά τη Μ.Ε.Θ. (PICS-F).

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους/ες, όσους/ες υποστήριξαν αυτή την ερευνητική προσπάθεια, σε ένα άγνωστο για μένα επιστημονικό πεδίο. Οι ευχαριστίες μου απευθύνονται σε όλα τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κύρια επιβλέπουσα, κ. Ιωάννα Δημοπούλου, καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, η οποία υπήρξε παρούσα σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής, για την εμπιστοσύνη και την υπομονετική και συστηματική καθοδήγησή της σε όλα τα επιστημονικά και ερευνητικά βήματα που ήταν απαραίτητα για την αποτελεσματικότητά μου, ως ερευνήτρια στον Τομέα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας αλλά και για τη συστηματική και ουσιαστική επικοινωνία και εποπτεία της μελέτης. Αισθάνομαι ευγνώμων γιατί μου έδωσε τη δυνατότητα να ασχοληθώ ερευνητικά με έναν τομέα που αποτελεί πρόκληση για εμάς τους κλινικούς που δεν ανήκουμε στο χώρο της Εντατικολογίας, χωρίς την υποστήριξή της δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω τη διατριβή αυτή.

Οι ιδιαίτερες ευχαριστίες μου, απευθύνονται στη συνεπιβλέπουσα της εργασίας μου, την καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας κα Αναστασία Κοτανίδου, η οποία ενίσχυσε καθοριστικά το εγχείρημά μου όχι μόνο με τις υποδείξεις της και με τη βοήθειά της ως προς την προσέγγιση του ερευνητικού μου δείγματος και τη δυνατότητα πρόσβασης στη Μ.Ε.Θ. του Ευαγγελισμού αλλά και με τη δυνατότητα έκφρασης που μου παραχώρησε σε σημαντικές επιστημονικές συναντήσεις.

Ευχαριστώ, θερμά, τον συνεπιβλέποντα της εργασίας μου, τον καθηγητή Εντατικής Θεραπείας κο Στυλιανό Ορφανό, που προώθησε καθοριστικά την έρευνά μου μέσω των παρεμβάσεων του.

Επίσης, ευχαριστώ όλα τα μέλη της επταμελούς επιτροπής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους/τις ασθενείς που διέθεσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους στο να απαντήσουν σε ότι τους ζητήθηκε και αποτέλεσαν το ερευνητικό δείγμα, καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους που τους στήριξαν.

Ευχαριστώ, εγκάρδια για την φιλοξενία, την πολύτιμη βοήθεια τους, τους/τις ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Ε.Θ. που γνώρισα στη διάρκεια της

μελέτης και αποδέχτηκαν με υπομονή την παρουσία μου στους χώρους των Μ.Ε.Θ. σε μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο όπως αυτή του Covid-19. Στη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής γνώρισα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία υπήρξαν σημαντικοί αρωγοί στην προσπάθεια μου αυτή, καθημερινά με τις συμβουλές, την καθοδήγηση, τις υποδείξεις και την υποστήριξή τους και θα ήθελα να απευθύνω ιδιαίτερα, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κα Κλειώ Βρεττού, στην κα Ζέφη Μάστορα διευθύντριες στη Μ.Ε.Θ., στην κα Ευφροσύνη Καμπισιούλη, τομεάρχισσα των Μ.Ε.Θ. covid, στην κα Αλίκη Βασιλείου, βιολόγο-επιστημονική συνεργάτη του ιδρύματος «ΘΩΡΑΞ» και στον ιατρό Edi Jahaj, οι οποίοι υπήρξαν πολύτιμοι αρωγοί σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής για την συλλογή των στοιχείων, την στατιστική επεξεργασία και την συγγραφή των άρθρων .

Τέλος, είμαι ευγνώμων στην οικογένεια μου και ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου, την αδερφή μου και τον γαμπρό μου για την ηθική τους υποστήριξη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ :

Οι σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επηρεάζουν τους ασθενείς, σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έως και 5 χρόνια μετά την έξοδο από την Μ.Ε.Θ. και ως εκ τούτου, η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την υγεία έχει αναδειχθεί ως σημαντικό μέτρο έκβασης σε αυτόν τον πληθυσμό. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η Ποιότητα Ζωής, η φυσική κατάσταση, τα γνωστικά ελλείματα, η παρουσία ψυχολογικής επιβάρυνσης (άγχους και κατάθλιψης ) καθώς και η συσχέτιση των κλινικών και ψυχολογικών παραμέτρων με την Ποιότητα Ζωής σε ασθενείς, ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες σταθμισμένες για τον ελληνικό πληθυσμό. Ελέγχθηκαν ως προς την επιλεξιμότητα 1270 ασθενείς , ασθενείς ηλικίας 18-65, όσοι είχαν παραμείνει διάστημα μεγαλύτερο των 3 ημερών στη Μ.Ε.Θ., όσοι είχαν υποστηριχθεί από μηχανικό αερισμό και εκείνοι που είχαν εξέλθει από τη Μ.Ε.Θ. τουλάχιστον 1 χρόνο πριν και έως 15 μήνες.

Στην τελική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 104 ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Συμπεριλήφθηκε και μία ομάδα ελέγχου 49 υγιείς, σε αντιστοιχία φύλου και ηλικίας.

Ένα χρόνο μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οι επιβιώσαντες είχαν μειωμένη βαθμολογία ποιότητας ζωής, όπως μετρήθηκε με το WHO-QoI-Bref, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ( $p < 0.001$  για τον σωματικό και ψυχολογικό τομέα, και  $p = 0.006$  για τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων). Επιπλέον στη μελέτη φάνηκε πως η Ποιότητα Ζωής ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με συνοσυρρότητα ( $p < 0.01$ ), και σχετιζόταν με τη διάρκεια νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.04$ ) και με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ( $r = -0.66$ ,  $p < 0.0001$ ) και διαταραχής μετατραυματικού stress ( $r = -0.61$ ,  $p < 0.0001$ ). Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών μας σημείωσε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα CES-D για κατάθλιψη, ενώ η πλειονότητα από αυτούς σημείωσε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα STAI για συμπτώματα άγχους.

**Συμπέρασμα :** Η Ποιότητα Ζωής των επιζώντων 1 χρόνο μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. επηρεάζεται κυρίως από τη διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ., από τις προϋπάρχουσες συννοσηρότητες αλλά και από την παρουσία άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ποιότητα Ζωής, κρίσιμη ασθένεια, εντατική θεραπεία, άγχος, κατάθλιψη, Σύνδρομο μετά τη Νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ.

## ABSTRACT

**Introduction:** The physical and psychological consequences of critical illness may affect intensive care unit survivors for up to five years, and hence, health-related quality of life has emerged as an important measure of outcome in this population.

We aimed at investigating the quality of life, the presence of anxiety and depression symptoms, and the correlations of clinical and psychological parameters with the quality of life scores, in survivors of critical illness one year after discharge from intensive care. Widely used scales that have been validated for the Greek population were used.

One thousand and seventy (1270) patients were assessed for eligibility. Inclusion criteria were age between 18 and 68 years, and the presence of critical illness requiring endotracheal intubation and mechanical ventilation for more than three days. One hundred and four (104) patients were included in the final analysis; forty-nine age and sex-matched healthy volunteers were included for comparison.

One year following intensive care discharge, survivors of critical illness had impaired quality of life scores, as measured with the WHO-QoL-Bref, compared to healthy subjects ( $p < 0.001$  for the physical and psychological domains, and  $p = 0.006$  for the domain of social relationships). In addition, we found that quality-of-life scores were significantly lower in patients with comorbidities ( $p < 0.01$ ), and correlated with the duration of ICU stay ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.04$ ) and with the presence of symptoms suggestive of depression ( $r = -0.66$ ,  $p < 0.0001$ ) and post-traumatic stress disorder ( $r = -0.61$ ,  $p < 0.0001$ ). Approximately one third of our patients scored high in the CES-D scale for depression, while the majority of them scored high in the STAI scale for anxiety symptoms.

**Keywords:** Quality of life; critical illness; anxiety; depression; post intensive care syndrome.



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

M.E.Θ.	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΖΣΥ	Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία
WHO-QOL-BREF	World Health Organization Quality of Life - Bref - Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
PICS	Post Intensive Care unit Syndrome- Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ.
PICS –F	Post Intensive Care unit Syndrome-Family Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. στην οικογένεια
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder- Διαταραχή Μετατραυματικού stress
STAI	State-Trait Anxiety Inventory- Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Άγχους
CES – D	CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE - Κλίμακα Κατάθλιψης
IES-R	IMPACT OF EVENTS SCALE-Revised- Ερωτηματολόγιο διερεύνησης Μετατραυματικού Stress
MMSE	MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - Ερωτηματολόγιο Εξέτασης της Νοητικής Κατάστασης

# ***ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η Ποιότητα Ζωής είναι μία έννοια πλούσια σε περιεχόμενο και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που χρησιμοποιείται εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Αποτελεί μία ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια που προσεγγίζει πολλές πλευρές της ανθρώπινης υπόστασης.

Για πρώτη φορά η έννοια της ποιότητας ζωής εμφανίζεται στην αρχαία Ελληνική φιλοσοσοφία. Ο Αριστοτέλης, το 384 - 322 π.Χ. αναφέρει στα Ηθικά Νικομάχεια ότι η «ευδαιμονία» αποτελεί το σπουδαιότερο αγαθό και τον τελικό σκοπό στην ζωή του ανθρώπου η οποία ισοδυναμεί με το «ευ ζην» και το «ευπράττειν».

Σε όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης εξέλιξης αναδύονται ερωτήματα σχετικά με την ικανοποίηση και την ευτυχία, τα οποία συνδέονται άμεσα με την Ποιότητα Ζωής. Το 18ο αιώνα σε πολλά φιλοσοφικά κείμενα μελετάται η ευτυχία και οι τρόποι επίτευξής της.

#### 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Ποιότητα Ζωής έχει διερευνηθεί αρχικά, από τους Έλληνες φιλόσοφους. Στα Ηθικά Νικομάχεια Α΄ Αριστοτέλη, [Αριστοτέλης, κεφ 4. Μετάφραση μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, εκδόσεις Κάκτος] αναφέρεται ότι ένα από τα σπουδαία αγαθά της ζωής είναι το «ευ ζην» και ότι η η Ποιότητα Ζωής και η ευημερία του ατόμου είναι το ίδιο με την ευδαιμονία, που κυρίως επιτυγχάνεται με την κάλυψη σχεδόν όλων των αναγκών του ατόμου: «ουν σχεδόν επί το πλείστον ομολογείται' την γάρ δε ευδαιμονίαν και οι πολλοί και οι χαριέντες λέγουσιν, το δ' ευ ζην και το ευ πράττειν ταυτον απολαμβάνουσι τω ευδαιμονείν».

Η Ποιότητα Ζωής είναι υποκειμενική έννοια και από την αρχαιότητα συνδεόταν με τις πολιτισμικές και ατομικές αξίες . Η δυσκολία να υπάρξει ένας ορισμός αποδεκτός από το σύνολο αναδεικνύεται και από τον Αριστοτέλη : «διαφωνούν όμως σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την εννοούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι

εκείνοι την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα όπως είναι η ηδονή, ή ο πλούτος ή η τιμή. «περί δε της ευδαιμονίας, τι εστίν, αμφισβητούσι και ουχ ομοίως οι πολλοί τοις σοφοίς αποδίδουσιν. Οι μεν γαρ των εναργών και τι φανερών, οιον ηδονήν ή πλούτον ή τιμήν, άλλοι δ άλλο.»

Ο ΟΗΕ έχει αναγνωρίσει σήμερα τη σημασία που έχει η έννοια της ποιότητας ζωής για το άτομο, και την προβάλλει συνεχώς μέσω διαφόρων διακηρύξεων και συμβάσεων [Νάκου, 2001]. Στη Διακήρυξη των ανθρώπινων δικαιωμάτων του ΟΗΕ (1948), δεν εμπεριέχεται ο όρος «Ποιότητα Ζωής», όμως στα άρθρα 3 και 25 αναφέρεται «ζωή, υγεία, ελευθερία» και «επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία».

Το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στο Σύνταγμα του ΠΟΥ, αναφέρεται στην Ποιότητα Ζωής ορίζοντας σαφώς πως εκτός από την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας, η Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνει και τη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Στις σύγχρονες κοινωνίες και κυρίως μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, με την οικονομική ανάπτυξη που ακολούθησε, η Ποιότητα Ζωής αρχικά αναφέρονταν κυρίως στην οικονομική ευημερία και την κατοχή και εξασφάλιση καταναλωτικών αγαθών. Με το πέρασμα των χρόνων, ο συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός της γης άρχισε να δημιουργεί μεγαλύτερες ανάγκες για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών, όπως το φαγητό, το νερό και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Έτσι η έννοια της ποιότητας ζωής άρχισε να έρχεται πιο κοντά με την έννοια «επίπεδο ζωής».

Στη δεκαετία του '60 στην Ποιότητα Ζωής συμπεριλήφθηκε η εκπαίδευση, η υγεία και η διάθεση ελεύθερου χρόνου για ανάπαυση και δραστηριότητες. Στη δεκαετία του '70 δίνεται έμφαση στην «προσωπική ελευθερία» και στην συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική ευεξία και ισορροπία.

Ο Mc Call, το 1975 [McCall S., 1975] αναφέρει πως η Ποιότητα Ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή.

Ο όρος Ποιότητα Ζωής εισήχθη στη Medline για πρώτη φορά ως τίτλος το 1975 και στο ιατρικό ευρετήριο το 1977.

Το 1979 οι Zautra και Goodman αναφέρουν πως για τον ορισμό της Ποιότητας Ζωής απαιτείται ο συνδυασμός αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών.

Το 1985 η διακήρυξη του ΠΟΥ, στην εκστρατεία με τίτλο «Υγεία για Όλους» διευκρινίζει σαφώς πως όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να ζήσουν μια ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά (WHO-EURO, 1985) ορίζοντας 4 βασικούς στόχους: ισότητα στην υγεία, προσθέτοντας χρόνια στη ζωή, δίνοντας υγεία στη ζωή, προσθέτοντας ζωή στα χρόνια .

Το 1991, σε μια τροποποιημένη διακήρυξη του ΠΟΥ για το Πρόγραμμα «Υγεία για όλους» [WHO-EURO, 1991], που αναφέρεται στους στόχους του προγράμματος, η Ποιότητα Ζωής συνδέεται με την υγεία και συμπεριλαμβάνεται ως ζητούμενο του προγράμματος: «όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που να τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως ορισμός της Ποιότητας Ζωής θεωρείται η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για την θέση του στην ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του (WHO, 1995).

Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και η ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του, η οποία διαχωρίζεται από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται γενικά στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων όπως αυτές αντικαθρεπτίζονται στο εισόδημα και στα καταναλωτικά πρότυπα, αφού η έννοια Ποιότητα Ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μια κοινωνία.

Σήμερα η Ποιότητα Ζωής και η υγεία αποτελούν πολυδιάστατα φαινόμενα, κυρίως κοινωνικά που εξαρτώνται όχι μόνο από την σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία αλλά και από τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και ευημερίας. [Andrews et al, 1974, Campell et al, 1976 ].

Η Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνει τη σωματική υγεία του ατόμου, τη μόρφωσή του σε πολλές βαθμίδες της εκπαίδευσης, την εργασιακή απασχόλησή του, την οικονομική του ευημερία, την ατομική του ελευθερία, τον σεβασμό στη θρησκεία του, την ατομική και οικογενειακή του ασφάλεια, και το περιβάλλον όπου ζει και συναναστρέφεται με τους γύρω του [Dowdy et al., 2005]. Η έννοια της ποιότητας ζωής, δεν θα πρέπει να συγχέεται με το βιοτικό επίπεδο, το οποίο επικεντρώνεται κυρίως στην οικονομική ευημερία. Το βιοτικό επίπεδο αποτελεί μέρος της ποιότητας ζωής. Αναφορικά βέβαια με την ιατρική και τους ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο, ως Ποιότητα Ζωής ορίζεται και το επίπεδο του πόνου που βιώνει ένα άτομο σε μία δεδομένη χρονική στιγμή [Dowdy et al., 2005].

Η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει καθοριστεί και αποσαφηνιστεί πλήρως, η θεώρηση της μπορεί να είναι υποκειμενική, να αξιολογείται δηλαδή από το ίδιο το άτομο αλλά και αντικειμενικά με την εκτίμηση εξωτερικών συνθηκών [Οικονόμου et al, 2001].

Ο Μ. Σαρρής, το 2001 συνοψίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την Ποιότητα Ζωής των ατόμων και τους κατηγοριοποιεί στις ακόλουθες ομάδες :

1. Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας
2. Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες
3. Κοινωνικοί-οικονομικοί παράγοντες
4. Ψυχοκοινωνικοί-πολιτισμικοί παράγοντες
5. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
6. Γεωφυσικοί παράγοντες
7. Δημογραφικοί παράγοντες
8. Υγειονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες.

Ο Lehman, το 1997, διευκρινίζει τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής, ορίζοντας ως αντικειμενικούς, εκείνους που αφορούν στο τι είναι ικανό το άτομο να κάνει και στην πρόσβαση που έχει σε όρους και ευκαιρίες ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς και υποκειμενικούς, το αίσθημα ευεξίας που βιώνει το άτομο. [Lehman F, 1997].

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με την χρήση κατάλληλων δεικτών οι οποίοι έχουν προκύψει από συστηματική μελέτη και θεωρούνται έγκυροι [Τζινιέρη-Κοκκώση, 2010]. Οι δείκτες αυτοί είναι:

- η υγεία,
- το φυσικό περιβάλλον,
- η κατοικία,
- οι συνθήκες διαβίωσης,
- η χρήση του χρόνου,
- η κοινωνική ένταξη,
- η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών,
- η ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους,
- το αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή,
- το αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης από την λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής,
- η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την δυνατότητα συμμετοχής σε ποικίλες δραστηριότητες. [Τζινιέρη-Κοκκώση, 2010].

Από αυτούς τους δείκτες: η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η κατοικία, οι συνθήκες διαβίωσης, η χρήση του χρόνου, η κοινωνική ένταξη, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών, η ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους θεωρούνται ως αντικειμενικοί, ενώ η ικανοποίηση από την ζωή, το αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης από την λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την δυνατότητα συμμετοχής σε ποικίλες δραστηριότητες θεωρούνται ως υποκειμενικοί δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Η Ποιότητα Ζωής είναι έννοια που αφορά όλες τις κατηγορίες ασθενών καθώς και όλους όσοι επωμίζονται την φροντίδα και την αποκατάσταση αυτών.

Η πολυπλοκότητα του φαινομένου της Ποιότητας Ζωής, έχει εγείρει το ενδιαφέρον διαφορετικών επιστημονικών κλάδων, να κατανοήσουν τη λειτουργία της και να την ορίσουν και η συζήτηση τόσο για τον ορισμό της Ποιότητας Ζωής όσο και των παραγόντων που την επηρεάζουν συνεχίζεται έως σήμερα.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής βασίζεται σήμερα κυρίως σε κλίμακες όπως είναι :

- η κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας,
- η κλίμακα σωματικού ρόλου,
- η κλίμακα σωματικού πόνου,
- η κλίμακα γενικής υγείας,
- η κλίμακα ζωτικότητας,
- η κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας,
- η κλίμακα συναισθηματικού ρόλου και
- η κλίμακα ψυχικής υγείας [Σαρρής Μ., 2001].

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται αφορούν τις ενότητες: [Breslow, 1972]:

1. Το επίπεδο υγείας, όπως αυτό εκτιμάται από το ίδιο το άτομο.
2. Το επίπεδο ανησυχίας για την υγεία όπως αυτό εκτιμάται από το ίδιο το άτομο.
3. Οι τυχόν χρόνιες παθήσεις.
4. Ο βαθμός ενεργητικότητας του ατόμου.
5. Η ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση όπως αυτή εκτιμάται από το ίδιο το άτομο.
6. Η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.
7. Ο βαθμός ευτυχίας του ατόμου.
8. Τυχόν αναπηρίες που μπορεί να εμφανίσει το άτομο.
9. Οι περιορισμοί στην καθημερινότητα που μπορεί να εμφανίσει το άτομο.
10. Οι κοινωνικές επαφές του ατόμου.

## **1.2. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Η χρήση των εργαλείων καταγραφής της ποιότητας ζωής βρίσκουν σήμερα εφαρμογή τόσο στην καταγραφή και αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού, για το σωστό καταμερισμό των πόρων ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες, όσο και για τη μελέτη και



βελτίωση της κλινικής πράξης αλλά και της ποιότητας ζωής των ασθενών με διάφορες μορφές ασθενειών.

Τα πρώτα ερωτηματολόγια για την σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής κατασκευάστηκαν το 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση του φαινομένου καθώς μετρούσαν την φυσική, ψυχική και κοινωνική υγεία. Από το 1970 και μετά, έχουν αναπτυχθεί και άλλα ερωτηματολόγια και ο αριθμός τους αγγίζει σήμερα τα 800 ερωτηματολόγια. [Australian Centre on Quality of life. Instruments (Internet), [update 2008)].

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από τους ερευνητές για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες και βαθμολογήσεις με σκοπό την αποτύπωση των διαφόρων διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής. Υπάρχουν εργαλεία για την μέτρηση λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση της ασθένειας και την παροχή υπηρεσιών. Κάποια στοχεύουν στη μέτρηση μιας δραστηριότητας ή μιας παρέμβασης, ενώ άλλα είναι πολυδιάστατα και αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Κάθε ερωτηματολόγιο έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς.

Τα μειονεκτήματα των εργαλείων μέτρησης της Ποιότητα Ζωής, έχουν σχέση με τη χρήση τους και όχι με τη σύνθεσή τους. Πιο συγκεκριμένα ως μειονεκτήματα λαμβάνονται η ασάφεια των στόχων των ερευνητών, η επιλογή ακατάλληλου εργαλείου για τη συγκεκριμένη έρευνα και η παρερμηνεία των ευρημάτων [Βαλάσση - ΑδάμΕ , 2001].

Η σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής υπολογίζεται με τη χρήση κάποιων σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία είτε εστιάζουν στο γενικό επίπεδο της υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών στην Ποιότητα Ζωής του ασθενούς. Αυτά τα ερωτηματολόγια βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Εκτός από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων κρίνεται σημαντική η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του.

### 1.2.1. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το κοινωνικο-οικονομικό του επίπεδο. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας:

1. τη σωματική λειτουργικότητα,
2. την κοινωνική λειτουργικότητα,
3. την ψυχική υγεία,
4. τις αντιλήψεις γενικής υγείας.

Τα εργαλεία αυτά παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Οι κλίμακες αυτές μετρούν την Ποιότητα Ζωής του ατόμου βασιζόμενες στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και των κοινωνικών του δραστηριοτήτων. Σημαντικός αριθμός ερωματολογίων έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση του γενικού επιπέδου υγείας και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

Από τα πλέον διαδεδομένα ερωτηματολόγια αυτής της κατεύθυνσης είναι τα εξής:

#### 1. Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham ( Nottingham Health Profile -NHP):

Στοχεύει στη περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της υγείας του ατόμου. Περιλαμβάνει ερωτήσεις για 6 διαστάσεις: ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, αϋπνία, κοινωνική απομόνωση, και φυσική κινητικότητα. Κάθε επίπεδο που μελετάται, προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη «φυσιολογική» κατάσταση και οι απαντήσεις είναι «Ναι» ή «Όχι». Το NHP έχει αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευαισθησία, είναι φιλικό προς τους ασθενείς και μπορεί να μειώσει τα στατιστικά και πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται με τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται πιο γενικά.

#### 2. Γενικός δείκτης κατάταξης της υγείας (General Health-Ratings Index, GHIR):

Αξιολογεί την υγεία σε 6 υποκλίμακες που αφορούν στην περασμένη, την παρούσα και τη

μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, την ανησυχία και το ενδιαφέρον για την υγεία καθώς και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια. Είναι εύκολο στη χρήση με υψηλή αξιοπιστία και ακρίβεια. [Davies et al., 1981. ]

**3. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας - (World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-BREF)** Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), και αποτελεί τη σύντομη μορφή του WHOQOL-BREF -100 [29]. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν 4 διαστάσεις: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Επιπλέον, το εργαλείο περιέχει 2 ερωτήσεις που αφορούν την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελούνταν αρχικά από 26 ερωτήσεις, αργότερα, όμως, προστέθηκαν άλλες 4 νέες ερωτήσεις οι οποίες αφορούν διατροφή, ικανοποίηση από την εργασία, οικιακή ζωή, κοινωνική ζωή. Οι ερωτήσεις αυτές προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου αποκαλύπτουν καλύτερη Ποιότητα Ζωής. [Skevington et al., 2004, Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., et al., 2003].

**4. Euro QoL (European quality of life scale, EQ-5D):** Το Euro QoL σχεδιάστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ευρύτατα ανά την Ευρώπη και την υφήλιο. Βασίζεται σε ένα σύστημα μέτρησης των πέντε βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής: την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο-δυσφορία και το άγχος-κατάθλιψη. Είναι αυτοσυμπληρούμενο και αποτελείται από δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα η οποία βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Η κλίμακα αυτή συνοδεύεται και από άλλα εργαλεία γιατί δεν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη. [Υφαντόπουλος et al., 2001, Sintonen, 2001].

**5. EuroQol (EQ15-D):** Το EQ 15-D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Το 15-D προϋπάρχει του EQ-5D αλλά η τελική του μορφή, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και σε κλινικές έρευνες παρουσιάστηκε το 1992. Εξετάζει 15 διαστάσεις: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, εξάλειψη, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα που η κάθε μια αξιολογείται σε 5 επίπεδα [Υφαντόπουλος et al., 2001].

**6. Δείκτης ωφελιμότητας της υγείας Health Utilities Index (HUI):** Το HUI είναι γενικό εργαλείο που περιγράφει την συνολική κατάσταση υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ενός ατόμου, πληθυσμού ή κλινικής ομάδας σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Χρησιμοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας, όπως η όραση, η ακοή, ο λόγος, η επιδεξιότητα, η γνωστική ικανότητα, ο πόνος και το συναίσθημα και μετρά τόσο τις ποσοτικές όσο και τις ποιοτικές πτυχές της υγείας. [Frank et al., 2004].

**7. Επισκόπηση επιπτώσεων της ασθένειας (Sickness impact profile SIP):** Η κλίμακα αυτή εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου εξαιτίας της ασθένειάς του. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες 136 ερωτήσεων, όπου εξετάζονται οι σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της κλίμακας είναι ότι επικεντρώνεται στη συμπεριφορά, η οποία είναι παρατηρήσιμη και μπορεί να υπολογιστεί αντικειμενικά. [Υφαντόπουλος et al., 2001].

**8. Κλίμακα SF-36:** Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 60 γλώσσες και χώρες και παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού, εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή

της. Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary), σωματικός ρόλος (role-physical), σωματικός πόνος (bodily pain), γενική υγεία (general health), ζωτικότητα (vitality), κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary), συναισθηματικός ρόλος (role-emotional) και ψυχική υγεία (mental health) [Ware et al., 1992, Mc Horney et al., 1993, Tarlow et al., 1989].

**9. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ):** Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας χρησιμοποιείται τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική και ψυχική υγεία, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής. Περιλαμβάνει στην απλή έκδοση, 28 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν στην κατάθλιψη, στο άγχος, στην κοινωνική λειτουργία και στα σωματικά συμπτώματα. [Υφαντόπουλος et al., 2001].

**10. Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale).** Η κλίμακα κατασκευάστηκε το 1978 από το Morrow και συν. και εξετάζει επτά κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής με 45 ερωτήσεις: φροντίδα υγείας (συμπεριφορές και προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας), εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση και προσαρμογή), οικιακό περιβάλλον (επίδραση στα οικονομικά και στην επικοινωνία), σεξουαλικές σχέσεις (επιρροή στη συχνότητα και στην ικανοποίηση), ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την αρρώστια στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον), κοινωνικό περιβάλλον (ενδιαφέρον στις κοινωνικές δραστηριότητες), ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη κ.α.). Η κλίμακα συμπληρώνεται από τον επαγγελματία υγείας ή τον ασθενή και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. [Υφαντόπουλος et al., 2001, Morrow et al, 1978].

**11. Medical Outcomes Study - Short Form 12 (SF-12)** : Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα [Kontodimopoulos et al., 2007, Johnson et al., 2001, Johnson et al., 1998, Haywood et al., 2002, Globe et al., 2002].

**12. Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB):** Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής και περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική και κοινωνική δραστηριότητα. Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και της μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε μεμονωμένα άτομα, όσο και στο σύνολο του σε πληθυσμούς, καθώς και σε πιο ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι ασθενείς με αρθρίτιδα.

**13. Index of health-related quality of life:** Το index of health-related quality of life αποτελεί ένα εργαλείο που μετράει την κοινωνική, ψυχολογική και σωματική λειτουργικότητα που βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο σύστημα ταξινόμησης και αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι πλειοψηφία των ερωτήσεων έχουν προσανατολισμό σε ψυχιατρικά περιστατικά, αυτό το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (ανικανότητα, δυσανεξία και συναισθηματική κατάσταση), οι οποίες υποδιαιρούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά. Η κλίμακα ενσωματώνει τα αποτελέσματα σε ένα αναλυτικό υγειονομικό προφίλ και σε ένα δείκτη υγείας, ο οποίος υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογία του ατόμου στις τρεις βασικές διαστάσεις.

### **1.2.2. Ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια**

Τα ερωτηματολόγια που είναι εξειδικευμένα για συγκεκριμένη ασθένεια είναι χρήσιμα για τις περιπτώσεις εκείνες όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας του ασθενούς. Οι ερωτήσεις αυτών των ερωτηματολογίων εστιάζονται σε μια λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, όπως τη βιώνει ο ίδιος. Παράλληλα, έχουν σχεδιαστεί ερωτηματολόγια ειδικά για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής σε άτομα που πάσχουν από άσθμα, αρθρίτιδα, νόσο Alzheimer, διαβήτη, καρκίνο, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις [Υφαντόπουλος, 2007].

### **1.2.3. Κλίμακες μέτρησης του πόνου**

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής συγκεκριμένων ομάδων ασθενών αποτελεί η μείωση του πόνου. Η εκτίμηση του πόνου, είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς ο πόνος είναι υποκειμενικός και η μέτρησή του επηρεάζεται από ένα πλήθος βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Η πιο διαδεδομένη κλίμακα που χρησιμοποιείται για το σκοπό αυτόν είναι το McGill pain questionnaire. Πρόκειται για μια διαβαθμισμένη κλίμακα, βασισμένη σε 102 ερωτήσεις, που είναι ομαδοποιημένες σε τρεις κατηγορίες: (α) την αίσθηση του πόνου, (β) τη συναισθηματική εκδήλωσή του και (γ) την έντασή του. Όπως αναφέρει ο Melzack, που σχεδίασε το ερωτηματολόγιο, ο πόνος δεν είναι απλά μια αισθητηριακή εμπειρία, όπως η όραση και η ακοή, αλλά περιλαμβάνει τρεις σημαντικές ψυχολογικές διαστάσεις: την αισθητηριακή, τη συναισθηματική και τη γνωστική-αξιολογική [Υφαντόπουλος, 2007].

Ένα από τα θέματα που προέκυψαν από τη χρήση των εργαλείων είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν συμφωνούσαν τα συμπεράσματα και οι εκτιμήσεις των γιατρών με αυτά των ασθενών, όσο αφορά την επίδραση της ασθένειας στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών. Παρόλα αυτά οι πληροφορίες και τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από την καταγραφή των εκτιμήσεων και των δύο πλευρών, είναι σημαντικές [Νάκου, 2001].

### 1.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ & “ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ”

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής είναι ένας όρος που εμπεριέχει αρκετές ασάφειες και ο προσδιορισμός των στοιχείων που τη συνθέτουν ποικίλλει από μελέτη σε μελέτη. [Οικονόμου et al, 2001]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής μπορεί να οριστεί ως “η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, εντός του πολιτισμικού-αξιακού συστήματος όπου ζει σε συνάρτηση με τις ανησυχίες, τους στόχους, τα ιδανικά, και τις προσδοκίες του” [Bonomi et al 2000, Sosnowski et al., 2017].

Σύμφωνα με τους Arlen et al., (2016), η «Ποιότητα Ζωής» μπορεί να οριστεί ως «η αντίληψη ενός ατόμου σχετικά με την ικανοποίησή του σε πολλές διαφορετικές πτυχές», ενώ η «σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής» περιλαμβάνει πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που σχετίζεται άμεσα με τη σωματική ή την ψυχική υγεία» .

Σύμφωνα με τους Karlan et al ο όρος περιλαμβάνει 3 διαστάσεις:

- Την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργικής κατάστασης του ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του. [Karlan et al 1982].

Η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής περικλείει 4 επιμέρους διαστάσεις, [Sosnowski, 2017] .

- Την ψυχική κατάσταση,
- Τη σωματική αντίληψη, όπως είναι τα συμπτώματα και ο πόνος.
- Τις οικονομικές και κοινωνικές καταστάσεις.
- Τις σωματικές δεξιότητες και τις δεξιότητες κίνησης.

Η σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής είναι ένα πολύπλευρο εργαλείο που περικλείει φυσιολογικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές της



ευημερίας ενός ατόμου, και λαμβάνει υπόψη την υποκειμενική αντίληψη ενός ανθρώπου απέναντι στην δική του κατάσταση υγείας, σε συνδυασμό με αντικειμενικές μετρήσεις. [Tan, Koh, Wu, Lim & Wang, 2018, Sosnowski et al., 2017].

#### **1.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες να δοθεί ένας ορισμός για την Ποιότητα Ζωής στον τομέα της υγείας από διάφορες πολιτικές και κοινωνικές επιστήμες. Η διατύπωση ενός ορισμού για την Ποιότητα Ζωής στον τομέα των επιστημών υγείας εξαρτάται από η οπτική γωνία από την οποία ο μελετητής προσεγγίζει το θέμα. Η κλινική ιατρική ορίζει την Ποιότητα Ζωής με βάση τη σωματική κατάσταση του ατόμου ενώ η ψυχολογία επικεντρώνεται και ορίζει την Ποιότητα Ζωής με βάση τον ψυχισμό και τα συναισθήματα του ατόμου [Υφαντόπουλος, 2003].

Γενικότερα, η Ποιότητα Ζωής, ως έννοια πέρα από τις αντικειμενικές παραμέτρους, επηρεάζεται και από υποκειμενικές που σχετίζονται με την κοινωνία, το περιβάλλον του ατόμου, κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η έννοια της ποιότητας ζωής δεν μπορεί να καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Η Ποιότητα Ζωής, σε ατομικό επίπεδο, καθορίζεται από το πώς μια ασθένεια επηρεάζει τον ασθενή. Βάσει των παραπάνω, επιχειρείται η διάκριση ανάμεσα στην αντικειμενική κατάσταση υγείας, όπως αυτή καθορίζεται από τα συμπτώματα, και η υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς .

Το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για την Ποιότητα Ζωής από διάφορους τομείς των πολιτικών και κοινωνικών κυρίως επιστημών οδήγησε στην ανάπτυξη συγκεκριμένων επιστημονικών Μ.Ε.Θ.οδολογιών για την καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής [Υφαντόπουλος, 2001].

Όπως προαναφέρθηκε, η Ποιότητα Ζωής είναι η προσωπική αντίληψη της κατάστασης ζωής ενός ατόμου σε συνάρτηση με τις προσωπικές προσδοκίες του και με τους προσωπικούς του στόχους. Επομένως, κατά την εκτίμηση της γενικής υγείας των ατόμων, και ιδίως των ασθενών που φέρουν κάποια σοβαρή ή / και χρόνια νόσο, είναι πολύ σημαντικό να επισημαίνεται η Ποιότητα Ζωής τους [Son et al, 2019].

Οφείλει να σημειωθεί ότι οι ασθένειες που μπορεί να εμφανιστούν στα άτομα διαχωρίζονται σε χρόνιες, τελικού σταδίου, μη απειλητικές για τη ζωή, απειλητικές για τη ζωή, ασθένειες που οφείλονται στο φυσικό γήρας του ατόμου και ασθένειες που οφείλονται στην προκαθορισμένη ή απρόβλεπτη πνευματική εξασθένηση του ατόμου.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ποιότητα Ζωής των ασθενών είναι ένα σημαντικό μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, ιδίως στις περιπτώσεις των χρόνιων νόσημάτων, όπου η ανάκαμψη δεν είναι απαραίτητα ενδεικτική της ικανοποιητικής θεραπείας και η ευημερία του ασθενούς δεν συνάδει πάντοτε με την πιθανότητα μόνιμης ίασης.

Στη σημερινή εποχή, κατά τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών διαδικασιών για πολλές, διαφορετικές ασθένειες, εκτός από την αύξηση των ποσοστών της επιβίωσης των ασθενών, λαμβάνονται επίσης υπόψη οι υποκειμενικές αντιλήψεις των ίδιων των ασθενών για την ευημερία τους και για την κατάστασή τους ύστερα από τη θεραπεία .[Sosnowski et al., 2017].

Για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την υγεία άρχισε τις τελευταίες δύο δεκαετίες να κατασκευάζεται και να χρησιμοποιείται μεγάλος αριθμός από εργαλεία [Gill & Feinstein, 1994], τα οποία πληρούν αυστηρά κριτήρια αξιοπιστίας, εγκυρότητας, ειδικότητας και ανταποκρισιμότητας.

Στη σημερινή εποχή η ερευνητική προσπάθεια που τελείται γύρω από την Ποιότητα Ζωής και την υγεία χρησιμοποιεί ως εργαλεία σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Ο κοινός παρονομαστής των ερωτηματολογίων αυτών είναι η θεώρηση της βιολογικής λειτουργικότητας του ατόμου ως έναν σημαντικό και βασικό αλλά όχι μοναδικό και επαρκή αξιολογικό δείκτη της υγείας του ατόμου. Τα σύγχρονα εργαλεία μελέτης, καταγράφουν και λαμβάνουν υπόψη τη συνολική ευεξία του ατόμου, σε όλες τις πτυχές της ζωής του. [Burckhard & Anderson, 2003].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### 2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) αποτελεί μια εξειδικευμένη πτέρυγα στα νοσοκομεία όπου νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς που πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, τραυματισμούς ή και σοβαρές επιπλοκές.

Η ιστορία της Ιατρικής της Εντατικής Θεραπείας ξεκίνησε το 1853 με πρωτοεργάτρια τη νοσηλεύτρια Florence Nightingale και απέκτησε τη σημερινή μορφή σταδιακά. Η Florence Nightingale έδρασε κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας (1853–1856, Ρωσία εναντίον Τουρκίας, Μ.Βρετανίας και Γαλλίας), όπου χιλιάδες στρατιώτες των βρετανικών στρατιωτικών δυνάμεων νόσησαν από χολέρα και ελονοσία. Λόγω της έλλειψης κατάλληλης φροντίδας και των υψηλών ποσοστών λοίμωξης, το ποσοστό θνητότητας των νοσηλευόμενων στρατιωτών έφτανε στο 40 % των θανάτων που καταγράφονταν κατά τη διάρκεια του πολέμου. Αυτό συντάραξε τη βρετανική κοινή γνώμη προκαλώντας δημόσια κατακραυγή. Η F.Nightingale προσφέρθηκε εθελοντικά και το 1854 έφυγε από την Αγγλία, επικεφαλής μιας ομάδας 38 νοσηλευτριών και εφάρμοσε ένα σύστημα εντατικής φροντίδας των ασθενών και κατάφερε να μειώσει τη θνητότητα των στρατιωτών από 40% σε 2% [Dictionary of National Biography, 1912]. Η F.Nightingale, μεταξύ άλλων, απαίτησε οι πιο σοβαρά ασθενείς να τοποθετηθούν σε κρεβάτια κοντά στο νοσηλευτικό σταθμό, έτσι ώστε να είναι δυνατόν να παρακολουθούνται πιο στενά, δίνοντας πρώιμα έμφαση στη σημασία της ξεχωριστής χωρικής κατανομής για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Το 1923, ο Walter Dandy οργάνωσε μια νευροχειρουργική μετεγχειρητική μονάδα στο Νοσοκομείο Johns Hopkins, στη Βαλτιμόρη, επιστρατεύοντας εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό οι οποίοι παρείχαν εντατική θεραπεία υπό τις οδηγίες των νευροχειρουργών. Το 1930 ο Martin Kirschner σχεδίασε και ανέπτυξε μια συνδυασμένη μετεγχειρητική μονάδα ανάνηψης / εντατικής θεραπείας στο

Πανεπιστήμιο του Tübingen, στη Γερμανία.

Οι αρχικές αυτές Μονάδες Εντατικής Φροντίδας, αποτέλεσαν το μοντέλο των μετεγχειρητικών μονάδων ανάνηψης που παρείχαν εντατική μετεγχειρητική φροντίδα στα θύματα πολέμου κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου [C. W. Bryan-Brown, et al, 1991].

Την περίοδο του 1950, αναπτύχθηκαν παρόμοιες μονάδες μετεγχειρητικής ανάνηψης για τη μετεγχειρητική διαχείριση ασθενών που υποβάλλονταν σε πιο βαριές επεμβάσεις, όπως για παράδειγμα χειρουργεία καρδιάς και ριζικής αφαίρεσης όγκων, με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη έκβασή τους. Σημαντική ήταν στη φάση αυτή η συμβολή ειδικευμένων νοσηλευτών, που υποστηρίζονταν από αναισθησιολόγους και που αργότερα εξοπλήστηκαν με μηχανήματα παρακολούθησης, τα οποία τους επέτρεπαν να παρέχουν στον ασθενή σημαντικές και σωστά χρονισμένες παρεμβάσεις.

Η απαρχή όμως της Ιατρικής της Εντατικής Θεραπείας θεωρούνται οι παρεμβάσεις στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επιδημίας πολιομυελίτιδας στην Κοπεγχάγη τη δεκαετία του 1950. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας εκατοντάδες ασθενείς ανέπτυξαν παράλυση των αναπνευστικών μυών η οποία εξελισσόταν σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η θνητότητα άγγιζε το 90% καθώς δεν υπήρχε ο κατάλληλος εξοπλισμός για να υποστηρίξει τον αριθμό των ασθενών. Ο αναισθησιολόγος Dr Bjorn Ibsen ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της εντατικής θεραπείας, σε συνεργασία με τον καθηγητή Lassen πραγματοποίησαν την πρώτη τραχειοτομή και στη συνέχεια εφάρμοσαν έναν σωλήνα μέσω του οποίου παρείχαν χειροκίνητα αερισμό θετικής πίεσης στον ασθενή. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε για όλους τους ασθενείς ξεχωριστά και τα ποσοστά θνητότητας έπεσαν στο 40% [B. Ibsen, 1952].

Τη δεκαετία του 1950 οι Max Harry Weil και Herbert Shubin δημιούργησαν τις πρώτες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τις ονομαζόμενες “Shock Ward” όπου παρείχαν 24ωρη φροντίδα σε ασθενείς που εμφάνιζαν μετεγχειρητικές επιπλοκές στο Λος Άντζελες. Το 1958, ο Peter Safar ανέπτυξε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας πολλών ειδικοτήτων στη Βαλτιμόρη.

Τις επόμενες δεκαετίες, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άρχισαν να ιδρύονται σε νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Αυστραλία. Σε άλλες χώρες, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι πιο πρόσφατο επίτευγμα—για παράδειγμα, η πρώτη Μ.Ε.Θ. στην Κίνα ιδρύθηκε το 1982 [J. L. Vincent, 2013].

Στην Ελλάδα το 1958 με πρωτοβουλία της Σαπφούς Μαγκριώτη έφτασαν οι πρώτοι αναπνευστήρες και έπειτα από τρία χρόνια ιδρύθηκε το πρώτο κέντρο εντατικής αναπνευστικής υποστήριξης στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος “Σωτηρία” που ονομάστηκε Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Κ.Α.Α.). Η πρώτη γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε το 1978 στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο και στη συνέχεια δημιουργήθηκαν Μ.Ε.Θ. στα περισσότερα νοσοκομεία [Fiona E Kelly, 2014 ].

Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα η Μονάδα της Εντατικής Θεραπείας ξεκίνησε να μοιάζει με την σημερινή σύγχρονη μορφή της και να μην περιορίζεται μόνο στον μηχανικό αερισμό και στην φροντίδα χειρουργημένων ασθενών. Σήμερα η Μ.Ε.Θ. καταρτίζεται από εξειδικευμένους ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων και απαιτεί τη συνεργασία ειδικά καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας. Ο σημαντικός ρόλος του εντατικολόγου στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών έχει αναγνωριστεί και πλέον υπάρχουν ειδικά προγράμματα κατάρτισης στην εντατική θεραπεία, καθώς αυτή έγινε ξεχωριστή ειδικότητα.

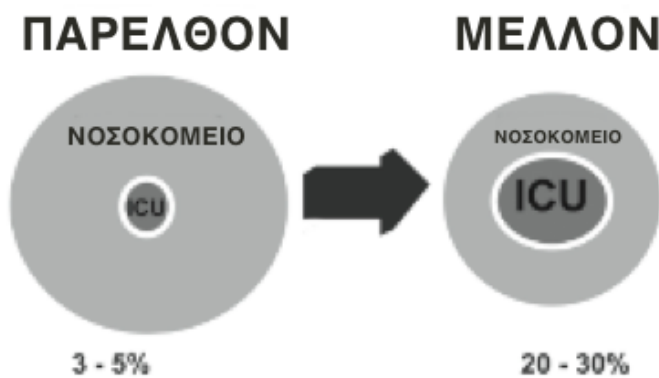
Απαιτείται εκτεταμένη γνώση της παθοφυσιολογίας, διάγνωσης και θεραπείας όχι μόνο μιας ειδικότητας αλλά πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων ενώ απαιτείται συλλογική προσέγγιση του κάθε ασθενή ξεχωριστά καθώς δεδομένης της πολυπλοκότητας της βαριάς νόσου είναι απαραίτητη η λήψη άμεσων και ορθών θεραπευτικών αποφάσεων. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της Μ.Ε.Θ. αποτελεί η χρήση μηχανημάτων που παρακολουθούν και καταγράφουν τα ζωτικά σημεία του ασθενή [Granucci, 2018].

Πρώτο μέλημα των θεραπόντων ιατρών σε έναν ασθενή που εισάγεται στη Μ.Ε.Θ. είναι η σταθεροποίηση των φυσιολογικών λειτουργιών του ασθενή ενώ στη συνέχεια πραγματοποιείται η συλλογή πληροφοριών του ιατρικού ιστορικού ώστε

να εκτιμηθεί η γενική εικόνα του ασθενή και να οδηγηθούν στη διάγνωση και τη θεραπεία των υποκείμενων νοσημάτων. Ακολουθώς γίνεται χρήση επεμβατικών Μ.Ε.Θ.όδων όπως η διασωλήνωση και ο μηχανικός αερισμός, η ανάνηψη, η καταγραφή των αιμοδυναμικών παραμέτρων, η θεραπεία αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας όπως και οι διαγνωστικές παρεμβάσεις, παραδείγματος χάρη η χρήση φλεβικών καθετήρων και καθετήρων πνευμονικής αρτηρίας αποτελούν καθημερινή ιατρική πράξη για τους θεράποντες ιατρούς.

Η μείωση της θνησιμότητας των ασθενών που εισέρχονται στη Μ.Ε.Θ., αποτελεί αποτέλεσμα όχι μόνο της συνεχόμενης προόδου στην έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών και της τεχνολογίας των μηχανημάτων υποστήριξης των ασθενών αλλά και της βελτίωσης της κατάρτισης των εντατικολόγων ιατρών που εργάζονται πλέον στις Μ.Ε.Θ. Η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και η ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας και την αύξηση του ποσοστού των ασθενών που επιβιώνουν ύστερα από μια σοβαρή ασθένεια και τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Το 2010 οι Halpern και Pastores δημοσίευσαν μια ανασκόπηση της εξέλιξης της Εντατικής Θεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ του 2000 και του 2005 [5]. Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου υπήρξε 4% μείωση του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κλινών, αλλά ο αριθμός των κρεβατιών Μ.Ε.Θ. αυξήθηκε κατά 7%. Οι ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο εκτός Μ.Ε.Θ. αυξήθηκαν κατά 5 %, αλλά οι ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. αυξήθηκαν κατά 10%. Το ετήσιο κόστος ιατρικής περίθαλψης αυξήθηκε κατά 44%, αλλά το ποσοστό των νοσοκομειακών δαπανών και των εθνικών δαπανών για την υγεία που διατέθηκε για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μειώθηκε κατά 1,6% και 1,8%, αντίστοιχα. Καθώς η ανάγκη για εντατική φροντίδα συνεχίζει να αυξάνεται, η αναλογία των κρεβατιών Μ.Ε.Θ. προς τα νοσοκομειακά κρεβάτια θα συνεχίσει, επίσης, να αυξάνεται, αφού η Μ.Ε.Θ. αποκτά όλο και μεγαλύτερο ρόλο στο κέντρο της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας [Halpern et al, 2010].



Εικόνα 1 : Το παρελθόν και το μέλλον των Μ.Ε.Θ. (προσαρμοσμένο)

Η αυξανόμενη ζήτηση των κλινών Μ.Ε.Θ. οφείλεται:

1. Στην αύξηση του ορίου ζωής,
2. Στην αύξηση των τραυμάτων, κυρίως των τροχαίων,
3. Στην αύξηση των ασθενών με ανοσοκαταστολή, όπως είναι οι πάσχοντες από AIDS, οι ασθενείς μετά από χημειοθεραπεία ή μεταμόσχευση,
4. Στην ευρεία χρήση καπνού και αλκοόλ ή/και άλλων εθιστικών ουσιών,
5. Στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και γνώσης και,
6. Στους νόμους της αγοράς, της προσφοράς και της ζήτησης.

## 2.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ.

Τα τελευταία χρόνια οι συνέπειες της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. μελετώνται όλο και περισσότερο και αποτελούν το επίκεντρο της κλινικής προσοχής και ερευνών πολλών επιστημόνων με αποτέλεσμα τη βελτίωση στην ικανότητα αποτύπωσης αυτών των φαινομένων και την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους .

Βασικές θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των κρίσιμων ασθενειών στη διάρκεια της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., όπως η καταστολή, ο μηχανικός αερισμός, αλλά και επιπλοκές όπως υπόταση, υπο- και υπεργλυκαιμία, πολυνευρομυοπάθεια κ.τ.λ., οι συνθήκες νοσηλείας (διαρκής θόρυβος,

συνεχιζόμενος φωτισμός, και οι συνέπειες της ασθένειας που οδήγησε στη Μ.Ε.Θ., μπορεί να προκαλέσουν σωματικές, γνωστικές και ψυχικές διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των ασθενών. Οι διαταραχές αυτές περιγράφονται πλέον ως «το Σύνδρομο μετά την Εντατική Θεραπεία» (Post Intensive Care Syndrome, PICS). Πιο συγκεκριμένα συνήθως προκύπτουν προβλήματα που επηρεάζουν την μετέπειτα Ποιότητα Ζωής του ασθενούς τόσο αμέσως μετά την έξοδό του από τη Μ.Ε.Θ. όσο και για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από αυτή, προβλήματα που σχετίζονται με τις συνέπειες της ασθένειας στον οργανισμό του ατόμου και τη συνεχιζόμενη υποβολή του σε μεγάλο αριθμό δύσκολων εξετάσεων και θεραπειών.

Στην εμφάνιση του συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ., σημαντικό ρόλο έχει η περιορισμένη επαφή των ασθενών με τους κοντινούς συγγενείς τους, αλλά και οι μικρές ή οι μεγάλες αλλαγές στην εικόνα του σώματος που εκδηλώνονται μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ.. Σημαντικός επίσης παράγοντας είναι η δυσκολία επιστροφής στην εργασία και το χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής υποστήριξης. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση γνωστικών δυσλειτουργιών και διαταραχής μετατραυματικού στρες (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD).

Τα τελευταία χρόνια οι σημαντικές και αρκετά συχνά μόνιμες συνέπειες της νοσηλείας των ασθενών στη Μ.Ε.Θ. σε ένα ευρύ φάσμα της λειτουργικότητας έχει αναγνωριστεί σημαντικά. Η γνωστική λειτουργία, η κατάθλιψη, το άγχος η διαταραχή μετατραυματικού stress και η Ποιότητα Ζωής είναι τα πεδία που επηρεάζονται περισσότερο [James C et al., 2011].

Μελέτες αναφέρουν πως διαταραχή μετατραυματικού stress, κατάθλιψη και σεξουαλική δυσλειτουργία παραμένουν χρόνια μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. [Michaels et al., 1999, Stoll et al., 2000, Jones et al., 2004., Griffiths et al., 2006, Griffiths et al., 2007].

Η Ποιότητα Ζωής και ειδικότερα η διάσταση της φυσικής υγείας είναι χαμηλότερη ύστερα από την παραμονή στη Μ.Ε.Θ. [Herridge et al 2003, Herridge et al., 2011., Timmers et al., 2011.]



### 2.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ Μ.Ε.Θ.

Με τον όρο λειτουργικότητα ασθενών μετά τη Μ.Ε.Θ., οι ειδικοί αναφέρονται στην κινητικότητα των ασθενών μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ, δηλαδή στην εκτέλεση απλών κινήσεων και πράξεων στην καθημερινή ζωή και στο εργασιακό περιβάλλον των ασθενών. Καταγράφεται ως βαθμός ικανοποίησης που απορρέει από τη διενέργεια των παραπάνω πράξεων από τον ασθενή [Volakli et al., 2015]. Η λειτουργικότητα λοιπόν είναι σχετικά εύκολο να εκτιμηθεί με αντικειμενικά κριτήρια. Αντίθετα, η Ποιότητα Ζωής είναι μια υποκειμενική υπόθεση, που δύσκολα εκτιμάται με τα συμβατικά μέσα. Οι ασθενείς που εισάγονται στην εντατική οπωσδήποτε δεν έχουν την ίδια κατανομή στην προϋπάρχουσα Ποιότητα Ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό [Volakli et al., 2015].

Οι Goldstein et al., [Goldstein et al., 1986] κατέγραψαν την πορεία μετά τη Μ.Ε.Θ. 2.213 ασθενών και διαπίστωσαν πως το 60% ανέκτησε το προ εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. επίπεδο λειτουργικότητας. Οι Mundt et al (1989) αναφέρουν στη μελέτη τους ότι περισσότερο από το 75% των ασθενών ηλικίας κάτω των 40 ετών επέστρεψε στη δουλειά του 6 μήνες μετά από μία σοβαρή ασθένεια. Το ποσοστό 25% κυρίως αποτελούνταν από άτομα με βλάβες στο ΚΝΣ και με απώλεια όρασης.

Η ηλικία των ασθενών αποτελεί έναν αρνητικό προγνωστικό δείκτη [Volakli, 2011]. Οι μεγάλοι σε ηλικία ασθενείς που τελικά επιβιώνουν αποδέχονται ευκολότερα μια μόνιμη αναπηρία και αποδέχονται το νέο τρόπο ζωής τους ευκολότερα χωρίς να επηρεάζονται ψυχικά. Αντίθετα οι νεότεροι σε ηλικία αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές διαταραχές [Volakli, 2011]. Οι ασθενείς που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής έχουν επίσης μεγάλη επίπτωση στην ψυχική τους υγεία.

Όπως έχει ήδη γραφεί, οι μελέτες ερευνούν την Ποιότητα Ζωής των ασθενών και την σωματική και την ψυχική κατάσταση τους, 6 μήνες, 1 χρόνο, 2 χρόνια ή και περισσότερο από την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.. Πολλές από τις μελέτες αυτές καταγράφουν και τα ποσοστά θνητότητας μετά τη νοσηλεία. Οι Zaren et al. (1987). παρακολούθησαν 980 ασθενείς μετά την έξοδό τους από τη Μ.Ε.Θ., για δύο χρόνια,

όπου το ποσοστό επιβίωσης ήταν 70% 2 χρόνια μετά. Οι Dragsted et al., (1990), κατέγραψαν την πορεία 926 ασθενών μετά την έξοδό τους από τη Μ.Ε.Θ., για πέντε χρόνια. Το ποσοστό επιβίωσης που καταγράφηκε ήταν 58%, γεγονός που δείχνει ότι η θνητότητα των ασθενών αυτών, ήταν πέντε φορές μεγαλύτερη από αυτήν του γενικού πληθυσμού. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που οδήγησαν στο θάνατο ήταν η εμφάνιση καρκίνου ως αιτία εισαγωγής, η μεγάλη ηλικία και εάν η εισαγωγή έγινε από χειρουργική ή παθολογική κλινική.

Οι Ridley et al., (1994), μελέτησαν το ποσοστό επιβίωσης, 1.168 βαριά πασχόντων ασθενών στη Μεγάλη Βρετανία και το συνέκριναν με τον γενικό πληθυσμό με την αντίστοιχη ηλικία και φύλο. Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών, μετά την παρέλευση 5 ετών ήταν 53%. Η πιθανότητα θανάτου των ασθενών που εξέρχονται των Μ.Ε.Θ., προσεγγίζει την πιθανότητα του γενικού πληθυσμού μόνο 5 χρόνια μετά. Η πιθανότητα θανάτου μέσα στο 1ο έτος ήταν 56 φορές μεγαλύτερη του γενικού πληθυσμού και παρέμενε διπλάσια για το δεύτερο και τρίτο έτος. Στη μελέτη των Niskanen et al., (1996), όπου διερευνήθηκε η πορεία 12.180 ασθενών, με νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. από 3 έως 6 ημέρες, πέντε χρόνια μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 40,1%, 3 φορές μεγαλύτερο δηλαδή, από αυτό του γενικού πληθυσμού. Οι παράγοντες με τη μεγαλύτερη επίδραση στο ποσοστό θνησιμότητας ήταν η ηλικία, το φύλο, η βαρύτητα της νόσου, η χρόνια κατάσταση της υγείας και η παρουσία καρκίνου .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ. ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ– ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ Μ.Ε.Θ. (POST INTENSIVE CARE SYNDROME)

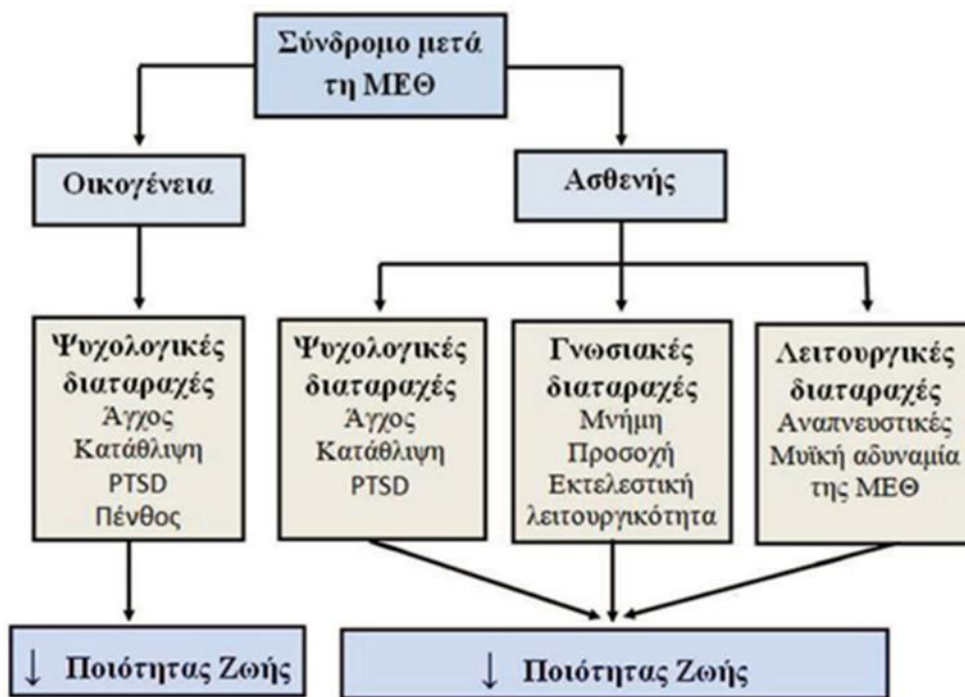
Με δεδομένο ότι πολλοί ασθενείς επιστρέφουν μετά την έξοδό τους από τη Μ.Ε.Θ., στο προ της εισόδου τους γνωσιακό και λειτουργικό επίπεδο, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει σημαντικές γνωσιακές, ψυχολογικές και λειτουργικές διαταραχές για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από 6 μήνες έως 5 χρόνια [Ehlenbach W.J., 2014], οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης και έρευνας στα τελευταία χρόνια.

Η δυσλειτουργία σε έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους τομείς μετά από κρίσιμη ασθένεια και την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ. ( Εικόνα 2 ) :

- Γνωστική λειτουργία
- Ψυχολογική λειτουργία
- Σωματική λειτουργία,

σύμφωνα με τους κλινικούς ιατρούς ορίζεται ως Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. [Jackson et al., 2014].

Ο ορισμός συμπεριλαμβάνει ενήλικες ασθενείς που διαμένουν σε μονάδες αποκατάστασης οξείας περίθαλψης, σε ειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες και στο σπίτι. Αποκλείει τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με τραυματική εγκεφαλική βλάβη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ εντοπίζεται συνήθως στην επόμενη περίοδο μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, τα συμπτώματα συνήθως είναι μακράς διάρκειας και αφορά τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους.



**Εικόνα 2.** Το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. [Προσαρμοσμένο από Needham et al., 2012]

Ο ακριβής επιπολασμός του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ., δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί. Σε μελέτες αναφέρεται το ήμισυ ή και μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών θα εμφανίσει ένα ή περισσότερα συμπτώματα από αυτά που συνθέτουν το σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. (γνωστική, ψυχιατρική, σωματική δυσλειτουργία) [Griffiths et al, 2013, Needham et al., 2013, Pandharipande et al., 2013, Jackson et al., 2014, Maley et al., 2016., Marra et al., 2018].

Στη μελέτη παρατήρησης των Maley et al (2016 ), 64% των επιζώντων είχε γνωστικές διαταραχές, κατάθλιψη και/ή αναπηρία σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης σε 3 μήνες και και 56% σε 12- μήνες μετά τη νοσηλεία.

### 3.1.1. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ.

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ., δεν έχουν προσδιοριστεί ακόμη με σαφήνεια και ποικίλουν ανάλογα με το τομέα που εξετάζεται. Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να ταξινομηθούν σε 2 γενικές κατηγορίες:

1. προϋπάρχοντες παράγοντες όπως:

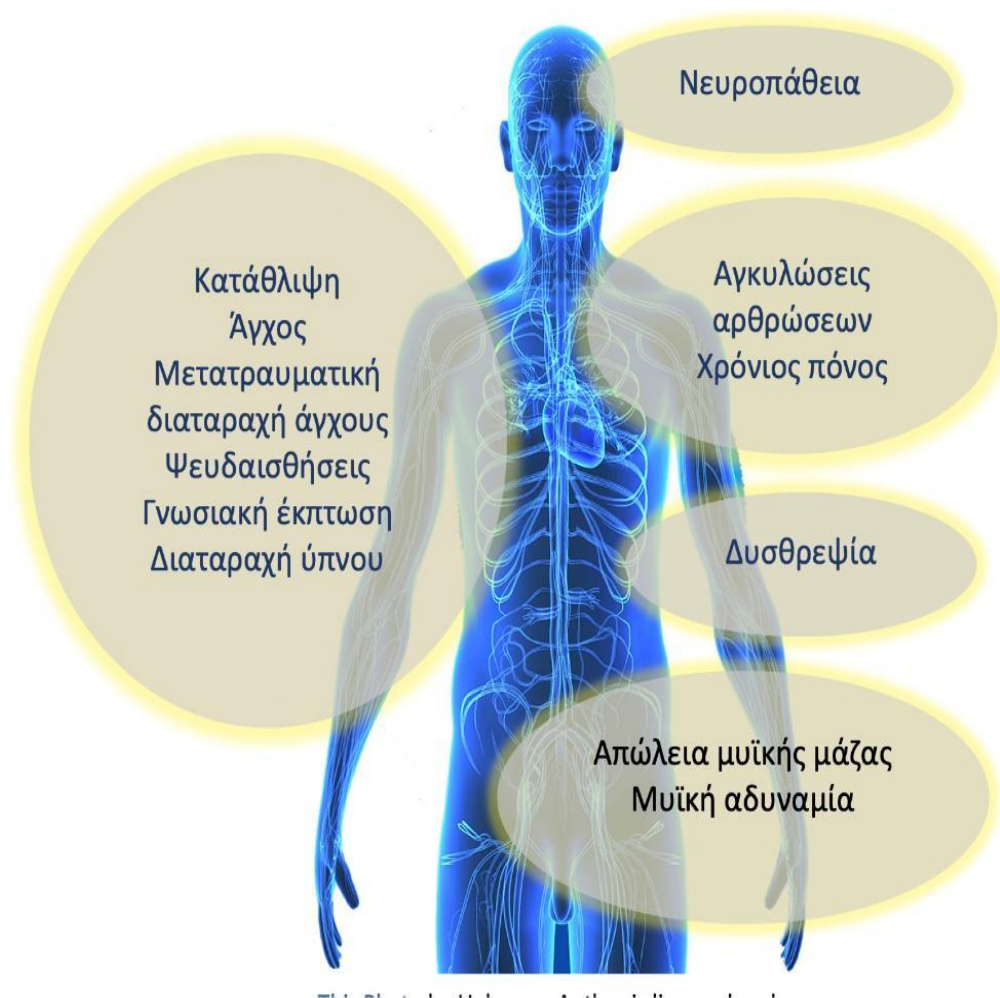
- ✓ νευρομυϊκές διαταραχές,
- ✓ γνωστικές διαταραχές,
- ✓ ψυχιατρικές ασθένειες,
- ✓ συνυπάρχουσες παθήσεις,
- ✓ αδυναμία

2. ειδικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπως :

- ✓ παραλήρημα,
- ✓ σήψη,
- ✓ σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας,
- ✓ υπογλυκαιμία,
- ✓ πόνος,
- ✓ καταστολή
- ✓ πολυοργανική ανεπάρκεια .



Εικόνα 3. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του Συνδρόμου μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).



**Εικόνα 4.** Σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

## **3.2. ΤΟΜΕΙΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

### **3.2.1. Γνωστική Λειτουργία**

Η γνωστική δυσλειτουργία είναι πολύ συχνή σε επιβιώσαντες μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ.. Ποσοστό 20%-40% των ασθενών αναφέρουν προβλήματα στη γνωστικές τους ικανότητες, πολύ συχνά η σοβαρότητα των δυσλειτουργιών είναι παρόμοια με αυτή των ασθενών μετά από μέτριο εγκεφαλικό τραυματισμό ή νοσο Alzheimer. Η γνωστική δυσλειτουργία επηρεάζει τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινωνία γενικότερα. Η παρουσία γνωστικών δυσλειτουργιών μπορεί να προκαλέσει

μείωση της παραγωγικότητας όχι μόνο των ασθενών αλλά και των μελών της οικογένειας, που μπορεί να χρειαστεί να φροντίσουν τον ασθενή.

Το ετήσιο κόστος για ήπια γνωστική δυσλειτουργία ύστερα από νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. στις ΗΠΑ, είναι 15.022\$ ενώ μπορεί να φτάσει στις 34.515\$ για σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία [Sakusic et al., 2018].

Με τον όρο «**γνωστική δυσλειτουργία**» σε ασθενείς που επιβιώνουν στη Μ.Ε.Θ. οι συγγραφείς αναφέρονται σε επίμονα συνεχιζόμενα ελλείμματα στην ικανότητα του εγκεφάλου, που έχουν ως αποτέλεσμα, σε συνδυασμό με συμπεριφορικές και συναισθηματικές αλλαγές, την αδυναμία των ασθενών να λειτουργούν αποτελεσματικά στην καθημερινή ζωή, την χαμηλή Ποιότητα Ζωής τους, ακόμη και αν έχουν αναρρώσει από την ασθένεια που τους οδήγησε στη νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ..

Οι ασθενείς με «γνωστική δυσλειτουργία» συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στους ακόλουθους τομείς: Μνήμη, προσοχή, ταχύτητα επεξεργασίας, εκτελεστική λειτουργία η οποία περιλαμβάνει τους τομείς της οργάνωσης, του σχεδιασμού και της επίλυσης προβλημάτων.

Υπάρχουν αρκετές έρευνες για τις επιπτώσεις της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. στη γνωστικές ικανότητες/ γνωστική λειτουργία.

Οι James et al., (2011), διαχωρίζουν τους όρους γνωστική δυσλειτουργία (cognitive dysfunction) και γνωστική βλάβη/εξασθένηση (cognitive impairment). Ο όρος εξασθένηση / βλάβη (impairment), αναφέρεται σε μεγαλύτερο βαθμό μονιμότητας σε αντίθεση με τη δυσλειτουργία, (dysfunction) η οποία αναφέρεται σε μια οξεία κατάσταση που μπορεί να αλλάξει ή να βελτιωθεί.

Οι Wergin και Modrykamien(2012), διαχωρίζουν την ήπια γνωστική εξασθένηση από τη γνωστική εξασθένηση ύστερα από τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. Η γνωστική εξασθένηση μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., δεν ακολουθεί το ίδιο μοτίβο με την ήπια γνωστική εξασθένηση και ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι αυτά τα δύο είδη γνωστικής εξασθένησης δεν σχετίζονται. Η ήπια γνωστική εξασθένηση είναι προοδευτική και σχετίζεται με τη γήρανση, ενώ η γνωστική εξασθένηση στους

επιζώντες της Μ.Ε.Θ. αναπτύσσεται γρήγορα μετά από οξεία ασθένεια και συνήθως σχετίζεται με πολυάριθμες παθολογικές και νευροχημικές αιτίες.

Οι Jackson et al.,(2009), στην μελέτη τους αναφέρονται στη διάκριση αυτή, υποστηρίζοντας πως για τους επιζώντες στη Μ.Ε.Θ., θα ήταν σκόπιμο να χρησιμοποιείται ο όρος της γνωστικής βλάβης (impairment), καθώς οι νευροψυχολογικές ελλείψεις που χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα μπορεί να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά τείνουν να είναι μόνιμες στις περισσότερες περιπτώσεις.

Σύμφωνα με τον Wolters et al (2013), οι αναφερόμενες επιπτώσεις της γνωστικής δυσλειτουργίας, μετά από νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ., είναι αρκετά μεταβλητές και μπορεί να κυμαίνονται από 4% έως 64%.

Οι Hopkins et al., (2005), και οι Ambrosino et al., (2002), εξέτασαν ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε Μ.Ε.Θ. και χρειάστηκαν μηχανική υποστήριξη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τον Hopkins et al,(2006), έως έξι στους δέκα ασθενείς που επιβιώνουν από κρίσιμη ασθένεια και νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. θα αντιμετωπίσουν σημαντικές γνωστικές διαταραχές μήνες έως χρόνια μετά την έξοδο τους από τη Μ.Ε.Θ.

Οι Iwashyna et al., (2010), εξέτασαν ασθενείς με σήψη και σηπτικό σοκ και τις επιπτώσεις στη γνωστική λειτουργία και βρήκαν αυξημένα ποσοστά γνωστικής δυσλειτουργίας έως και 8 χρόνια μετά τη Μ.Ε.Θ.

Ο Herridge et al.,(2003)., ανακάλυψαν πως, παρά το γεγονός πως η πρόοδος στη Μ.Ε.Θ. μείωσε σημαντικά την θνησιμότητα των ασθενών με σοβαρή ασθένεια, οι επιβιώσαντες συχνά δεν επανέρχονται στην προηγούμενη γνωστική και σωματική τους λειτουργικότητα.

Ο Pandharipande et al., (2013), σε μια πολυκεντρική, προοπτική μελέτη κοόρτης στην οποία συμμετείχε πληθυσμός ασθενών από γενικές ιατρικές και χειρουργικές Μ.Ε.Θ., διαπίστωσαν ότι ένας στους τέσσερις ασθενείς είχε γνωστική δυσλειτουργία 12 μήνες μετά από νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ., παρόμοια σε σοβαρότητα με εκείνη των



ασθενών με ήπια νόσο Αλτσχάιμερ, ενώ ένας στους τρεις είχε βλάβη που συνήθως σχετίζεται με μέτρια τραυματική εγκεφαλική βλάβη

Οι Schillerstrom et al.(2007), στις μελέτες τους ανακάλυψαν πως αν και πολλά άτομα έχουν φυσιολογική γνωστική λειτουργικότητα πριν από την έναρξη της νοσηλείας, άλλα, ιδιαίτερα εκείνα με συννοσηρότητες που μπορεί να επηρεάσουν τη γνωστική λειτουργία, όπως αγγειακές παθήσεις, διαβήτης, χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες και λοίμωξη από HIV, μπορεί να είχαν προϋπάρχουσες γνωστικές διαταραχές, μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις νευρολογικές επιδράσεις της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τίθεται το ερώτημα, εάν τα άτομα με προϋπάρχουσες μορφές γνωστικής δυσλειτουργίας, όπως η ήπια γνωστική εξασθένηση (MCI) ή η νόσος Alzheimer, που χαρακτηρίζονται από φυσικό ιστορικό παρακμής, μπορεί να επιδεινωθούν μετά από νευρολογικές προσβολές όπως αυτές που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της παραμονής στη Μ.Ε.Θ. Καταστάσεις, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ και ο κοινός προπομπός της, η ήπια γνωστική εξασθένηση, επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών - ατόμων που υποβάλλονται και επιβιώνουν ολόένα και περισσότερο στη Μ.Ε.Θ., και σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις και που μπορεί να διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να βιώσουν δυνητικά τοξικά σύνδρομα όπως το delirium.

### **3.2.1.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ..**

Υπάρχουν ελάχιστες ερευνητικές μελέτες σχετικά με τις αιτίες της γνωστικής δυσλειτουργίας. Ωστόσο οι μελετητές συγκλίνουν ως πιθανές αιτίες, το delirium, την ελλιπή οξυγόνωση του εγκεφάλου (συχνό σε ασθενείς που υποστηρίζονται μηχανικά), τις λοιμώξεις, τη δυσγλυκαιμία, τη φαρμακευτική αγωγή και τις ασθένειες.

Σύμφωνα με τον Sakusic et al υπάρχουν 2 ειδών παράγοντες που επηρεάζουν τη γνωστική δυσλειτουργία :

**Πίνακας 1** : Τροποποιήσιμοι παράγοντες και μη Τροποποιήσιμοι παράγοντες (Sakusic et al, 2018) Γνωστικής Δυσλειτουργίας

<b>Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες</b>	<b>Τροποποιήσιμοι παράγοντες</b>
Ηλικία	Delirium και διάρκεια
Συννοσηρότητα	Μηχανική Υποστήριξη και Διάρκεια
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποξία
Προηγούμενη γνωστική δυσλειτουργία	Δυσγλυκαιμία
ΑΡΟΕ-4 , αλληλόμορφο	Χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων
Σοβαρότητα της ασθένειας	Πίεση αίματος
	Μετάγγιση αίματος

Το Delirium είναι ο καλύτερα μελετημένος παράγοντας κινδύνου γνωστικής δυσλειτουργίας μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ., τόσο σε μη χειρουργικές όσο και σε μικτές χειρουργικές/μη χειρουργικές ομάδες ασθενών.

Οι Denke et al., (2018), έδειξαν σχέση μεταξύ της διάρκειας του παραληρήματος και της εξασθενημένης γνωστικής ικανότητας σε μια ομάδα ασθενών με Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS).

Η μελέτη BRAIN-ICU κατέδειξε πως η μεγαλύτερη διάρκεια παραληρήματος συνδέεται με φτωχότερα αποτελέσματα σε τεστ γνωστικών ικανοτήτων, 3 και 12 μήνες μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. σε μικτή ομάδα ασθενών.

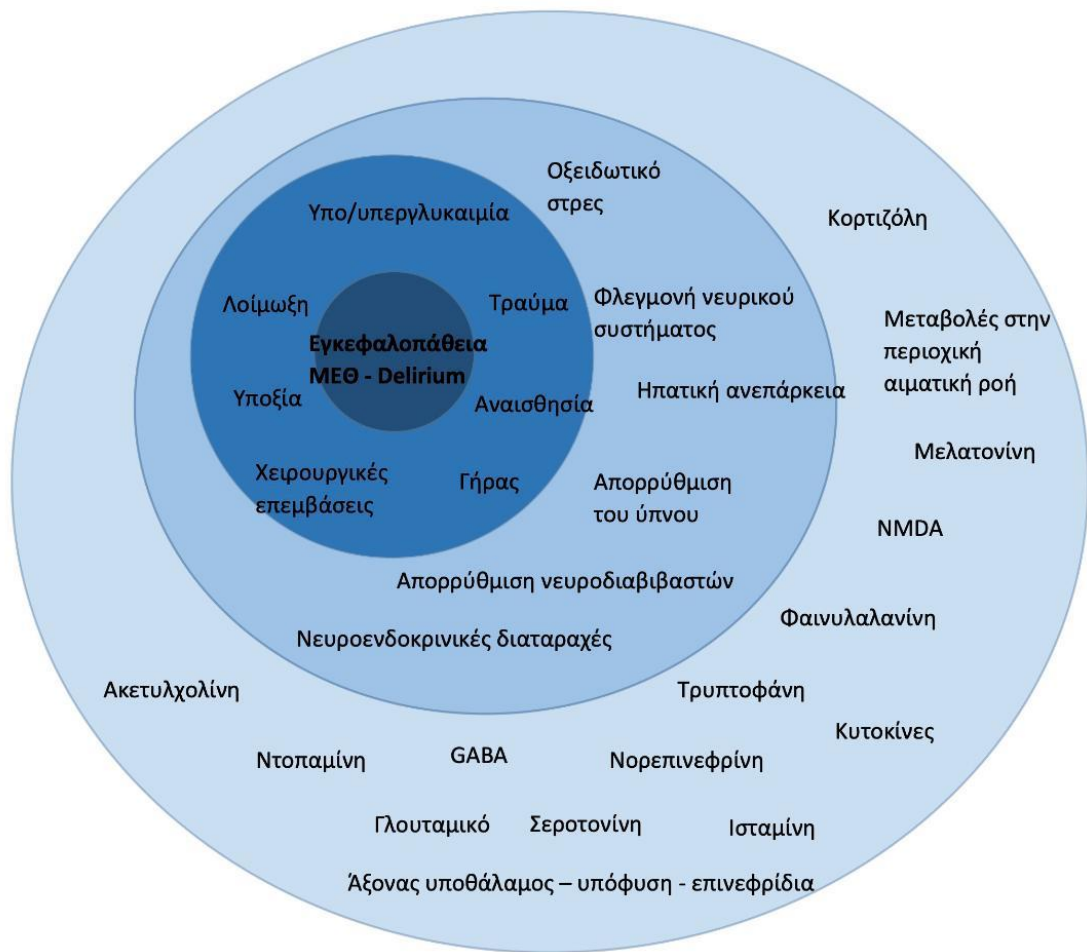
Στη μελέτη των Cina et al., (2019), αναφέρεται πως παρατηρείται γνωστική εξασθένηση μετά από Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με προηγούμενα γνωστικά ελλείμματα.

Στους ασθενείς με Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας ο επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα υψηλός και επίμονος. Οι επιβιώσαντες παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό γνωστικών δυσλειτουργιών: 70-80% κατά την έξοδο

από το νοσοκομείο, 46-80% ένα χρόνο μετά και 20% σε 5 χρόνια. Οι επιβιώσαντες σκοράρουν χαμηλότερα σε ερωτηματολόγια Ποιότητας Ζωής σε 6 και 12 μήνες παρακολούθησης, ενώ σε μελέτη 1 χρόνο, μετά εμφανίζουν προβλήματα στη βραχύχρονη μνήμη και αυξημένο άγχος και κατάθλιψη και μετατραυματικό stress. (Hopkins et al., 1999)

Άλλες μελέτες έχουν δείξει πως το 25% των ασθενών με ARDS παρουσιάζουν δυσκολίες 6 χρόνια μετά (Rothenhausler et al., 2001).

Οι Calsavara et al, (2018), μελέτησαν τη γνωστική δυσλειτουργία σε ασθενείς με σήψη και σηπτικό σοκ. Σε δείγμα 33 ασθενών, μελετήθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες 24 ώρες και 1 χρόνο μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. Στις 24 ώρες η βαθμολόγηση στις γνωστικές λειτουργίες ήταν χαμηλές, ενώ 1 χρόνο μετά είχαν βελτιωθεί. Ο χρόνος της πρώτης δόσης αντιβίωσης, η δόση της αλλοπεριδόλης και η γλυκαιμία συνδέονται με χαμηλή απόδοση στις γνωστικές λειτουργίες, ενώ το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με υψηλή απόδοση στις γνωστικές λειτουργίες. Η γνωστική δυσλειτουργία μετά από σήψη ή σηπτικό σοκ βελτιώνεται με το χρόνο, βελτίωση που συνδέεται με τον χρόνο παραμονής στη Μ.Ε.Θ., το μορφωτικό επίπεδο, τα γνωσιακά αποθέματα, την γλυκαιμία.



**Εικόνα 5.** Το ντελίριουμ στη Μ.Ε.Θ. έχει σύνθετη και πολυπαραγοντική παθοφυσιολογία σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο γεγονός που επηρεάζει το κλινικό επίπεδο με σημαντικές επικαλύψεις. Η πολυπλοκότητα αυτή εξηγεί τη δυσκολία στη θεραπεία του και τη σημασία της πρόληψης.

### 3.2.1.2. Αντοχή των γνωστικών δυσλειτουργιών

Σύμφωνα με μελέτες, αρκετοί ασθενείς που επιβιώνουν μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. εμφανίζουν σημαντική βελτίωση στη γνωστική λειτουργία ένα χρόνο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι γνωστικές διαταραχές στους επιζώντες του ARDS είναι επίμονες, επηρεάζουν την ικανότητα για εργασία, ενώ σε ένα υποσύνολο του πληθυσμού της Μ.Ε.Θ. δεν παρατηρείται σημαντική βελτίωση.

Σε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης εξέταστηκαν 46 επιζώντες με Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και διαπιστώθηκε ότι το 25% των ασθενών είχε

γνωστικές διαταραχές 6 χρόνια μετά τη θεραπεία στη Μ.Ε.Θ. 21 ασθενείς επέστρεψαν σε εργασία πλήρους απασχόλησης, ενώ όλοι οι ασθενείς με γνωστικές διαταραχές ήταν ανάπηροι( Hopkins et al., (2005).

Σε άλλη μελέτη το 70% των επιζώντων με ARDS είχαν γνωστικές διαταραχές κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.45% των ασθενών είχαν γνωστικές διαταραχές σε 1 έτος. Δεν υπήρξε βελτίωση στο ποσοστό των γνωστικών διαταραχών μεταξύ του 1<sup>ου</sup> και του 2<sup>ου</sup> έτους από την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ. (Rothenhausler et al.),

30 επιζώντες με ARDS, παρουσίασαν εξασθενημένη μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, και κινητικές διαταραχές μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ. από 1 έως περισσότερα από 6 χρόνια (μέσος όρος 6,2 έτη). (Suchyta et al., 2004).

Οι σηπτικοί ασθενείς είχαν έκπτωση στη γλωσσική εκμάθηση και στη μνήμη και εμφάνιζαν σημαντική μείωση του όγκου του αριστερού ιπποκάμπου σε σχέση με ομάδα ελέγχου υγιών ασθενών.(Semmler et al., (2013), οι οποίοι μελέτησαν τις νευροσυμπεριφορικές παραμέτρους, τη μορφολογία του εγκεφάλου και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε σηπτικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. και σε μη σηπτικούς ασθενείς.

Η ανατομική και φυσιολογική εξήγηση της γνωστικής έκπτωσης μετά τη Μ.Ε.Θ. παραμένει ένας τομέας ισχυρού επιστημονικού ενδιαφέροντος.

### **3.3. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

Πολύ συχνές είναι οι ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στους ασθενείς που επιβιώνουν από τις Μ.Ε.Θ. ως αποτέλεσμα της νοσηλείας και της κρίσιμης ασθένειας [Desai et al., 2011]. Οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά και την Ποιότητα Ζωής των ασθενών αυτών [Jackson et al., 2014].

Οι πιο συχνές ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές που παρατηρούνται είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι κρίσεις πανικού, η διαταραχή μετατραυματικού stress, οι ενοχές, η μειωμένη libido, η μειωμένη συγκέντρωση, οι διαταραχές μνήμης, η κοινωνική απομόνωση, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη

εμπιστοσύνης [Ασημακοπούλου et al.].

Οι ψυχολογικές διαταραχές συνοδεύονται από κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος, ανορεξία, αίσθηση απόγνωσης, αϋπνία, [Desai et al., 2011, SV, Law et al, 2011], αλλά και σεξουαλική δυσλειτουργία. [Griffiths et al., 2006]

Οι Broomhead et al., [2002], αναφέρουν πως μετά από νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ., εξαιτίας μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου, οι ασθενείς δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν ακόμη και απλές δραστηριότητες. Η ασθένεια, οι επιπλοκές της, ο παρατεταμένος κλινοστατισμός, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, οι επιπτώσεις των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων στον οργανισμό και η περιορισμένη ικανότητα για επικοινωνία και αυτονομία συμβάλλουν στη μειωμένη σωματική λειτουργία, με αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία αυτών των ατόμων.

Σύμφωνα με τους Karfhammer HP et.al., (2004) και τους Weinert CR et.al., (1997), μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. εμφανίζονται στους ασθενείς ψυχολογικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη. Ο Skodol A.E. (1999); αναφέρει πως μετά από κρίσιμη ασθένεια, οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε ψυχολογική αντίδραση σε συναισθηματικό και φυσιολογικό στρες, στις συνέπειες του εγκεφαλικού τραυματισμού που έχει υποστεί ως αποτέλεσμα κρίσιμης ασθένειας και της θεραπείας της, ή και στα δύο. Φάρμακα, φυσιολογικές αλλαγές, πόνος, αλλοιωμένες αισθητηριακές εισροές και ένα άγνωστο περιβάλλον είναι δυνητικά παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχολογικών συνεπειών

Η επίπτωση των εν λόγω διαταραχών, σε δύο συστηματικές ανασκοπήσεις ανέρχεται σε 28% στους ασθενείς μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., [Needhametal., 2012, Davydowetal., 2008], ενώ η επίπτωσή τους στον γενικότερο πληθυσμό των ΗΠΑ υπολογίζεται ότι είναι 17%. [Kessler et al., 2005 ].

### **3.3.1. Άγχος**

Το άγχος είναι το λιγότερο μελετημένο σύμπτωμα στους ασθενείς που επιβιώνουν στις Μ.Ε.Θ. Το άγχος μετά τη Μ.Ε.Θ. συνδέεται με ψυχιατρικά συμπτώματα, αναμνήσεις και παραισθήσεις. [Wade et al(2012) Samuelson et al., (

2007) Rattray et al., (2005), Davydow et al.,(2008), Davydow et al., (2013), Adhikari et al., (2009),]. Οι ασθενείς με συμπτώματα άγχους, αναφέρουν υπερβολική ανησυχία, ευερεθιστότητα, ανησυχία και κόπωση.

Για την αξιολόγηση και καταγραφή των συμπτωμάτων άγχους χρησιμοποιείται στις έρευνες η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety subscale). Τα ποσοστά άγχους σε επιβιώσαντες των Μ.Ε.Θ. κυμαίνονται από 12 έως 62%. [Mikkelsen et al., (2012), Myhren et al., (2010), Hopkins et al., (2010), Davydow et al., (2009), Scragg et al., (2001), Eddleston et al., (2000), Nikayin et al. (2016)].

Τα ποσοστά αυτά είναι υψηλότερα από τα ποσοστά άγχους του γενικού πληθυσμού [Kessler RC et al., (2005)]. Δεν παρατηρείται διαφορά στα ποσοστά μεταξύ των παθολογικών, χειρουργικών ασθενών και των τραυματιών ασθενών ακόμη και ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία. [Myhren et al., (2010)]. Οι φροντιστές των ασθενών παρουσιάζουν αντίστοιχα ποσοστά άγχους με αυτά των ασθενών (15–25%) [Van Beusekom et al., (2016)]

Ενώ στο γενικό πληθυσμό το άγχος εμφανίζεται σε γυναίκες 30-44 χρόνων, δεν έχει βρεθεί συσχέτιση του άγχους με την ηλικία, το φύλο, την σοβαρότητα της ασθένειας και τη διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ. [Cuthbertson et al.,(2009)].

### **3.3.2. Κατάθλιψη**

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης αποτελούν σημαντικό εύρημα στους ασθενείς που εξέρχονται από τις Μ.Ε.Θ.. [Needham et al., 2012, Myhren et al, 2010, Davydow et al., 2009, Rattray et al., 2005].

Οι μελέτες, αναφέρουν πως 25% έως 50% των επιβιώσαντων από μια κρίσιμη ασθένεια εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι σημαντική γιατί η κατάθλιψη επιφέρει ένα σημαντικό ρίσκο αυτοκτονικότητας στους ασθενείς, επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους [Wells et al., 1989] και συνδέεται με καθυστέρηση στην επιστροφή στην εργασία. [Zatzick et al., 2008] .

Σε μελέτη, η κατάθλιψη αναφέρεται πέντε φορές συχνότερη από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά από τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. Στην ίδια μελέτη τονίζεται ότι η κατάθλιψη εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα όπως αδυναμία, αλλαγή όρεξης ή κόπωση [ Jackson et al., (2015)].

Οι Angus et al.(2001), αναφέρουν πως ένα χρόνο μετά τη θεραπεία 50% των ασθενών με Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας είχαν κατάθλιψη, ενώ οι Cheung et al.(2006), αναφέρουν πως το 58% των ασθενών έπασχαν από κατάθλιψη 2 χρόνια μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.

Σε μελέτη 13 Μ.Ε.Θ. σε 4 Νοσοκομεία βρέθηκε πως 26% των ασθενών είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα 6 μήνες μετά από βαριά πνευμονική βλάβη. [Dowdy et al., 2009 ]. Παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης 22% έως 33% αναφέρονται σε ασθενείς με χρόνια ιατρικό ιστορικό [Katon et al., 1990] και 25% με 28% σε ασθενείς με καρδιολογικά και αναπνευστικά προβλήματα. [Silverstone, 1996, Silverstone et al., 1996].

### **3.3.2.1. Δυναμικοί παράγοντες κινδύνου για καταθλιπτικά συμπτώματα /Διαταραχή μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ.**

#### **A. Ειδικοί παράγοντες των ασθενών**

Οι Rattray et al (2005), βρήκαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του γυναικείου φύλου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τη Μ.Ε.Θ. που μετρήθηκαν κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στην ίδια μελέτη δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης.Το ίδιο αποτέλεσμα της μη συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης βρέθηκε και σε άλλες μελέτες. [Weinert et al., (2006), Sukantarat et al., (2007)]

Στην ίδια μελέτη [Sukantarat et al., (2007)] αναφέρεται πως καταθλιπτική διάθεση που είχε αναφερθεί από συγγενή ένα μήνα πριν τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. προέβλεπε συμπτώματα κατάθλιψης στους 2 και 6 μήνες μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., αν και η αντικαταθλιπτική συνταγογράφηση στους 6 μήνες πριν από τη



Μ.Ε.Θ. δεν προέβλεπε συμπτώματα κατάθλιψης μετά τη Μ.Ε.Θ.. Η κακή φυσική λειτουργικότητα πριν από τη Μ.Ε.Θ., συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή (αισιοδοξία ή μη) και η προϋπάρχουσα καταθλιψη πριν τη νοσηλεία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης μετά τη νοσηλεία.[Myhren et al., (2010). Davydow et al., (2009)]

Σε μελέτη του Kowalczyk et al., (2013), διαπιστώθηκε πως η δυσμενής κοινωνικο-οικονομική κατάσταση σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης μετά από παραμονή στη Μ.Ε.Θ.

## **B. Παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία**

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ παραμονής στη Μ.Ε.Θ., διάγνωσης, θεραπείας και κατάθλιψης. Σε ορισμένες μελέτες βρέθηκε πως η διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ. δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα προδιάθεσης για κατάθλιψη.

Η σοβαρότητα της ασθένειας όπως μετρείται από το Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) score, δεν ήταν σημαντική σε αυτές τις μελέτες. [Jones et al., (2001)., Rattray et al., (2005), Sukantarat et al., (2007)], ωστόσο μία μελέτη έδειξε ότι τα APACHE II scores συνδέονται θετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. [Kowalczyk et al., 2013].

3 μελέτες εξέτασαν την ύπαρξη πρώιμων αναμνήσεων από τις εμπειρίες στη Μ.Ε.Θ. ως προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο Rattray et al., διαπίστωσαν πως η αρνητική ανάκληση της Μ.Ε.Θ. ύστερα από την έξοδο από το νοσοκομείο, χωρίς αναμνήσεις τρομακτικών εμπειριών, αποτελούν πρόβλεψη για συμπτώματα κατάθλιψης 6 μήνες μετά τη Μ.Ε.Θ.. Στη μελέτη των Samuelson et al., (2007), αναφέρεται πως οι αναμνήσεις από «εξαιρετικά αγχωτικούς» εφιάλτες στη Μ.Ε.Θ. ή φόβο, 5 ημέρες μετά τη Μ.Ε.Θ. προέβλεψαν συμπτώματα κατάθλιψης 2 μήνες μετά τη Μ.Ε.Θ.. Αντίστοιχα στη μελέτη των Jones et al., (2001) διαπιστώθηκε ότι οι αναμνήσεις

ψυχωτικών/εφιαλτικών εμπειριών στη Μ.Ε.Θ. συνδέονται με πιο καταθλιπτικά συμπτώματα 14 ημέρες μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.

### **3.3.3. Διαταραχή Μετατραυματικού Stress ( PTSD Syndrome )**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, η διαταραχή μετατραυματικού stress ( PTSD ) χαρακτηρίζεται από την έκθεση σε ένα γεγονός που είναι απειλητικό για τη ζωή ή το οποίο γίνεται αντιληπτό ως απειλητικό για τη ζωή και, στη συνέχεια, αναπτύσσει παρεμβατικές αναμνήσεις του γεγονότος, συμπτώματα υπερδιέγερσης ή αποτρεπτική συμπεριφορά που σχετίζεται με το τραυματικό συμβάν. Η κλασική έννοια της διαταραχής μετατραυματικού stress, ως αντίδραση σε πόλεμο ή φυσικές καταστροφές επεκτάθηκε πρόσφατα και περιλαμβάνει την αντίδραση σε τροχαία ατυχήματα, σεξουαλικές επιθέσεις και ιατρικές καταστάσεις όπως η εισαγωγή σε Μ.Ε.Θ..

Οι Javidí H και Yadollahie M. (2012) αναφέρουν πως οι αρνητικές αλλαγές στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση αποτελούν συχνά μέρος της κλινικής εικόνας του PTSD.

Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της διαταραχής μετατραυματικού stress μεταξύ των επιζώντων της Μ.Ε.Θ. κυμαίνονται ευρέως από 4 έως 62%. Αυτή η μεταβλητότητα φαίνεται να εξαρτάται τόσο από το χρόνο εκτίμησης της διαταραχής όσο και από την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε και τον πληθυσμό . Η εις βάθος κατανόηση του επιπολασμού, των παραγόντων κινδύνου και της ακρίβειας των διαγνωστικών εργαλείων είναι απαραίτητη για τη δημιουργία πρώιμων παρεμβάσεων με στόχο την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress μετά την εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. [Bienvenu et al 2015].

Σε μια μελέτη παρατήρησης των Patel MB et al.,(2016) αναφέρεται συχνότητα εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Stress, 10% στους επιζώντες της Μ.Ε.Θ. στους 3 και στους 12 μήνες μετά τη νοσηλεία. Στις μελέτες των Guthbertson et al., (2004) και Nickel et al., (2004), ερευνήθηκε ο επιπολασμός της Διαταραχής Μετατραυματικού stress στους 3 και 6 μήνες και βρέθηκαν ποσοστά 22% και 17% αντίστοιχα, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της νόσου και της

εμφάνισης Δ.Μ.Σ. Οι Hatch et al., σε μια μελέτη σε 26 Μ.Ε.Θ. στην Βρετανία αναφέρουν πως το 50% των ασθενών που επιβιώνουν, εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress άγχους ή κατάθλιψης 3 και 12 μήνες μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται πως η διαταραχή συνυπάρχει με άγχος και σπάνια εμφανίζεται μεμονωμένα. [Hatch et al., 2018 ].

Σε μια μετα-ανάλυση των Nikayin et al., (2016), τα ποσοστά συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού stress 12 μήνες μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. είναι 17%-34%.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση πέντε μελετών, σε ασθενείς μετά την έξοδο τους από τη Μ.Ε.Θ., αναφέρθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Stress ήταν 44% στην έξοδο από το νοσοκομείο, 25% μετά από 5 έτη και 24% μετά από 8 έτη 25%. [Davydowal., 2008].

### **3.3.3.1 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού Stress**

Η σύνδεση της διαταραχής μετατραυματικού stress με την κρίσιμη ασθένεια παραμένει ασαφής. [Bienvenu OJ et al., 2015; 43:642–53].

Ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου αναφέρονται οι τραυματικές μνήμες της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ., η διάρκεια της καταστολής και η χρήση των οπιούχων ειδικότερα, οι εφιάλτες, καθώς και οι δυσκολίες στην αναπνοή. [Davydow et al., (2008), Benvenu et al (2013) ]. Το παραλήρημα (delirium), κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν ένα ακόμη παράγοντα εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού stress [Herridge et al., 2007]. Στη μελέτη των Nikayin et al., (2016), αναφέρονται ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής την ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης πριν την νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ.

Το άγχος που προϋπάρχει της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress, έχει αναδειχθεί σε παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής Μετατραυματικού Stress και στον γενικό πληθυσμό. [Breslau et al., 1991].

Σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης μελετήθηκαν τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και PTSD καθώς και η Ποιότητα Ζωής QoL, μεταξύ τεσσάρων

διαφορετικών υποομάδων επιζώντων στη Μ.Ε.Θ.. Τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και PTSD ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένα ένα χρόνο μετά. Η πρόγνωση ενός έτους σχετικά με τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα ήταν εξίσου δυσμενής σε επιζώντες στη Μ.Ε.Θ. από σύνδρομο οξείας πνευματικής ανεπάρκειας, σήψη, σοβαρή πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων ή παραμονή στη Μ.Ε.Θ. ≥7 ημερών.[Dijkstra-Kersten et al., 2020].

### **3.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι λειτουργικές διαταραχές μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. αποτελούν μέρος του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ., και είναι πιο εύκολα αναγνωρίσιμες σε σχέση με τις γνωσιακές και τις ψυχολογικές διαταραχές. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών που επιβιώνουν στις Μ.Ε.Θ. υποφέρουν από μακροχρόνιες λειτουργικές διαταραχές, ενώ οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που τις προκαλούν ακόμη και σήμερα είναι ελάχιστα κατανοητοί.

Οι λειτουργικές διαταραχές περιλαμβάνουν την μυική αδυναμία, την κόπωση, τις αναπνευστικές διαταραχές, την απώλεια βάρους, τις διαταραχές ύπνου και τη δυσκολία στην κατάποση.[Fujinami et al., 2021].

Τα συμπτώματα που αφορούν στη σωματική λειτουργικότητα οδηγούν συχνά τους ασθενείς σε επίμονες αναπηρίες σε σημαντικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, επηρεάζοντας και την ποιότητα της ζωής τους. (π.χ., ικανότητα να παίρνουν φάρμακα, να εκτελούν απλές οικιακές εργασίες) [Jackson JC, et al,2014].

#### **3.4.1 Μυική αδυναμία**

Η επίκτητη μυική αδυναμία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας μπορεί να ταξινομηθεί ως πολυνευροπάθεια κρίσιμης νόσου, μυοπάθεια κρίσιμης νόσου, νευρομυοπάθεια κρίσιμης νόσου και μυϊκή αποδυνάμωση, με την πιο κοινή κατηγορία την πολυνευροπάθεια κρίσιμης ασθένειας. [Farhan et al., 2016]. Η διάγνωση γίνεται σύμφωνα με την κλίμακα Medical Research Council για τη

βαθμολόγηση της δύναμης διαφόρων μυϊκών ομάδων στα άνω και κάτω άκρα [Stevens et al., 2008] και η επίπτωση της είναι είναι 40% [Appleton et al 2015].

Δεν είναι σαφές πως η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. δημιουργεί το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. νοσηλεία [Fujinami et al., 2021] και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί θεωρούνται Πολυπαραγοντικοί. Μελέτες σε ποντίκια ανέφεραν ότι η σοβαρή ασθένεια προκαλεί απελευθέρωση γαλακτικού οξέος από τους σκελετικούς μυς, απώλεια σκελετικών μυών, [Ono et al 2020], γλυκόλυση, ατροφία, [Liu et al 2019] και μυϊκή πρωτεόλυση [Williams et al 1998]. Σε μελέτη με ποντίκια με σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ., μετά από επαγόμενη σήψη, τα ποντίκια που επέζησαν εμφάνισαν μια σειρά από ελλείμματα, συμπεριλαμβανομένης της μυϊκής αδυναμίας, με χαρακτηριστικό τη μειωμένη συνολική απόσταση σε μίλια κατά τη διάρκεια της δοκιμής σε διάδρομο [Fujinami et al 2021].

Στους ανθρώπους, η μικροαγγειακή ισχαιμία, ο καταβολισμός και η ακινησία μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια σκελετικών μυών, ενώ ο μικροαγγειακός τραυματισμός με επακόλουθη νευρική ισχαιμία, η δυσλειτουργία των καναλιών νατρίου και ο τραυματισμός στα μιτοχόνδρια των νεύρων μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση της μυϊκής λειτουργίας [Kress et al., 2014]. Αν και η μυϊκή αδυναμία μπορεί να υποχωρήσει μετά από αρκετές εβδομάδες έως μήνες, σε αρκετές περιπτώσεις η έκπτωση της κινητικής λειτουργίας επιμένει από μήνες έως χρόνια [Guarneri et al., (2008), Koch et al., (2014)].

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της μυϊκής αδυναμίας θεωρούνται: το γυναικείο φύλο, η σήψη, η καταβολική κατάσταση, η πολυοργανική ανεπάρκεια, το σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης, η μακρά διάρκεια μηχανικού αερισμού, η ακινησία, η υπεργλυκαιμία και η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών και νευρομυϊκών αναστολέων [Kress et al., (2014), DeJonghe et al., (2002), Fan et al., 2014, Stevens et al., 2007, Schweickert et al., 2007, Needham et al., 2014.]

Σε μια αναδρομική μελέτη, η μυϊκή δύναμη, όπως αξιολογήθηκε από τη δύναμη λαβής, συσχετίστηκε με την ψυχική κατάσταση και την Ποιότητα Ζωής. Η ψυχική κατάσταση και η Ποιότητα Ζωής συσχετίστηκαν επίσης με τη σωματική λειτουργία στην κλινική [Nakamura et al., (2021)]. Επομένως, η παρουσία σωματικών

συμπτωμάτων και ειδικότερα της μυϊκής αδυναμίας, φαίνεται να συμβάλλει στη γνωστική και νοητική δυσλειτουργία στο Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ..

Για την αξιολόγηση της σωματικής δυσλειτουργίας χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία αξιολόγησης όπως Timed Up-and-Go1, Handgrip strength1,2-MWT1, SPPB1, CGA3, MRC10 [Fontela et al., (2018), Hashem et al., (2016), Appleton et al., (2015)].

Δεν υπάρχει καμία θεραπευτική παρέμβαση αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για τη μυϊκή αδυναμία που σχετίζεται με το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ.. Παρά το γεγονός αυτό στις Μ.Ε.Θ. τα προληπτικά μέτρα για την μυϊκή αδυναμία περιλαμβάνουν την πρώιμη αποκατάσταση, τη νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση και τον έλεγχο της γλυκόζης [Fuke et al., (2018), Routsis et al., (2010), Davidson et al., (2013)].

#### **3.4.2 Αναπνευστικές διαταραχές**

Οι αναπνευστικές διαταραχές περιλαμβάνουν ακτινολογικές αλλοιώσεις και παθολογικές δοκιμασίες λειτουργικότητας. Η επίδραση του μηχανικού αερισμού στη λειτουργία των πνευμόνων μελετάται καλύτερα σε ασθενείς που επιβιώνουν από σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS). Η λειτουργία του πνεύμονα μετά από ARDS διαταράσσεται συνήθως για χρονικό διάστημα πέντε ετών [Herridge et al, (2011), Orme et al.,(2003)].

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι η μείωση της ικανότητας διάχυσης του μονοξειδίου του άνθρακα, ακολουθούμενη από μειώσεις στον όγκο των πνευμόνων. Στους περισσότερους ασθενείς ο όγκος των πνευμόνων θα ομαλοποιηθούν σε έξι μήνες, ενώ η ικανότητα διάχυσης θα πρέπει να εξομαλυνθεί κατά πέντε χρόνια [Herridge et al (2003), Herridge et al., (2011),]. Στη μελέτη των Desai et al [Desai et al., (2011)] παρατηρήθηκε σε ασθενείς με ARDS, παθολογική σπιρομέτρηση καθώς και παθολογικοί αναπνευστικοί όγκοι 3 μήνες μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., με επαναφορά σε φυσιολογικές τιμές μετά τους 6 μήνες.

Οι αναπνευστικές διαταραχές δεν φαίνεται να σχετίζονται με βλάβη του πνευμονικού παρεγχύματος, αλλά με αδυναμία των αναπνευστικών μυών. Σε

μελέτη, η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα ασθενών με ARDS, 5 έτη μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., όπως αυτή αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, συσχετίστηκε με την αδυναμία των αναπνευστικών μυών [Herridge et al., (2011)].

### **3.4.3. Απώλεια βάρους**

Μία από τις βασικές συνέπειες μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. είναι η απώλεια βάρους. Σε μια μελέτη με 109 επιζώντες σύνδρομο οξείας πνευμονικής ανεπάρκειας, οι ασθενείς έχασαν το 18% του σωματικού βάρους τους και επανήλθαν σε σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα 12 μήνες μετά, [Herridge et al, 2003]. Έχει παρατηρηθεί απώλεια βάρους σε ασθενείς που λαμβάνουν μηχανικό αερισμό, και οι οποίοι συχνά λαμβάνουν λιγότερο από το 60% των ημερήσιων ενεργειακών τους απαιτήσεων. Αν και η σχέση δεν είναι αποδεδειγμένη, η απώλεια βάρους πιθανώς συμβάλλει στην υποκειμενική αδυναμία που αναφέρθηκε από τους ασθενείς, καθώς και στη μείωση της ικανότητας άσκησης [Heyland et al, 2003].

### **3.4.4. Διαταραχές ύπνου**

Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές μετά από νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ.. Σε μία ανασκόπηση 22 μελετών αναφέρεται πως ένα ποσοστό 50% έως 66% των ασθενών εμφανίζουν διαταραχή ύπνου ένα μήνα μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., η οποία βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου [Altman et al, (2017) ].

Τα ιατρεία Follow –up μετά τη Νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. είναι σχετικά πρόσφατες υπηρεσίες στα συστήματα υγείας και υπάρχει σκεπτικισμός και αβεβαιότητα ως προς το εάν αυτές οι υπηρεσίες αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το PICS [Schofield-Robinson et al., (2018)]. Νέες πολλά υποσχόμενες τεχνικές που στοχεύουν στην ανάρρωση από το PICS χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό αντικειμενικής LBM και μεταβολικής αξιολόγησης, παρεμβάσεων διατροφής και άσκησης [Wischmeyer et al., 2017].





### 3.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ.

Αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει ερευνητικό ενδιαφέρον για το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ., δεν υπάρχει ένα ενιαίο εργαλείο για την μέτρησή του. Οι ειδικοί χρησιμοποιούν διάφορα εργαλεία για να μετρήσουν την φυσική κατάσταση, τις γνωστικές λειτουργίες, την ψυχική λειτουργικότητα και την Ποιότητα Ζωής των ασθενών.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2) παρουσιάζονται τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ή έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την διερεύνηση της ψυχικής υγείας, της γνωστικής και φυσικής λειτουργικότητας και της Ποιότητας Ζωής σε ασθενείς με Σύνδρομο μετά την Εντατική Θεραπεία

**Πίνακας 2: Εργαλεία για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης, της γνωστικής λειτουργικότητας, της ψυχικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς μετά τη Μ.Ε.Θ.**

<b>Φυσική κατάσταση</b>
Timed Up-and-Go (TUG) [8][9]
Handgrip strength [10]
2-Minute Walk Test (2-MWT) [11]
Short Physical Performance Battery (SPPB) [12]
Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) [13]
Medical Research Council scale for muscle strength MRC [14]
<b>Γνωστική λειτουργικότητα</b>
MiniCog[23]
Animal Naming[24]
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) [25]
Trail Making Test (TMT) A,B [26]
Mini-Mental State Exam (MMSE) [27]
Wechsler Adult Intelligence Test-Revised [28]
Wechsler Memory Scale-Revised[28]

Rey Auditory-Verbal Learning Test [28]
Rey- Osterrieth Complex Figure Test [28]
Oklahoma Premorbid Intelligence Estimation method (OPIE)[28]
Verbal Fluency test[28]
Logical memory, Visual Reproduction, and Adult Video Learning Test (AVLT) [29]
Short Test of Mental Status, Modified Hachinski Scale, Prime MD [29]
Picture Completion, Block Design[29]
Boston Naming Test, Category Fluency [29]
<b>Ψυχική Υγεία</b>
<b><i>Κατάθλιψη</i></b>
Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) [30]
Beck Depression Inventory [28]
Beck Anxiety Inventory[28]
Geriatric Depression Rating Scale-Short Form (GDS-SF) [31]
<b><i>Άγχος</i></b>
Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD) [32]
State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [33]
<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
Impact of Event Scale – revised (IES-R)[34]
Post-traumatic Stress Disorder Checklist for a Specific event (PCL-S) [28]
Post-Traumatic Stress Disorder Check List – Civilian version (PCL-C) [28]
Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS) [35]
Davidson Trauma Scale (DTS) [35]
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) [35]
Post-Traumatic Stress Syndrome -Question Inventory (PTSS) [35]
<i>Global</i>
Patient Health Questionnaire (PHQ) - various versions [32][36]
Depression Anxiety and Stress Scales instrument (DASS-21) [28]
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[37]
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)[38]

#### 4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ Μ.Ε.Θ.

Η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. και οι γνωστικές, σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές που ακολουθούν, επηρεάζουν τόσο τους ασθενείς όσο και τα μέλη των οικογενειών τους. Το φαινόμενο μελετάται και χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς επιστήμονες ως Σύνδρομο της Οικογένειας μετά τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. (PICS-F).

Ως Σύνδρομο της Οικογένειας μετά τη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (PICS-F) ορίζεται η ύπαρξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων σε συγγενείς ασθενών, τα οποία θεωρούνται ως επιπτώσεις της νοσηλείας που παρατηρούνται και μετά τη νοσηλεία. [Needham et al., (2012), Davidson et al (2012),]. Ουσιαστικά είναι η απάντηση των μελών της οικογένειας στο άγχος που συνοδεύει την εισαγωγή σε Μ.Ε.Θ. ενός αγαπημένου προσώπου, της κρίσιμης ασθένειας σε ένα αγαπημένο πρόσωπο και περιλαμβάνει τα συμπτώματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ή του θάνατου ενός αγαπημένου προσώπου.

Τα συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν για μήνες ή και χρόνια μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., ειδικά εάν ο ασθενής δεν επιβιώσει.

Τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας αναλύονται παρακάτω.

- **Άγχος:** Σύμφωνα με μελέτες τα συμπτώματα άγχους εμφανίζονται τουλάχιστον στο ήμισυ των μελών της οικογένειας για διάστημα 6 μηνών, [Gries al., (2010), Azoulay et al., (2005), Jones et al (2004), McAdam (et al), 2010, Anderson et al., (2008),] 23:1871.

- **Κατάθλιψη:** Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι κοινά στα μέλη της οικογένειας μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. και μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. [Jones et al., (2004), Anderson et al., (2008), Paparrigopoulos et al., (2006)]. Στην έρευνα των Cameron JI et al., (2016)., βρέθηκε πως στην πλειονότητα των μελών της οικογένειας

των ασθενών που λαμβάνουν παρατεταμένο μηχανικό αερισμό παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης ενώ ένα 16% έχει επίμονα συμπτώματα ένα έτος μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.

●**Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (PTSD):** Τα συμπτώματα της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress, σύμφωνα με μελέτες, είναι δυνατό να εμφανιστούν ακόμη και πριν την έξοδο του ασθενή από τη Μ.Ε.Θ. Σε τρεις και έξι μήνες μετά την νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ., το ποσοστό των μελών της οικογένειας που θα συνεχίσει να υποφέρει από PTSD, κυμαίνεται στο ένα τρίτο. [Azoulay et al., (2005), Jones et al., C, (2004), Anderson et al., (2008)].

Τα συμπτώματα του Συνδρόμου της Οικογένειας μετά τη Μ.Ε.Θ. (PICS-F) φαίνεται να διαρκούν μήνες έως χρόνια. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες, το ποσοστό των μελών της οικογένειας που πάσχουν από αυτά τα συμπτώματα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, αλλά παραμένει παρόν σε περίπου ένα τέταρτο έως ένα τρίτο σε έξι μήνες

Σύμφωνα με μελέτες ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του Συνδρόμου της Οικογένειας μετά τη Μ.Ε.Θ.(PICS-F), είναι η κακή επικοινωνία προσωπικού-οικογένειας, η λήψη αποφάσεων, το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, η κακή Ποιότητα Ζωής των ασθενών που επιβιώνουν και η ύπαρξη ενός αγαπημένου που πέθανε ή ήταν κοντά στον θάνατο [Gries et al., (2010), Pocharde et al, (2001), Azoulay et al., (2005), Davidson et al., (2007), Lautrette et al., (2007), Rodríguez et al., (2005).]

Για να μειωθεί η εμφάνιση του συνδρόμου είναι απαραίτητη η ανάπτυξη καλών στρατηγικών επικοινωνίας και επικοινωνιακές στρατηγικές μεταξύ του προσωπικού και των μελών της οικογένειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Θ. Υπάρχουν εξειδικευμένες παρεμβάσεις που μπορούν να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν από τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στη Μ.Ε.Θ.

## 5. ΤΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ COVID-19 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ.

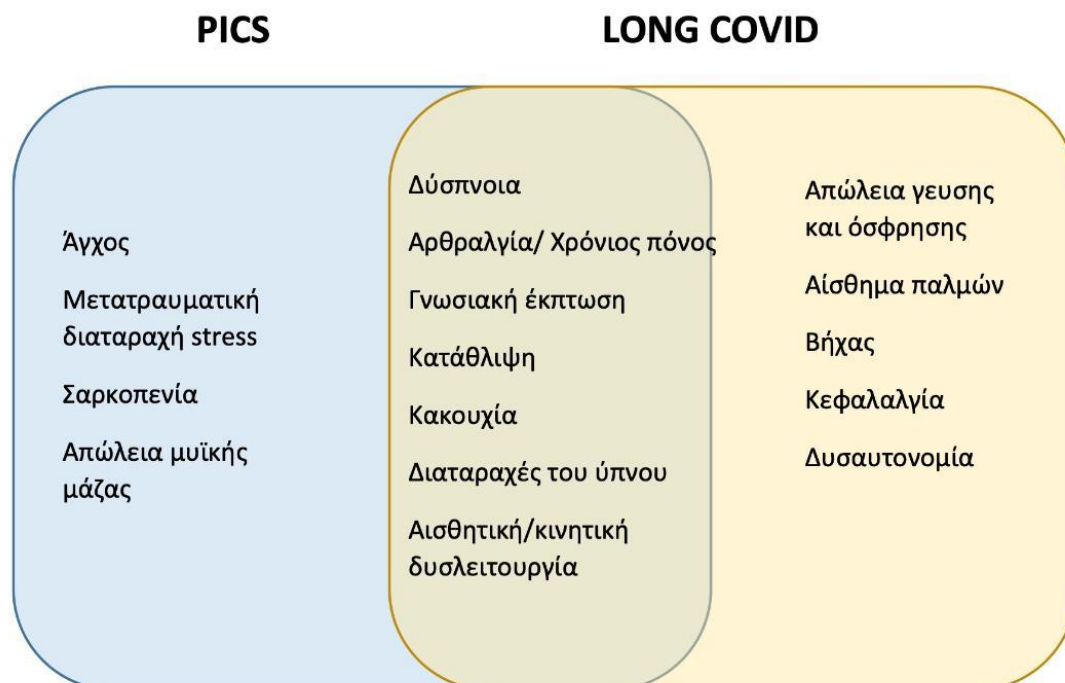
Η νόσος του κορονοϊού 2019 (COVID-19) είναι μια οξεία ιογενής λοίμωξη και οι περισσότερες περιπτώσεις των ασθενών νοσούν ασυμπτωματικά ή με ήπια συμπτώματα. Ωστόσο, ένα σύνολο ασθενών μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική ανεπάρκεια ή ακόμη και σύνδρομο οξείας πνευμονικής δυσχέρειας, το οποίο απαιτεί μηχανικό αερισμό, με ποσοστό θνησιμότητας που κυμαίνεται μεταξύ 20-40% [Anesi, G.L. et al, (2021)].

Οι επιζώντες από κρίσιμη ασθένεια που σχετίζεται με το COVID-19 διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν PICS για διάφορους λόγους [Kotfis, K. et al., (2020), Kotfis, K. et al., (2020), Martillo, M.A. et al., (2021)].

Οι ασθενείς αυτοί, βιώνουν πρόσθετο άγχος, ως αποτέλεσμα της απομόνωσης και της περιορισμένης επαφής με τα αγαπημένα τους πρόσωπα και τους επαγγελματίες υγείας, λόγω των ενισχυμένων προληπτικών μέτρων, όπως η απομόνωση και ο εξοπλισμός ατομικής προστασίας. Οι ασθενείς με COVID-19 διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν παραλήρημα στη Μ.Ε.Θ., λόγω της εισβολής του ιού στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, του καταρράκτη κυταρροκινών που προκαλεί εγκεφαλοπάθεια και της πολυοργανικής ανεπάρκειας που περιλαμβάνει και τον εγκέφαλο.

Οι ασθενείς που επιβιώνουν από COVID 19 και έχουν νοσηλευτεί στη Μ.Ε.Θ., μπορεί να εμφανίζουν χρόνιους πόνους, γεγονός που επηρεάζει την αποκατάσταση τους.[Kemp, H.I. et al., (2020)]. Σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες, οι ασθενείς με COVID-19 με σοβαρά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με στεροειδή. Η χρήση στεροειδών είναι γνωστό ότι προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού, διαταραχές γλυκόζης, ευθραυστότητα δέρματος, οστεοπόρωση, σαρκοπενία, απώλεια μυϊκής μάζας, νευρική και αλλαγές στη διάθεση [Berlińska, A.; et al., (2021)]. Ο νέος κορωνοϊός που προκαλεί σοβαρή οξεία αναπνευστική δυσχέρεια (SARS-Cov-2) και μπορεί να οδηγήσει σε «μακράς διάρκειας COVID» («long COVID»), και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, που επιμένουν πολύ μετά την οξεία φάση της ασθένειας. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζουν σημαντική επικάλυψη με το Σύνδρομο μετά την Εντατική Θεραπεία

(PICS) (Εικόνα 6) και μπορεί να επιδεινώσουν τις προϋπάρχουσες δυσκολίες [Bangash, M.N. et al., (2020), Venkatesan, P. (2021), The Lancet Facing up to Long COVID (2020)].



**Εικόνα 6.** Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. (μπλέ πλαίσιο) και “Μακράς Διάρκειας” (ρόζ πλαίσιο). Οι δύο ασθένειες παρουσιάζουν αρκετά κοινά συμπτώματα που περιγράφονται στην κεντρική πράσινη στήλη.

Σε μελέτες εκφράζονται φόβοι ότι οι ασθενείς με το σχετιζόμενο με COVID-19 Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. θα κατακλύσουν τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν σχεδιαστεί και είναι διαθέσιμες για αποκατάσταση μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ [Stam, H.J. et al., (2020)]. Ήδη σε πολλά κέντρα δημιουργούνται διεπιστημονικά προγράμματα παρέμβασης για τους ασθενείς που έχουν νοσήσει με COVID-19 [Lutchmansingh, D.D. et al., (2020), Rousseau, A.F. et al., (2021)]

Σε μελέτες αναφέρεται επίσης πως οι σωματικές, ψυχολογικές και γνωστικές βλάβες που παρατηρήθηκαν σε επιζήσαντες Μ.Ε.Θ. μετά την COVID-19 ήταν παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς χωρίς COVID-19

[Daste, et al., (2021)]. Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα είναι νευρολογικά συμπτώματα, άγχος, δύσπνοια, υποσιτισμός, διαταραχές διατροφής και πνευμονικές εμβολές [Cadd, M. et al., (2021)].

Σύμφωνα με μελέτη όπου αξιολογήθηκε η Ποιότητα Ζωής ασθενών με COVID-19 που επέζησαν μετά τη νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ., με τη χρήση του SF 36, 3 μήνες μετά τη νοσηλεία, διαπιστώθηκε ότι επηρεάζεται αρνητικά η Ποιότητα της Ζωής [Valent, A. et al., (2020)]. Έχει ήδη γίνει έκκληση προς τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την ανάπτυξη Διεθνούς Ταξινόμησης Διαγνωστικών Κριτηρίων για ασθένειες σχετιζόμενες με τον COVID-19 [Peach, B.C. et al., (2021) ].

Κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση των ασθενών COVID-19, τόσο σε κλινικές μετά τη Μ.Ε.Θ., όσο και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντική για την αποκατάσταση και την μείωση των συναισθηματικών επιπτώσεων στους ασθενείς είναι η επικοινωνία των μελών της οικογένειας μέσω διαδικτύου αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους [Schmidt, K. Et al., (2021)].

Παράλληλα το Σύνδρομο μετά την Εντατική Θεραπεία των οικογενειών (PICS-F) έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της πανδημίας, γεγονός που οφείλεται στην απομόνωση, στην απομάκρυνση από τα αγαπημένα πρόσωπα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, της απώλειας κοινωνικής υποστήριξης και της αδυναμίας «αποχαιρετισμού» σε περίπτωση πένθους [Zante, B. Et al., (2021)].

Η πανδημία της COVID-19 επηρέασε σημαντικά την ψυχική υγεία και την Ποιότητα Ζωής των εργαζομένων στην υγεία. Παράγοντες όπως η αβεβαιότητα, ο αυξανόμενος αριθμός κρουσμάτων και οι θάνατοι, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ο φόβος της μετάδοσης, ο φόβος της μόλυνσης άλλων ή μελών της οικογένειας, ο στιγματισμός και οι διακρίσεις και η έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, μπορεί να συμβάλλουν στην ψυχολογική επιβάρυνση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.[ Li, Y. et al., (2021) ]

Οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή οι οποίοι έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς με COVID-19 διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας και διαταραχής μετατραυματικού stress (PTSD), ακόμα κι αν δεν εκφράστηκαν ή παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ψυχολογικές αντιδράσεις στην εργασία και οι εργαζόμενοι προφανώς εκτελούσαν τα καθήκοντά τους [Ilias, I. Et al., (2021) ].

Σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε πως η έλλειψη αίσθησης προσωπικής επιτυχίας και τα συναισθήματα αποπροσωποποίησης ήταν επίσης κοινά μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ενώ η συναισθηματική εξάντληση ήταν ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού stress ( PTSD) [Pun, B.T. et al., (2019)].



## 6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ Μ.Ε.Θ .

Τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί αρκετές παρεμβάσεις για την πρόληψη του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ. Οι πρόσφατες οδηγίες μπορούν να συνοψισθούν στην παρέμβαση “ABCDEFGH” και στοχεύουν στην πρόληψη της μακροχρόνιας γνωστικής δυσλειτουργίας, του παραλήρηματος και της μυικής αδυναμίας στη Μ.Ε.Θ. [Fuke, R. Et al., (2018)].

Η παρέμβαση, η οποία αποτυπώνεται στο σχήμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

(Α) αναφέρεται στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου με τη χρήση επικαιροποιημένων εργαλείων. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται τόσο φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση του πόνου.

(Β) αναφέρεται στο να επιτρέπονται στους ασθενείς δοκιμές αυθόρμητης αφύπνισης και αναπνοής, εκτός αν αντενδείκνεται, και στο να εντοπίζονται και να διορθώνονται οι δυσκολίες επικοινωνίας με τον ασθενή.

(C) αναφέρεται στην επιλογή ηρεμιστικού με σκοπό να αποφεύγεται η χρήση βενζοδιαπινών για την καταστολή και να χορηγείται η μικρότερη δυνατή ποσότητα ηρεμιστικών.

(D) αναφέρεται στην καθημερινή παρακολούθηση του παραληρήματος (delirium) σε συνδυασμό με φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας.

(E) αναφέρεται στην πρώιμη αξιολόγηση της κινητικότητας και στη φυσικοθεραπεία η οποία μειώνει τη φυσική αδυναμία, τη μείωση της μυικής μάζας και τη διάρκεια του παραληρήματος (delirium). Η νευρομυική ηλεκτρική διέγερση είναι μια πρόσθετη πολλά υποσχόμενη μέθοδος φυσικοθεραπείας. [Routsis, C. et al., (2010), Davidson, J.E. et al., (2013), Sakusic, A. et al., (2018)]

(F) αναφέρεται στην εμπλοκή της οικογένειας και στην ενδυνάμωση με τη χρήση τυπικών στρατηγικών επικοινωνίας και στην εμπλοκή των κοινωνικών λειτουργών και άλλων μελών της ομάδας.

(G) τονίζει την ανάγκη για καλές πρακτικές επικοινωνίας, και ιδιαίτερα για την πρόληψη και μείωση του PICS-F,

(H) αναφέρεται στην παραγωγή ενημερωτικών φυλλαδίων που θα παρέχεται στους φροντιστές και στις οικογένειες [Pun, B.T. et al., 2019].

Υπάρχουν επίσης πολλά υποστηρικτικά μέτρα, όπως η αποφυγή της υπογλυκαιμίας και της υποξαιμίας κατά τη διάρκεια της παραμονής στη Μ.Ε.Θ., που συνδέονται με την παρουσία εγκεφαλοπάθειας και παραληρήματος. Βοηθητικά για τη μείωση και τη βελτίωση του Συνδρόμου μετά τη Μ.Ε.Θ. στην οικογένεια είναι η χρήση των Ημερολογίων Μ.Ε.Θ. τα οποία θα μπορούν να διαβαστούν από τα μέλη της οικογένειας και η συμμετοχή των μελών της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς [Sakusic, A., et al., (2018), Sasangohar, F. et al., (2021), Rose, L., et al., (2021), Floris, L., et al., (2021), Haines, et al., (2019)]. ,

Η χρήση του σχήματος “ABCDEFGH” μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα μέτρα, μπορεί να οδηγήσει σε τριπλάσια αύξηση του ποσοστού των ασθενών που έχουν αυτόνομη λειτουργικότητα μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο [Pun, B.T. et al., 2019].

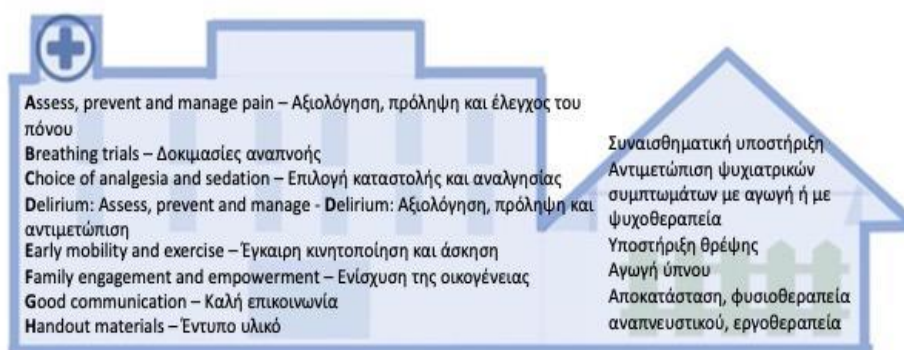
Ακόμη και όταν το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. έχει εδραιωθεί υπάρχουν αρκετές παρεμβάσεις που μπορούν να προαγάγουν την ανάρρωση. Οι κλινικές που παρακολουθούν τους ασθενείς με Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. μπορεί να είναι χρήσιμες, παρέχοντας συμβουλευτική και υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, αλλά και εκπαίδευση σχετικά με την αποκατάσταση, την εκπαίδευση και τον επαρκή ύπνο [Haines, et al.,(2019)]. Οι ασθενείς με ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να ωφεληθούν με θεραπεία συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης [Dr. Gautam R., et al., (2016) ]. Η φυσική δυσλειτουργία απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση η οποία περιλαμβάνει άσκηση, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία και αποκατάσταση.

Η ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας η οποία αποτελείται από εντατικολόγους, νευρολόγους, ψυχιάτρους, φυσιοθεραπευτών, ψυχοθεραπευτών, νοσηλευτών, λογοθεραπευτών και εργοθεραπευτών θεωρείται απαραίτητη για τη λειτουργία των κλινικών αυτών. (Εικόνα 5) [Rawal, G., et al., (2017)] .

Παράλληλα σε αυτό το πλαίσιο, μπορούν να εφαρμοστούν πολλές νέες τεχνικές που στοχεύουν στην ανάρρωση από το Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ. συνδυάζοντας αντικειμενικές αξιολογήσεις της μυϊκής μάζας και του μεταβολισμού και καινοτόμες

παρεμβάσεις διατροφής και άσκησης. [Herridge, M.S. et al., (2003), Cheung, A.M., et al., (2003), Wischmeyer, P.E. et al., (2017), Heyland, D.K., et al., (2003)

## PICS Πρόληψη και Θεραπεία



**Εικόνα 7:** Σύνδρομο μετά τη Μ.Ε.Θ., πρόληψη και θεραπεία. Η δέσμη ABCDEFGH is a είναι μια δέσμη παρεμβάσεων που βοηθά την πρόληψη του PICS και του PICS-F, και πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ.. Η θεραπεία του PICS επεκτείνεται και μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., στις δομές αποκατάστασης ή με την επιστροφή του ασθενή στο σπίτι και υποστηρίζεται από διεπιστημονική ομάδα σε εξειδικευμένες κλινικές παρακολούθησης.

# ***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **7.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής, της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του άγχους σε ασθενείς που εξήλθαν από τη Μ.Ε.Θ. του Ευαγγελισμού, ένα χρόνο μετά το εξιτήριο.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα αφορούσαν στη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ κλινικών και κοινωνικών παραμέτρων και HRQOL. Η βασική υπόθεση ήταν ότι η Ποιοτητα Ζωής διακυβεύεται στους επιζώντες της Μ.Ε.Θ. και ότι υπάρχουν επίσης συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και διαταραχή μετατραυματικού stress στους ασθενείς ένα χρόνο μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ..

Παράλληλα διερευνήθηκε η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση στα μέλη της οικογένειας που συνόδευαν τους ασθενείς στη συνέντευξη.

Για το σκοπό αυτό, εφαρμόσαμε κλίμακες που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διερεύνηση της κατάθλιψης και άγχους, καθώς και για την αξιολόγηση HRQOL, τα οποία έχουν επικυρωθεί για τον ελληνικό πληθυσμό.

### **7.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

#### **7.2.1. Πληθυσμός μελέτης**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Α΄ Κλινική Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημίου Αθηνών στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», δυναμικότητας 45 κλινών που δέχεται ιατρικές και χειρουργικές περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος.

Υπήρχε η συναίνεση των Προϊστάμενων νοσηλευτών και του Διευθυντή της Μ.Ε.Θ.. Το Επιστημονικό Συμβούλιο και η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου, ενέκρινε τη Μελέτη (21/6/2018, Νο 220).

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ενημερώθηκαν για την τήρηση του απορρήτου των παρεχόμενων πληροφοριών και την ανωνυμία, σύμφωνα με τα δεοντολογικά πρότυπα διεξαγωγής έρευνας σε ανθρώπους της διακήρυξης του 2000 στο Ελσίνκι.

Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη Μ.Ε.Θ. από την 1η Αυγούστου 2017 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2019 αξιολογήθηκαν ως προς την επιλεξιμότητά τους ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από την Μονάδα.

Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στο πρωτόκολλο εκπληρώναν τα ακόλουθα κριτήρια εισαγωγής:

- Ασθενείς ηλικίας >18 έως < 68 ετών
- Ασθενείς που έχουν παραμείνει διάστημα μεγαλύτερο των 3 ημερών στη Μ.Ε.Θ.
- Ασθενείς που έχουν υποστηριχθεί από μηχανικό αερισμό
- Ασθενείς που έχουν εξέλθει από τη Μ.Ε.Θ. τουλάχιστον 1 χρόνο πριν

Τα κριτήρια αποκλεισμού περιελάμβαναν την αδυναμία συμμετοχής στη συνέντευξη λόγω της μεγάλης απόστασης κατοικίας, της αδυναμίας επικοινωνίας, ή τη νοσηλεία σε Μονάδες Αποκατάστασης.

Στους συμμετέχοντες δόθηκε η σχετική περιγραφή της έρευνας, ώστε οι εξεταζόμενοι να γνωρίζουν το σκοπό της και ένα έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης το οποίο συμπλήρωσαν πριν την έναρξη της μελέτης.

Οι επιλέξιμοι ασθενείς αξιολογήθηκαν για συμμετοχή μέσω τηλεφωνικής επαφής και, εάν συμφωνούσαν, προγραμματιζόταν ραντεβού για τις ψυχομετρικές αξιολογήσεις.

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία περιελάμβαναν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τον λόγο εισαγωγής στο νοσοκομείο και τη Μ.Ε.Θ., τη διάρκεια της παραμονής στη Μ.Ε.Θ., το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και τις συννοσηρότητες. Στη διάρκεια της συνέντευξης συλλέχθηκαν πρόσθετες πληροφορίες που περιελάμβαναν την οικογενειακή

κατάσταση, την εκπαιδευτική κατάσταση και τις επαγγελματικές πληροφορίες. Κατά τη διάρκεια των ραντεβού, οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα σχετικά ερωτηματολόγια. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από εκπαιδευμένο ψυχολόγο.

Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν κανονικές τιμές αποκοπής για το WHO-QoL-Bref, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε επίσης σε ομάδα ελέγχου ατόμων, ηλικίας και φύλου, τα οποία δεν είχαν εισαχθεί ποτέ στη Μ.Ε.Θ. και δεν είχαν γνωστές συννοσηρότητες.

## **7.2.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια :

### **7.2.2.1. Το Ερωτηματολόγιο WHO-QoL-Bref**

Για την εκπόνηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε μετά από επικοινωνία και σχετική άδεια, το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF που αποτελεί το επίσημο εργαλείο του Π.Ο.Υ., World Health Organization (WHO), για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής.

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF είναι συντομευμένη έκδοχή του 100 ερωτήσεων ερωτηματολογίου WHOQOL-100 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (WHOQOL Group, 1998). Το WHOQOL-BREF είναι ένα απλό και εύχρηστο ερωτηματολόγιο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για την αξιολόγησή της Ποιότητας Ζωής, κατά αυτόν τον τρόπο η αποτελεσματικότητά του έχει κριθεί, ενώ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες στον κόσμο και μία από αυτές είναι και η ελληνική. Η μετάφραση, η στάθμιση και η πολιτισμική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου για την χορήγηση του στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από την Ιατρική Σχολή Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο ψυχιατρικό νοσοκομείο υπό

την αιγίδα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Ginieri-Coccosis, Antonopoulou & Christodoulou, 2001).

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελείται από 26 ερωτήσεις και παρέχει πληροφορίες για τέσσερις τομείς που σχετίζονται με την Ποιότητα Ζωής (βλέπε παρ. 1) : Σωματική και ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, άτυπα δίκτυα υποστήριξης, σεξουαλική ζωή, αυτονομία, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, πρόσβαση σε πληροφόρηση και εκπαίδευση για απόκτηση ικανοτήτων, ψυχαγωγία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου.

Ο τομέας που αφορά την σωματική υγεία αποτελείται από τις ερωτήσεις: 3. (Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε;), 4. (Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;), 10. (Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;), 15. (Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείται μέσα και έξω από το σπίτι;), 16. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τον ύπνο σας;), 17. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητα σας να φέρνετε σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;) και 18. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητα σας για εργασία;) όπου δίνονται πληροφορίες για τον σωματικό πόνο που μπορεί να βιώνει το άτομο και κατά πόσο επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες, την ανάγκη του από φαρμακευτικές ουσίες και ιατρική βοήθεια, την ενέργεια και κόπωση, την κινητικότητα του, την ποιότητα ύπνου και την ικανότητα του για εργασία.

Ο τομέας που αφορά την ψυχολογική υγεία του ερωτώμενου αποτελείται από τις ερωτήσεις: 5. (Πόσο πολύ απολαμβάνεται τη ζωή;), 6. (Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;), 7. (Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;), 11. (Μπορείτε να αποδεχτείτε την εμφάνιση του σώματος σας;), 19. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τον εαυτό σας;) και 26. (Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;) όπου δίνονται πληροφορίες για τις προσωπικές πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την ζωή του, την συγκέντρωση του, την εικόνα σώματος-εμφάνισης, την αυτοεκτίμηση, την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων και πόσο συχνά αυτά εμφανίζονται.



Ο τομέας που αφορά τις κοινωνικές σχέσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις: 20. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;), 21. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;) και 22. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;) όπου δίνονται πληροφορίες για τις προσωπικές σχέσεις του ερωτώμενου, την κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό του περιβάλλον και την σεξουαλική ζωή του.

Ο τομέας που αφορά το περιβάλλον αποτελείται από τις ερωτήσεις: 8. (Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;), 9. (Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;), 12. (Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτεται τις ανάγκες σας;), 13. (Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;), 14. (Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;), 23. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοικείτε;), 24. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;), 25. (Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείται;), όπου δίνονται πληροφορίες για την επάρκεια της καθημερινής ασφάλειας του ερωτώμενου, την υγιεινή στο χώρο που ζει, την οικονομική του κατάσταση, την επάρκεια στην πληροφόρηση, την δυνατότητα δημιουργίας και διασκέδασης, την ποιότητα κατοικίας, την περίθαλψη και τέλος τα μέσα μετακίνησης.

Οι δύο πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δίνουν έναν γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής του ερωτώμενου και της γενικής κατάστασης υγείας του.

Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 έως το 5, όπου το άτομο καλείται να τις απαντήσει αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες εκτός από τις δύο πρώτες ερωτήσεις. Επιπλέον, στην αρχή ο ερωτώμενος καλείται να δώσει κάποιες πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία του και αν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας.

Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις αναφορικά με τη διατροφή, την ικανοποίηση από την εργασία, την

οικιακή ζωή και την κοινωνική ζωή. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε μία δομή 4 διαστάσεων : α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια συνολική εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της κατάστασης της υγείας.

#### **7.2.2.2. Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Άγχους, Spielberg (1970), (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI))**

Σύμφωνα με τον Spielberg (1972) τα άτομα που έχουν ως κεντρικό στοιχείο του χαρακτήρα τους το άγχος, θα βιώσουν με μεγαλύτερη ένταση την ανησυχία μπροστά σε μια στρεσογόνο και απειλητική κατάσταση και ακόμη τείνουν να ερμηνεύουν ως απειλητικές, διάφορες καταστάσεις οι οποίες αντιμετωπίζονται από άλλους ανθρώπους απλά ως γεγονότα της ζωής, δύσκολα αλλά όχι και αξεπέραστα. Το ερωτηματολόγιο αυτό που χρησιμοποιείται διεθνώς, και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (state), και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας κάποιου (trait).

Αποτελείται από 40 ερωτήσεις σε δύο ξεχωριστές υποκλίμακες αυτοαναφοράς και μετράει την παρούσα κατάσταση ανησυχίας (state anxiety), αλλά και γενικότερα την ανησυχία ως στοιχείο της προσωπικότητας (trait anxiety) του ατόμου που συμπληρώνει τη φόρμα.

Η πρώτη υποκλίμακα (state anxiety), εξετάζει το άγχος ως παρούσα κατάσταση αποτελείται από είκοσι διαφορετικές προτάσεις – δηλώσεις με σκοπό να αξιολογηθεί πώς αισθάνεται το άτομο που απαντάει «αυτή τη στιγμή». Η υποκλίμακα αυτή που μετράει το άγχος ως κατάσταση κατά τη συγκεκριμένη στιγμή μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί ως κλίμακα που μετράει το άγχος του ατόμου σε μια κατάσταση που βίωσε στο πολύ κοντινό παρελθόν, ή ακόμη πώς θα αισθανόταν σε μια συγκεκριμένη υποθετική κατάσταση που θα συνέβαινε στο πολύ κοντινό μέλλον.

Η δεύτερη υποκλίμακα (trait-anxiety) εξετάζει το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας και αποτελείται και αυτή από είκοσι διαφορετικές προτάσεις –

δηλώσεις που σκοπεύουν να αξιολογήσουν «πώς αισθάνεται γενικά» το άτομο που απαντάει.

Η υποκλίμακα αυτή, όπως και η πρώτη έχει ευρύτατα χρησιμοποιηθεί ως μέσον αξιολόγησης της κατάστασης κλινικού άγχους σε περιστατικά νοσοκομειακά (χειρουργημένοι ασθενείς, ψυχοσωματικά περιστατικά, ψυχιατρικοί ασθενείς ), αλλά και σε μαθητές κολλεγίου πριν από σημαντικές εξετάσεις, και σε νεοσύλλεκτους μόνιμους στρατιώτες με σκοπό να εξεταστεί και να αποκλειστεί η πιθανότητα οι τελευταίοι να πάσχουν από αγχώδη διαταραχή.

Το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberg (1970) έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό από τους Λιάκο και Γιαννίτη (1984),[12], και έκτοτε χρησιμοποιείται ευρέως σε ελληνικές έρευνες, αλλά και κατά την κλινική πράξη. Οι Λιάκος και Γιαννίτης (1984), χρησιμοποίησαν δυο ανεξάρτητους μεταφραστές για τη μεταφορά της αγγλικής γλώσσας στην ελληνική, γεγονός σημαντικό όσο και αναγκαίο προκειμένου να αποδοθεί το ακριβές νόημα. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται προβλήματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας που εμφανίζονται σε άλλα ερωτηματολόγια μη σταθμισμένα για τη χρήση σε τρίτες χώρες, οπότε τότε προκύπτουν εννοιολογικές διαφορές.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι 40 προτάσεις και των 2 υποκλιμάκων. Τα σκόρ για κάθε υποκλίμακα προστίθενται και μπορεί να κυμαίνονται μεταξύ 20-80, όπου το μεγαλύτερο σκόρ δείχνει υψηλά ποσοστά άγχους. Το σκορ 40 καταδεικνύει κλινικό άγχος και στις 2 υποκλίμακες.[13].Από τον ερωτώμενο ζητείται να διαβάσει την κάθε πρόταση και να αποφασίσει, σε μια κλίμακα από το 1 (σχεδόν ποτέ) έως το 4 (σχεδόν πάντοτε), για το πώς αισθάνεται γενικά.

**7.2.2.3. The Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D) scale, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale-CES-D; Radloff, 1977. Προσαρμογή στα Ελληνικά: Moore, Alexi, και Argyrides (2016).**

Η κλίμακα CES-D είναι ένα γνωστό εργαλείο το οποίο αναπτύχθηκε για ερευνητικούς σκοπούς με σκοπό τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον γενικό πληθυσμό. Η κλίμακα χρησιμοποιείται ως εργαλείο σύντομης εξέτασης και όχι ως υποκατάστατο μιας σε βάθος συνέντευξης. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις και ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σχετικά με το πώς αισθανόταν την τελευταία εβδομάδα, διάρκεια και συχνότητα, σε μια κλίμακα από το 1 (Σπάνια ή καθόλου /Λιγότερο από 1 μέρα την εβδομάδα) έως το 4 (Τον περισσότερο καιρό / 5-7 μέρες),. 16 ερωτήματα αντιστοιχούν σε γνωστικά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Τέσσερα επικεντρώνονται σε θετικές διαθέσεις, βαθμολογούνται σε αντίστροφη κατεύθυνση (δηλ. μια πρώτη βαθμολογία 0 = 3, 1 = 2, 2 = 1 και 3 = 0). Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 60, με υψηλότερα σκορ να δείχνουν μεγαλύτερη δυσφορία. Ένα σκορ από 16 και πάνω (>=16) σύμφωνα με τον Radloff (1977) είναι ενδεικτικό ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για κατάθλιψη. [14].

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό με εγκυρότητα και αξιοπιστία στο cutoff level 24 και σύμφωνα με τους Moore, Alexi, και Argyrides (2016) που έλεγξαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της CES-D σε ελληνικό πληθυσμό, προκύπτουν τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι είναι οι εξής: **Καταθλιπτικό Θυμικό** («Depressed affect»: προτάσεις 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18) π.χ. «Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία», **Θετικό Θυμικό** («Positive affect»: προτάσεις 4, 8, 12, 16) π.χ. «Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον», **Σωματική Δραστηριότητα** («Somatic activity»: προτάσεις 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20) π.χ. «Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος» και **Διαπροσωπικές Σχέσεις** («Interpersonal»: προτάσεις 15 και 19) π.χ. «Ένωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν».

#### 7.2.2.4. The Impact of Event Scale - Revised (IES-R)

Το ερωτηματολόγιο IES-R σχεδιάστηκε ως εργαλείο μέτρησης των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Πρόκειται για ένα μικρό αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με 22 ερωτήσεις, το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό[16],[17]. Οι ερωτούμενοι

καλούνται να δηλώσουν πόσο δυσφορία ή ενόχληση έχουν νιώσει τις τελευταίες 7 μέρες σε σχέση με ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός, χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το 0 έως το 4: «καθόλου»(0), «λίγο» (1), «μέτρια»(2), «αρκετά»(3), «πάρα πολύ»(4) .

Υπάρχουν τρεις υποκλίμακες: εισβολή (ενοχλητικές σκέψεις, εφιάλτες, παρεμβατικά συναισθήματα και εικόνες, επανασύνδεση όπως η αποσύνδεση), αποφυγή (μούδιασμα της ανταπόκρισης, αποφυγή συναισθημάτων, καταστάσεων και ιδεών) και υπερβολή (θυμός, ευερεθιστότητα, υπερεπαγρύπνηση, δυσκολία συγκέντρωσης, αυξημένη έκπληξη). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 88. Η βαθμολογία 33 και άνω αντιπροσωπεύει την καλύτερη αποκοπή για πιθανή διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες.

#### **7.2.2.5. The Mini-Mental State Exam (MMSE)**

The Mini-Mental State Examination (MMSE), or Folstein test, εκδόθηκε το 1975 για πρώτη φορά ως παράρτημα σε ένα άρθρο. [Folstein et al, (2015)]. Το Φεβρουάριο του 2010, ο εκδοτικός οίκος εξέδωσε μία δεύτερη έκδοση του MiniMental, ενώ δημιουργήθηκαν εκδόσεις σε ξένες γλώσσες (French, German, Dutch, Spanish for the US, Spanish for Latin America, EuropeanSpanish, Hindi, Russian, Italian, and Simplified Chinese). Παρουσιάστηκε αρχικά για τη διαφοροποίηση της οργανικής από τη λειτουργική άνοια σε ψυχιατρικούς ασθενείς [19], ενώ η ομάδα Cochrane το βρήκε ως ένα έγκυρο εργαλείο διαλογής για την άνοια.

Το τεστ δημιουργήθηκε με βάση ένα εκπαιδευτικό επίπεδο οκτώ ετών. Αφορά ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης νοητικής εξέτασης, με μέγιστο σκόρ 30 και απαιτούνται 5-10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 7 κατηγορίες, κάθε κατηγορία αντιστοιχεί σε ένα διαφορετικό γνωστικό τομέα ή λειτουργία, προσανατολισμός, μνήμη, προσοχή, κατονομασία, κατανόηση, εκτέλεση προφορικών και γραπτών εντολών, αυθόρμητη γραφή. Απαραίτητο είναι να συνοδεύεται από λεπτομερή εκτίμηση των επιμέρους νοητικών λειτουργιών και να υπόκειται σε κριτική, όταν δε συνάδει με την κλινική εικόνα του ασθενούς. Η αξιοπιστία της δοκιμασίας εξαρτάται από την εκτίμηση της προνοσηρής

λειτουργικότητας του ασθενούς. Πρόκειται για ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης νοητικής εξέτασης (Πόππη 2010: 53-56).

Η δοκιμασία MMSE εφαρμόστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από τους Φουντουλάκη, και συν., το 1994, και το 2000, σε υγιείς ηλικιωμένους και σε ασθενείς με άνοια [Φουντουλάκης Κ., et al. (1994). και Fountoulakis C., et al. (2000)].[18]. Όταν χρησιμοποιείται μια τιμή αποκοπής 24, έχει ευαισθησία 85% και 90% για τη διάγνωση της άνοιας. Ο βαθμός γνωστικής εξασθένησης ταξινομείται σε τρία επίπεδα: 24-30 = καμία γνωστική εξασθένηση 18-23 = ήπια γνωστική εξασθένηση. και 0-17 = σοβαρή γνωστική εξασθένηση.

#### **7.2.2.6. Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης**

Το ερωτηματολόγιο Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης,(Μαδιανός ) συμπληρώθηκε από τους φροντιστές των ασθενών, οι οποίοι συνόδευαν τους ασθενείς στη συνέντευξη. Το ερωτηματολόγιο συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τυχόν αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή της οικογένειας μετά την ασθένεια και έχουν σχέση ή οφείλονται στην αρρώστια του ασθενούς.

Περιλαμβάνει τέσσερις ενότητες με 23 ερωτήσεις οι οποίες διερευνούν :

- Το οικονομικό βάρος,
- Την επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και στην κοινωνική ζωή,
- Την επιθετική συμπεριφορά και
- Την επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά.

### **7.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Πραγματοποιήθηκαν δοκιμές Kolmogorov-Smirnoff για τον έλεγχο της κανονικότητας. Οι περιγραφές παρουσιάζονται ως μέσος όρος  $\pm$  τυπική απόκλιση (SD) για μεταβλητές με κανονική κατανομή, ή διάμεσος (εύρος μεταξύ τεταρτημορίων, IQR) για μεταβλητές με λοξή κατανομή. Μη παραμετρικές εξετάσεις Mann-WhitneyU χρησιμοποιήθηκαν για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ασθενών και για

συγκρίσεις μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων. Οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman.

Όλες οι προαναφερθείσες αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό IBM SPSS statistics 26 (SPSSChicago, IL, USA, έκδοση 26.0).

Το επίπεδο αξιοπιστίας ήταν  $p < 0,05$  για όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 8.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 1270 ασθενείς εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Από αυτούς οι 389 πληρούσαν τα αρχικά κριτήρια εισαγωγής στο ερευνητικό πρωτόκολλο ενώ 881 δεν πληρούσαν τα κριτήρια:

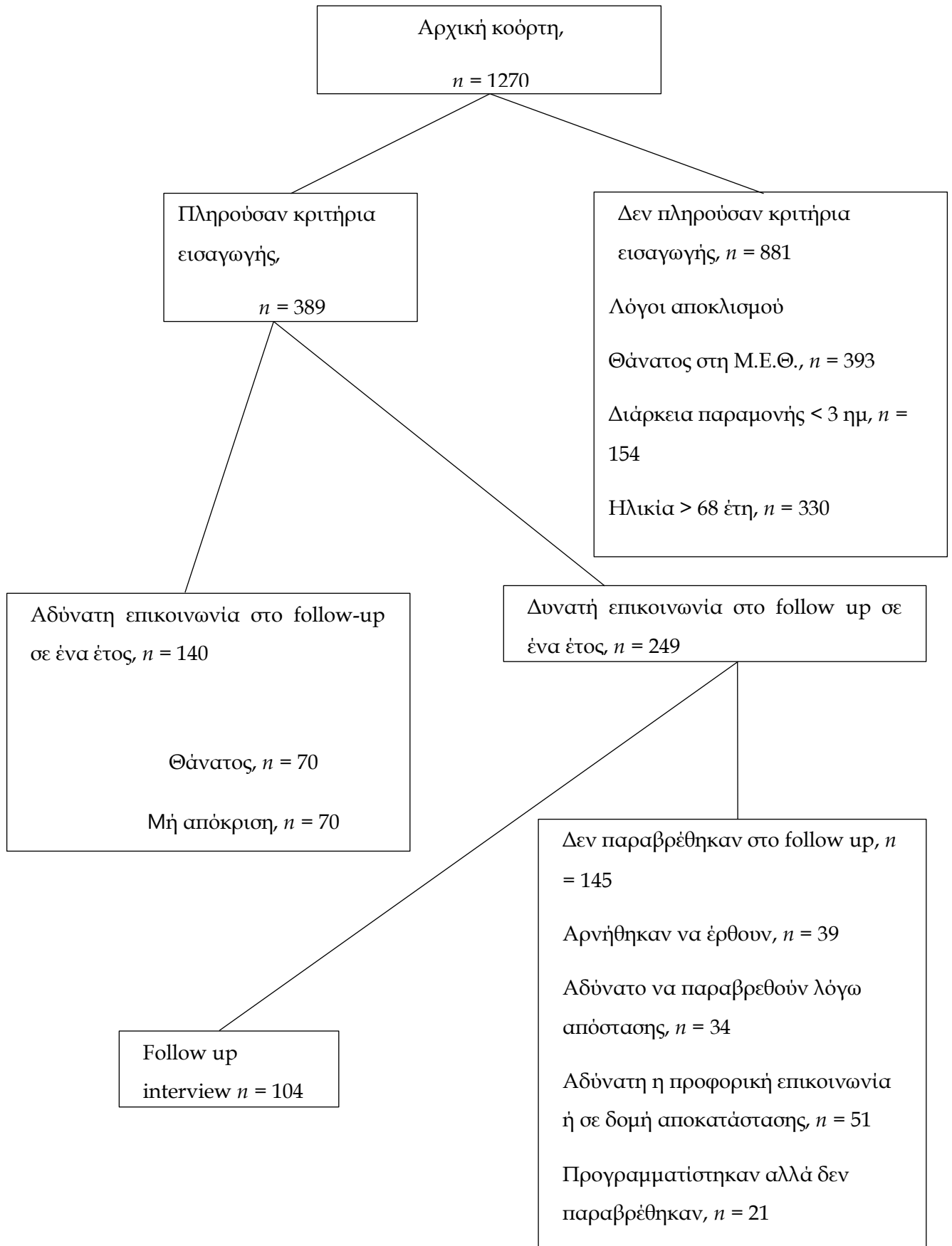
- 330 άτομα ήταν μεγαλύτεροι των 68 ετών ,
- 4 ήταν μικρότεροι των 18,
- 154 είχαν παραμείνει λιγότερο από 3 ημέρες,
- 393 πέθαναν στην Μ.Ε.Θ..

Από τα 389 άτομα που πήραν εξιτήριο πέθαναν στη διάρκεια του πρώτου έτους 70 ασθενείς, ενώ με 70 ασθενείς ήταν αδύνατη η επικοινωνία.

Το σχήμα 1 αναφέρεται στο διάγραμμα ροής της μελέτης και την παρακολούθηση των ασθενών. 104 ασθενείς (41% γυναίκες 59% άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού της μελέτης ήταν τα  $46 \pm 14$  έτη.



Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής



Στη μελέτη συμμετείχε και μια ομάδα 49 υγείων εξεταζομένων, το οποίο αποτέλεσε την ομάδα αρνητικού ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου επιλέχθηκε με βάση το φύλο και την ηλικία σε αντιστοιχία με την ομάδα των ασθενών. Η επιλογή ήταν τυχαία, οι συμμετέχοντες δεν είχαν νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και δεν είχαν καμιά γνωστή συννοσηρότητα. Συμμετείχαν 29 άντρες (59%) και 20 γυναίκες (41%) με μέσο όρο ηλικίας τα  $43 \pm 13$  έτη.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαιδευτικής βαθμίδας, του επιπέδου ζωής και της εργασίας παρουσιάζονται στον Πίνακα ....

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : . ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>
<b>Ηλικία 1</b>	46 ± 14
<b>Δημογραφικά -κλινικά χαρακτηριστικά</b>	
Φύλο (άνδρες) 2	63 (59%)
<b>Εκπαίδευση 2</b>	
< Λύκειο	20 (19%)
Λύκειο	31 (30%)
> Λύκειο	53 (51%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση 2</b>	
Ανύπαντροι	40 (38%)
Παντρεμένοι	48 (46%)
Σε διάσταση	4 (4%)
Διαζευγμένοι	10 (10%)
Χήροι	2 (2%)
<b>Ζουν με άλλους 2</b>	
Ναι	89 (86%)
Όχι	15 (14%)
<b>Επάγγελμα 2</b>	

Πλήρης απασχόληση	50 (48%)
Μερική Απασχόληση	9 (9%)
Φοιτητές	7 (7%)
Οικιακά	11 (10%)
Συνταξιούχοι 4	9 (9%)
Άνεργοι	18 (17%)

Μ.Ε.Θ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

1. Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση
2. Απόλυτος αριθμός
3. Διάμεσος – Ενδοτεταρτομοριακό εύρος
4. Την ώρα της συνέντευξης

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως της διάγνωσης στη Μ.Ε.Θ., της συνοσυρρότητας, της διάρκειας παραμονής στη Μέθ , και η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Διαγνωστική Κατηγορία 2	
Ιατρικό	37 (36%)
Επείγον Χειρουργείο	23 (22%)
Προγραμματισμένο Χειρουργείο	12 (12%)
Τραύμα	32 (31%)
<b>Συνοσυρρότητες</b>	
<b>Τουλάχιστον 1 συνοσυρρότητα παρούσα 2</b>	69 (66%)
Καρδιολογικά προβλήματα	26

Αναπνευστικά	12
Νευρολογικά	18
Ογκολογικά και Αιματολογικά	17
Αυτοάνοσα	9
Ψυχιατρικά	12
Διαβήτης	6
Νεφρική Ανεπάρκεια	6
<b>Διάρκεια Παραμονής στη Μ.Ε.Θ. 3</b>	11 (3-66)
<b>Αυτοαξιολογούμενη κατάσταση Υγείας Self-Rated Health Status 2</b>	
Εξαιρετική	27 (26%)
Πολύ καλή	39 (37%)
Καλή	29 (28%)
Κακή	7 (7%)
Πολύκακή	2 (2%)

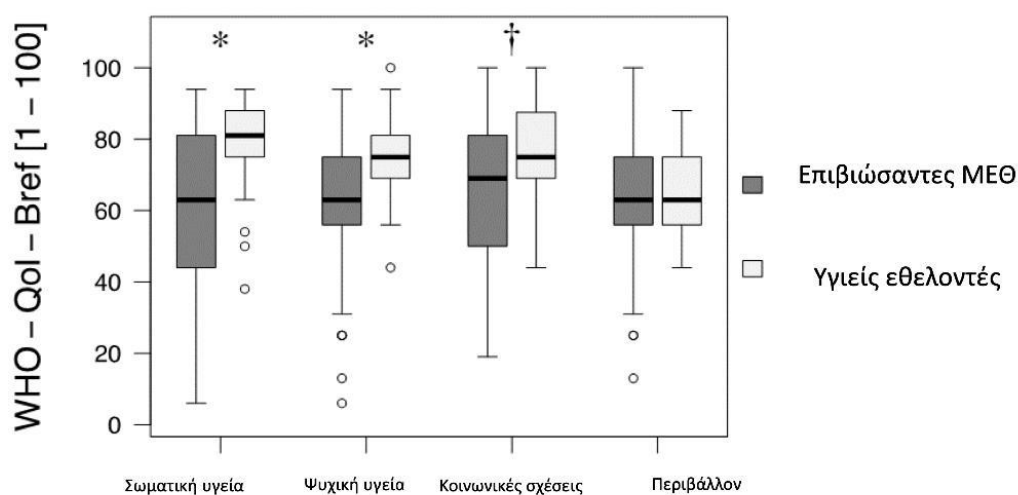
Μ.Ε.Θ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

1. Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση
2. Απόλυτος αριθμός
3. Διάμεσος – Ενδοτεταρτομοριακό εύρος
4. Την ώρα της συνέντευξης

## **8.2. WHO-QOL –BREF ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΕΠΙΒΙΩΣΑΝΤΕΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ. ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Τα αποτελέσματα των 4 τομέων του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει φυσική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές συναναστροφές και περιβάλλον στους ασθενείς που επιβίωσαν μετά τη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. και της ομάδας ελέγχου

παρουσιάζονται στο Σχήμα 2. Όπως διαφαίνεται στο σχήμα οι επιβιώσαντες στη Μ.Ε.Θ. έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, στους τομείς της φυσικής και ψυχολογικής υγείας και στις κοινωνικές σχέσεις συγκρινόμενοι με την ομάδα ελέγχου. Ο 4<sup>ος</sup> τομέας, αυτός του περιβάλλοντος έχει παρόμοια αποτελέσματα και στα 2 τομείς



**Σχήμα 2 : Σύγκριση της Ποιότητας Ζωής μεταξύ ασθενών που επιβίωσαν της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και της ομάδας των υγιών εθελοντών, όπως αξιολογήθηκε με το WHO-QoL-Bref (\* p value < 0.001; † p value = 0.006).**

### 8.3. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΠΙΒΙΩΣΑΝΤΩΝ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

Τα αποτελέσματα για τις 2 κλίμακες άγχους STAI (S-STAI, n=104; T-STAI, n=81), για την κλίμακα CES-D για την κατάθλιψη (n=104), για το IES-R κλίμακα διερεύνησης διαταραχής μεταταρυματικού (n=60), και του MMSE (Mini-mental state exam ) για την αξιολόγηση της γνωστικής δυσλειτουργίας (n=104) παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Τα ερωτηματολόγια δεν κατάφεραν να τα συμπληρώσουν όλοι οι ασθενείς.

Βασικός στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και για το λόγο αυτό συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο WHO-QoI-Bref .Η πιο εμφανής συνέπεια, η οποία ήταν παρούσα στην πλειοψηφία των επιζήσαντων από τη Μ.Ε.Θ. ήταν το άγχος .Περίπου 1/3 του δείγματος εμφάνιζε διαταραχή μεταταρυματικού στρες και καταθλιπτικά συμπτώματα . Η γνωστική δυσλειτουργία ήταν λιγότερο κοινή.

**Πίνακας 5. Αποτελέσματα των δοκιμασιών για άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μεταταρυματικού stress και γνωστικής λειτουργίας.**

Evaluation Scale	Scores	Percentage
	Median (Interquartile range)	above/below cutoff value
The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)		
S-STAI(n = 104)	50 (45-54)	100 (96%) <sup>a</sup>
T-STAI (n = 81)	43 (39-47)	58 (72%) <sup>a</sup>
The Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D) scale (n = 104)	15 (8-27)	29 (28%) <sup>a</sup>
The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) (n = 60)	21 (4-40)	20 (33%) <sup>a</sup>
The Mini-Mental State Exam (MMSE) (n = 104)	28 (26-29)	12 (11%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Value higher than the accepted normal cutoff; <sup>b</sup> Value lower than the accepted normal cutoff; n, number of patients who completed the relevant questionnaire.

#### **8.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΤΟΥ WHO-QOL-BREF**

Τα αποτελέσματα των 4 κατηγοριών στο ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHO-Qol-Bref questionnaire ) εμφανίζουν θετικές συσχετίσεις.

Ειδικότερα τα αποτελέσματα του τομέα φυσικής κατάστασης συσχετίζονται με τα αποτελέσματα του ψυχολογικού τομέα ( $r = 0.68$ ,  $p < 0.0001$ ), του κοινωνικού ( $r = 0.59$ ,  $p < 0.0001$ ), και του τομέα του περιβάλλοντος ( $r = 0.51$ ,  $p < 0.0001$ )

Οι ασθενείς με συννοσηρότητες έχουν χαμηλότερα αποτελέσματα σε όλους τους τομείς συγκρινόμενοι με τους ασθενείς που δεν είχαν συννοσηρότητες :

- Τομέας φυσικής κατάστασης (56 vs 64,  $p < 0.0001$ ),
- Ψυχολογικός τομέας (56 vs 72,  $p < 0.0001$ ),
- Κοινωνικός τομέας (69 vs 75,  $p < 0.0001$ ), και
- Τομέας περιβάλλοντος (63 vs 75,  $p = 0.01$ ) .

Η διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ., συνδέεται αρνητικά με τη φυσική κατάσταση ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.04$ ), και τις κοινωνικές σχέσεις ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.04$ ).

Δεν βρέθηκαν διαφορές στην Ποιότητα Ζωής σε ασθενείς διαφορετικού φύλου, διάγνωσης εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ., εκπαιδευτικού επιπέδου και συνθηκών διαβίωσης.

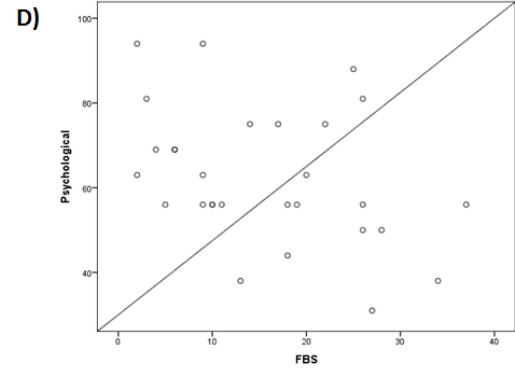
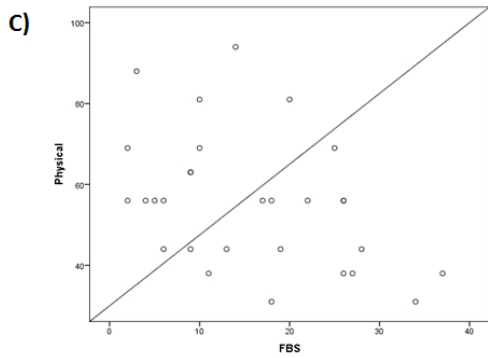
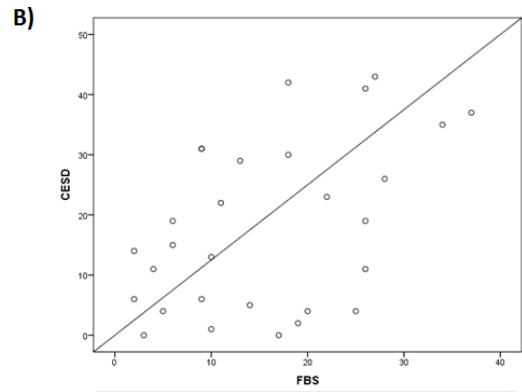
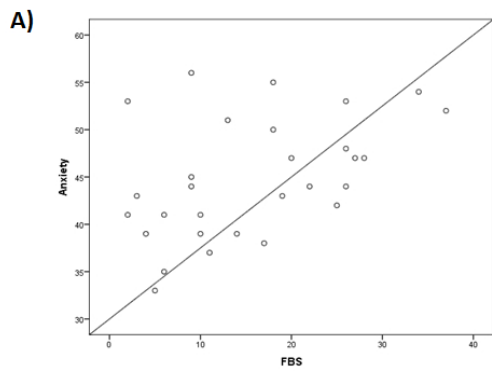
Αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στο τομέα φυσικής κατάστασης και της κλίμακας CES-D για την κατάθλιψη ( $r = -0.66$ ,  $p < 0.0001$ ), και του ερωτηματολογίου IES-R για τη Διαταραχή Μετατραυματικού stress ( $r = -0.61$ ,  $p < 0.0001$ ).

Παρόμοιες αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στα ερωτηματολόγια CES-D και IES-R, και των άλλων τομέων του ερωτηματολογίου ( ψυχολογικού τομέα, τομέα κοινωνικών σχέσεων, και περιβάλλοντος).

## 8.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΒΙΩΣΑΝ

Στο πλαίσιο της μελέτης συμπεριλήφθηκαν και τα μέλη της οικογένειας που συνόδευαν τους ασθενείς, με σκοπό τη διερεύνηση των συνεπειών της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. και στους συγγενείς. Από το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν, 29 ασθενείς μόνο, προσήλθαν με κάποιο μέλος της οικογένειας. Από αυτούς 16 (55.2%) συνοδεύονταν από τους γονείς τους, 2 (6.8%) από τα παιδιά τους και 11 (38%) από τους συζύγους. Η μέση τιμή της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) ήταν 14 (7.5-25.5). Σε 8 περιπτώσεις (27.6%) το σκορ στην Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) ήταν πάνω από την προτεινομένη τιμή 23, γεγονός που αποδεικνύει σημαντική επιβάρυνση στην οικογένεια. Τα υψηλότερα σκορ παρατηρούνται στον Τομέα της κοινωνικής ζωής, 6 (2-10) και της υγείας, 6 (2-9.75) και ακολουθεί η επιβάρυνση στον τομέα των οικονομικών. Παρατηρούνται σημαντικές στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ του σκορ της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS), της Κλίμακας Άγχους ( $r_s = 0.438$ ,  $p = 0.017$ ), (Σχήμα 3α) και της κατάθλιψης όπως αυτή μετρήθηκε στην Κλίμακα CES-D ( $r_s = 0.410$ ,  $p = 0.027$ ) (Σχήμα 3β), και αρνητικές συσχετίσεις με τους τομείς της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης του ερωτηματολογίου WHOQOL-Bref ( $r_s = -0.438$ ,  $p = 0.017$ , for both) (Σχήμα 3γ & 3δ).





Οι οικογένειες των ανέργων και των συνταξιούχων ασθενών όπως και οι συγγενείς των ασθενών με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνιζαν υψηλό σκορ στην Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) [23 (14-27) vs 9(4.25-17),  $p = 0.003$  and 25.5(18-29.5) vs 9.5(5.75-14.75),  $p = 0.001$ ; respectively).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα σκορ των γονιών, παιδιών ή συζύγων ( $p=0.47$ ).

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα αναδείχθηκε ότι οι ασθενείς που επιβίωσαν από τη Μ.Ε.Θ., ένα χρόνο μετά τη νοσηλεία τους έχουν χαμηλή Ποιότητα Ζωής σε σχέση με το δείγμα υγιούς πληθυσμού αντίστοιχης ηλικίας και φύλου.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των ασθενών περιλαμβάνουν την ύπαρξη συννοσηρότητας, την διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ. και την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Δεν υπάρχουν διαφορές στην Ποιότητα Ζωής μεταξύ των ασθενών διαφορετικού φύλου, ηλικίας, λόγου εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ., (εισαγωγή λόγω χειρουργείου, τραύματος vs παθολογικού αιτίου), εκπαιδευτικού επιπέδου (λύκειο vs ανώτερης εκπαίδευσης) και συνθηκών διαβίωσης (διαβίωση μόνος η με άλλους).

Περίπου 1/3 των επιβιωσάντων από τη Μ.Ε.Θ., εμφάνισαν υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα CES-D για την κατάθλιψη, εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες.[ Hashem, M. D., et al., 2016]. Το ποσοστό των ασθενών με μη φυσιολογικά ποσοστά άγχους στο δείγμα της μελέτης μας ήταν σημαντικά υψηλότερα στατιστικά σε σχέση με ευρήματα προηγούμενων μελετών [Davydow, D. S., et al., 2009], φθάνοντας το 72% και το 96% για την S-STAI και την T-STAI κλίμακα αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών τα οποία αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο των συννοσηρότητων στην Ποιότητα Ζωής των επιβιωσάντων από τη Μ.Ε.Θ. και πραγματικά, ορισμένοι συγγραφείς ξεχωρίζουν τις συννοσηρότητες ως τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για εξασθενημένη Ποιότητα Ζωής [Griffith, D.M. et al., 2018].

Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι πως η έλλειψη συννοσηροτήτων συνδέεται με την καλύτερη αποκατάσταση της φυσικής λειτουργίας. Επιπλέον αυτό εξηγεί, εν μέρει γιατί οι δοκιμές αποκατάστασης που δοκιμάζουν πολλές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια και μετά τη Μ.Ε.Θ., έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.[ Griffith, D.M. et al., 2018]. Σε αυτή τη θεωρία υπάρχει ένα αντεπιχείρημα. Ο Orwelius και οι συνεργάτες του

[Orwelius et al., 2005] χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια σε ασθενείς της Μ.Ε.Θ. 6 μήνες μετά τη έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., με σκοπό την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους πριν την εισαγωγή τους. Η ανάλυσή τους έδειξε ότι παρόλο που η προϋπάρχουσα ασθένεια ήταν καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής, μπορεί η ασθένεια να ανακληθεί, και ο ασθενής να ανταποκριθεί. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το επιχείρημα, είναι σημαντικό ότι στη μελέτη μας, τα αποτελέσματα βασίζονται σε ιατρικά αρχεία που λαμβάνονται κατά τη στιγμή της εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ., και όχι σε αξιολόγηση μετά τη Μ.Ε.Θ.. Τα αποτελέσματά μας προσθέτουν στο σύνολο των στοιχείων που υπογραμμίζουν τη σημασία της συνεκτίμησης των συννοσηρότητων όταν συζητάμε για την Ποιότητα Ζωής ως αποτέλεσμα. Δεν καταφέραμε να αποδείξουμε μια σχέση μεταξύ της μειωμένης Ποιότητας Ζωής και των παραγόντων που είχαν συσχετιστεί σε προηγούμενες μελέτες με μειωμένη Ποιότητα Ζωής π.χ, όπως η ανεργία, η γνωστική έκπτωση/δυσλειτουργία και το να ζει κανείς μόνος [Hopkins, R.O. et al., 2005 , Van Delft-Schreurs, C.C. et al., 2014].

Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι στον πληθυσμό μας, η συχνότητα της γνωστικής έκπτωσης, όπως περιγράφεται από το MMSE, ήταν μόνο 11%. Αυτό το σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με άλλες μελέτες [Sakusic A. Et al., 2018], δεν προκαλεί έκπληξη γιατί στην έρευνα ο πληθυσμός ήταν νεότερος.

Τόσο η διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ. όσο και η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως αξιολογήθηκε με το CES-D, συνδέονται στενά με την Ποιότητα Ζωής. Αντικρουόμενα αποτελέσματα έχουν βρεθεί σχετικά με τη διάρκεια της παραμονής στη Μ.Ε.Θ. και την Ποιότητα Ζωής [Fontela, P.C., et al., 2018, Dowdy, D.W., et al., 2005, Hashem, M.D., et al., 2016, Van Delft-Schreus, C.C. et al., 2014].

Αντίθετα οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων δηλώνουν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης μετά την Μ.Ε.Θ. συσχετίζονται με σημαντικά χαμηλότερη Ποιότητα Ζωής [Davydow, D.S., et al., 2009]. Υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα CES-D για τη διερεύνηση κατάθλιψης παρατηρήθηκε στο 28% του πληθυσμού της μελέτης μας, μια συχνότητα συγκρίσιμη με εκείνη που περιγράφεται στη βιβλιογραφία, κυμαινόμενη από 28 έως 33% [Davydow, D.S., et al., 2009]. Τα πρώιμα συμπτώματα κατάθλιψης μετά την Μ.Ε.Θ.

αναγνωρίζονται ως ισχυρός παράγοντας κινδύνου για επακόλουθα συμπτώματα κατάθλιψης στους επιζώντες της Μ.Ε.Θ., και επομένως τόσο η ψυχική υγεία όσο και η ευεξία των επιβιωσάντων στις Μ.Ε.Θ. μπορεί να επηρεαστεί για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Δεδομένου ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά όχι μόνο την ψυχική υγεία, αλλά και τη φυσική υγεία και αποκατάσταση [25], απαιτείται περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτό.

Τα συμπτώματα που αποδίδονται στη Διαταραχή Μετατραυματικού stress ( PTSD), συσχετίστηκαν επίσης αρνητικά με τις βαθμολογίες σε όλους τους τομείς του WHO-QoI-Bref ερωτηματολογίου(φυσική υγεία, ψυχολογική υγεία , κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον). Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών στη μελέτη μας σημείωσε υψηλότερη από την τιμή αποκοπής στην κλίμακα IES-R. Είναι ενδιαφέρον ότι η Διαταραχή Μετατραυματικού stress (PTSD) αρχικά θεωρούνταν ότι προέρχεται κυρίως από εμπειρίες όπως η μάχη, η επίθεση και η έκθεση σε φυσικές καταστροφές. Σήμερα έχει χαρακτηριστεί ως η πιο συχνά αναγνωρισμένη διαταραχή άγχους στους επιζώντες της Μ.Ε.Θ.

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress έχει αναγνωριστεί σε πολλές μελέτες ως παράγοντας που επηρεάζει την Ποιότητα Ζωής, παρόλα αυτά εξακολουθεί να υπάρχει συζήτηση σχετικά με τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress (PTSD) στους επιζώντες της Μ.Ε.Θ. Τα αναφερόμενα ποσοστά επιπολασμού της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress (PTSD) σε διαφορετικές μελέτες κυμαίνονται από 5% έως 63%. Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, ο επιπολασμός της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress ενός έτους αναφέρθηκε ότι ήταν περίπου 20% [Righy, C., et al., 2019].

Στη μελέτη παρατηρήσαμε ένα υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Stress. Αυτό που είναι πιο εντυπωσιακό, ωστόσο, είναι η συχνότητα των ασυνήθιστα υψηλών βαθμολογιών στις κλίμακες S-STAI και T-STAI για συμπτώματα άγχους κατάστασης και χαρακτηριστικών, αντίστοιχα. Η πλειονότητα των ασθενών μας σημείωσε υψηλή βαθμολογία και στις δύο κλίμακες. 96% και 72% για το S-STAI και το T-STAI, αντίστοιχα. Στη βιβλιογραφία, η συχνότητα για μη ειδικό άγχος κυμαίνεται από 23 έως 41% [Hatch,R., 2018]. Υπάρχουν τουλάχιστον δύο

πιθανές εξηγήσεις για αυτήν την απόκλιση. Από τη μία πλευρά, ένα υψηλό ποσοστό των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Συνεπώς, αναμένεται εύλογα ένα υψηλότερο επίπεδο άγχους, ιδίως για θέματα που σχετίζονται με την υγεία [Frontini,R., et al., 2021]. Ταυτόχρονα ο πληθυσμός της μελέτης μας περιελάμβανε νεότερους ασθενείς οι οποίοι συχνά είχαν επιστρέψει στις προηγούμενες δραστηριότητες και στην εργασία τους. Η παράμετρος αυτή μπορεί να σχετίζεται με υψηλές προσδοκίες που μπορεί να διεγείρουν άγχος στους ασθενείς για την εκπλήρωσή τους.

Τα αποτελέσματα που αφορούν στην επίδραση της νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. των οικογενειών των ασθενών, δείχνουν πως ένα σημαντικό ποσοστό των οικογενειών ή των φροντιστών των ασθενών που επιβιώνουν από τη Μ.Ε.Θ., παρουσιάζει επιβάρυνση σύμφωνα με την Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης, παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών, είχαν καλή αποκατάσταση μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο και αρκετοί είχαν επιστρέψει και στην εργασία τους. Τα υψηλότερα σκορ στην Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης σχετίζονται με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς και της σωματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης όπως αυτή καταγράφεται στα ερωτηματολόγια της Ποιότητας Ζωής.

Σε προηγούμενες μελέτες σχετικές με την επιβάρυνση της κρίσιμης ασθένειας στην ψυχολογική και κοινωνική ζωή των μελών της οικογένειας, αναφέρεται σημαντικά υψηλότερη επιβάρυνση των φροντιστών σε ασθενείς με δυσμενή έκβαση [Milton, A. Et al., 2022].

Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) και των σωματικών και ψυχολογικών συνιστωσών του WHOQOL-Bref. Ωστόσο, τα επίπεδο υγείας, όπως τα βαθμολόγησαν οι ίδιοι οι ασθενείς, ήταν πολύ καλό ή καλό.

Η ύπαρξη ψυχολογικών και σωματικών ζητημάτων μπορεί σε κάποιο βαθμό να επηρεάσει το ένα το άλλο με πολύπλοκους τρόπους. Τα ψυχολογικά συμπτώματα επηρεάζουν την ικανότητα αποκατάστασης, την εργασιακή απόδοση, την ικανότητα εργασίας, ενώ η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων μπορεί να επηρεάσει

σημαντικά την ψυχολογία και το ηθικό των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους [Hamilton, M., et al., 2019].

Δεν παρατηρήσαμε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης FBS και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνιστωσών του WHOQOL-Bref. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό μέγεθος δείγματος της μελέτης μας. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαίωσαν τη σημασία της σωματικής και ψυχολογικής συμπτωματολογίας σε σχέση με τη βαρύτητα της ασθένειας. [Torres, J., et al., 2017]

Ενώ η εύρεση υψηλότερων βαθμολογιών της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) στις οικογένειες συνταξιούχων και ανέργων ασθενών ήταν αναμενόμενη λόγω της υψηλότερης οικονομικής επιβάρυνσης που αντιμετωπίζουν, οι σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε ασθενείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι αυτές οι οικογένειες δημιουργούν υψηλότερα πρότυπα και προσδοκίες και αυτές με τη σειρά τους συμβάλλουν σε αυξημένο άγχος και οικογενειακό φόρτο.

Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ της βαθμολογίας της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) και της παρουσίας άγχους, και ειδικότερα του άγχους χαρακτηριστικού παρά κατάστασης, όπως μετρήθηκε με την κλίμακα STAI, και επιπλέον, μεταξύ της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων που μετρήθηκε με την κλίμακα CES-D. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και από άλλους συγγραφείς, αλλά Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όταν τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλά, ακόμη και στον γενικό πληθυσμό. Όσοι είχαν επηρεαστεί στο παρελθόν από κρίσιμη ασθένεια, είχαν, ως εκ τούτου, πρόσθετους λόγους να ανησυχούν για την υγεία τους. [Frontini, R. , et al., 2021].

Το υψηλό ποσοστό άγχους στην κοόρτη μας μπορεί να έχει επηρεάσει σημαντικά τις βαθμολογίες της Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS) των μελών της οικογένειάς τους. Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης των ψυχολογικών συμπτωμάτων των επιζώντων Μ.Ε.Θ. με

αποτελεσματικό και έγκαιρο τρόπο, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να μειωθεί η επιβάρυνση των οικογενειών [Petrinec, A.B. et al., 2021].

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντική έρευνα και στον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι συννοσηρότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών που επιβιώνουν στη Μ.Ε.Θ.. Οι περισσότερες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ. επικεντρώνονται στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας, μέσω της φυσικοθεραπείας και της αποκατάστασης. Η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στη λειτουργική ικανότητα, τη μυϊκή δύναμη και γενικότερα στις δυνάμεις του ασθενή. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την επίδραση διαφορετικών θεραπειών στα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.. Ομοίως, λίγα είναι γνωστά για τις συνέπειες στην ψυχολογική κατάσταση ή ψυχολογικές νοσηρότητες των ασθενών που καταφέρνουν να επιτύχουν μια καλή λειτουργικότητα και ακόμη και να επιστρέψουν στην εργασία τους. Οι ασθενείς αυτοί, μπορεί να αντιπροσωπεύουν ένα μέρος του πληθυσμού που είναι πρόθυμο και ικανό να ανταποκριθεί, και ο οποίος θα μπορούσε να επωφεληθεί σημαντικά από τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ο καλύτερος τρόπος παρέμβασης για αυτούς τους ασθενείς θα μπορούσε να είναι μια έγκαιρη παρέμβαση, ακόμη και πριν από την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ.. [Garrouste-Orgeas, M. et al., 2019]. Σε μελέτες έχει αναφερθεί ότι οι βαθμολογίες στον τομέα της ψυχικής υγείας αρχικά βελτιώθηκαν, στη διάρκεια του πρώτου έτος μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ., και στα 2 χρόνια μειώθηκαν στα επίπεδα εξόδου από το νοσοκομείο [Hopkins, R.O. et al., 2005]. Η ανεπαρκής ψυχολογική παρέμβαση θα μπορούσε να είναι μια εξήγηση για την καθυστερημένη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ή ακόμη και την έλλειψή της.

## 10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη μελέτη υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί.

Πρώτον, τα δεδομένα μας δεν περιείχαν πληροφορίες σχετικά με τη σοβαρότητα της ασθένειας, όπως το APACHE-II ή το SOFA. Η συμπερίληψη τέτοιων δεδομένων θα προσέθετε στις υπάρχουσες γνώσεις στοιχεία σχετικά με τη σπουδαιότητα των προϋπάρχοντων συννοσηροτήτων έναντι των παραγόντων που σχετίζονται με την εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. και την επίδραση στην Ποιότητα Ζωής [Fontela, P. C. Et al., 2018, Roberts, R. E, 1980].

Δεύτερον, η έλλειψη ανάλυσης ισχύος για την εκτίμηση του μεγέθους του δείγματος και το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και στη μη πλήρωση κριτηρίων εισαγωγής στον αρχικό πληθυσμό της έρευνας, αύξησαν τον κίνδυνο προκατάληψης (the risk of bias). Ωστόσο, για ένα επίπεδο αξιοπιστίας (άλφα) 0,05, ένας post- hoc υπολογισμός σχετικά με τις συγκρίσεις των κλιμάκων ποιότητας ζωής απέδωσε ένα επίπεδο ισχύος 0,818. Το τελικό δείγμα, περιελάμβανε κυρίως ασθενείς με καλή ανάρρωση, οι οποίοι ήταν σε θέση να συνεχίσουν τις προηγούμενες δραστηριότητές τους. Ωστόσο, ο αντίκτυπος στην Ποιότητα Ζωής τους ήταν σημαντικός και τα επίπεδα άγχους τους ήταν υψηλότερα από τα επίπεδα που περιγράφονται σε άλλες μελέτες.

Θα υπήρχαν ενδιαφέροντα ευρήματα αν συγκρίναμε την ομάδα επιζώντων της Μ.Ε.Θ. με μια ομάδα ασθενών με χρόνια νοσήματα η οποία δεν θα είχε νοσηλευτεί σε Μ.Ε.Θ.. Επιπλέον, τα αποτελέσματά μας είναι περιγραφικά. Τέλος, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό, καθιστώντας δύσκολη τη γενίκευση των ευρημάτων μας. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, αυτή ήταν μια προοπτική μελέτη που εφάρμοσε διαφορετικές ψυχομετρικές κλίμακες για να εκτιμήσει την ψυχική ευημερία των επιζώντων της Μ.Ε.Θ. και την Ποιότητα Ζωής τους.

Η μελέτη είναι μία από τις λίγες μελέτες που αναφέρουν αποτελέσματα από τη νότια Ευρώπη και η μόνη που γνωρίζουμε στον ελληνικό πληθυσμό.



## 11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, τα ευρήματά μας υποστηρίζουν ότι:

- οι προϋπάρχουσες συννοσηρότητες,
- η διάρκεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ.,
- και η παρουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με την κατάθλιψη και τη Διαταραχή μετατραυματικού Stress,

είναι οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονται με τις χειρότερες βαθμολογίες WHO-QoI-Bref σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια ένα χρόνο μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Θ..

Υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να υπάρχουν σε επιζώντες της Μ.Ε.Θ. που επιτυγχάνουν καλή ανάρρωση και αυτό το εύρημα απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, καθώς οι ασθενείς αυτοί θα μπορούσαν να επωφεληθούν σημαντικά από την κατάλληλη ψυχολογική και ιατρική υποστήριξη.

# ***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ***

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

### 1. Ερωτηματολόγιο Δήλωσης συγκατάθεσης ασθενούς

Αρχικά ασθενούς: \_\_\_\_\_

Αριθμός Ασθενούς: \_\_\_\_\_

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

«.....»

Σημειώστε στο παρακάτω κενό το όνομα του γιατρού που σας ενημέρωσε για την έρευνα και ΚΥΚΛΩΣΤΕ τις ακόλουθες απαντήσεις.

1. Έχω ενημερωθεί για τη μελέτη	ΝΑΙ/ΟΧΙ
2. Μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις και να συζητήσω τα θέματα που αφορούν τη μελέτη με το γιατρό:.....	ΝΑΙ/ΟΧΙ
3. Μου δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και πληροφορίες σε όλες μου τις ερωτήσεις	ΝΑΙ/ΟΧΙ
4. Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου για συμμετοχή στη μελέτη ανά πάσα στιγμή και χωρίς υποχρέωση να εξηγήσω τους λόγους.	ΝΑΙ/ΟΧΙ
5. Καταλαβαίνω ότι με την υπογραφή μου εξουσιοδοτώ την πρόσβαση προς και αποδέσμευση των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων μου σε αρμόδια πρόσωπα, εξουσιοδοτημένα από τον ιατρό της μελέτης, στις αρμόδιες αρχές, και στην Ανεξάρτητη Επιτροπή Δεοντολογίας, όπως χρειαστεί. Καταλαβαίνω ότι μπορώ ανά πάσα στιγμή να αποσύρω την εξουσιοδότησή μου για τη χρήση ή την γνωστοποίηση των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων μου. Δέχομαι να δώσω την άδειά μου σε αυτά τα άτομα να έχουν πρόσβαση στα αρχεία μου.	ΝΑΙ/ΟΧΙ
6. Είχατε αρκετό χρόνο να πάρετε την απόφασή σας;	ΝΑΙ/ΟΧΙ
7. Δέχεστε να πάρετε μέρος σε αυτή την μελέτη;	ΝΑΙ/ΟΧΙ
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)</b>	
<b>Δ/ΝΣΗ:</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ &amp; ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
<b>ΤΗΛ:</b>	
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΗ: (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)</b>	

<b>Δ/ΝΣΗ:</b>	<b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ &amp; ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
<b>ΤΗΛ:</b>	

## 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL-BREF

Συγκατατίθεται για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

### ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**ΚΩΔΙΚΟΣ\***

--	--	--	--	--

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία.

Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

**Φύλο:**  Άνδρας  Γυναίκα

**Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας; .....**/**.....**/**.....**

**Τι εκπαίδευση έχετε;**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού             | <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ             |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό                     | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ                   |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο                     | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ                   |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |

**Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Άγαμος-η    | <input type="checkbox"/> Έγγαμος-η      |
| <input type="checkbox"/> Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η |
| <input type="checkbox"/> Χήρος-α     |   |

**Έχετε παιδιά;**  Ναι

Όχι

**Αν ναι, πόσα;**

**Ζείτε:**  Μόνος  Με άλλους

**Ποιο είναι το επάγγελμά σας;**

.....

**Εργάζεστε:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Με πλήρη απασχόληση           | <input type="checkbox"/> Οικιακά        |
| <input type="checkbox"/> Με μερική απασχόληση          | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος   |
| <input type="checkbox"/> Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | <input type="checkbox"/> Εκτός εργασίας |

**Σε ποια περιοχή κατοικείτε;**

.....

**Πόσο καλή είναι η υγεία σας;**

- Πολύ κακή    Κακή    Ούτε κακή, ούτε καλή    Καλή    Πολύ καλή

**Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;**

- Ναι    Όχι

**Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.**

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

<input type="checkbox"/>	Καρδιολογικά προβλήματα .....	<input type="checkbox"/>	Άλλα πνευμονολογικά προβλήματα (πχ άσθμα βρογχίτιδα)
<input type="checkbox"/>	Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια	<input type="checkbox"/>	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
<input type="checkbox"/>	Αιμοποιητικές Παθήσεις (πχ αναιμία)	<input type="checkbox"/>	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
<input type="checkbox"/>	Ρευματολογικές παθήσεις	<input type="checkbox"/>	Υπέρταση
<input type="checkbox"/>	Νευρολογικές παθήσεις	<input type="checkbox"/>	Κακοήθειες
<input type="checkbox"/>	Χρόνια ψυχικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	Διαβήτης
<input type="checkbox"/>	Αυτοάνοσα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο
<input type="checkbox"/>	Ηπατίτιδες		
<input type="checkbox"/>	Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε)		

**Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)**

.....  
.....

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την **Ποιότητα Ζωής** σας στο σύνολό της και την **υγεία** σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή Ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο).

Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5



8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της Καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5

15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσαρεστημένος/ η	Δυσανεστημένος/ η	Ούτε Δυσανεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5

23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας (π.χ., διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή Ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσarre- στημένος/η	Ούτε δυσarreση- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο: Πρόγραμμα Ποιότητας Ζωής - Αιγινήτειο Νοσοκομείο, 210-7289121, [margkok@med.uoa.gr](mailto:margkok@med.uoa.gr)/Copy rights: M. Ginieri-Coccosis et al 2008

### 3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ) ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

Υπό Λ. Λιάκου και C.D. Spielberger  
STAIGr. X1 (STAI – state) (α' υποκλίμακα)

Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε **τώρα**.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή την στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

**Υπό Λ. Λιάκου και C.D. Spielberger STAI Gr. X2 (STAI – trait) (β' υποκλίμακα)**

Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε **γενικά**.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4

#### 4. ΚΛΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE (CES - D)

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ σημειώστε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες μέρες. α. λιγότερο από 1 μέρα την εβδομάδα = «σπάνια, καθόλου», β. 1-2 μέρες = «μερικές φορές», γ. 3-4 μέρες = «αρκετές φορές», δ. 5-7 μέρες = «τον περισσότερο καιρό»

Τις τελευταίες 30 μέρες :

	α	β	γ	δ	ε
	Σπάνια ή καθόλου λιγ. από 1 μέρα	Μερικές φορές για 1-2 μέρες	Αρκετές φορές για 3-4 μέρες	Τον περισσότερο καιρό για 5-7 μέρες	
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	0	2	2	3	
2. Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0	2	2	3	
3. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0	2	2	3	
4. Νιώθετε ότι είσατε εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0	
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνετε	0	2	2	3	
6. Νιώθετε μελαγχολικός	0	2	2	3	
7. Νιώθετε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	2	2	3	
8. Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0	
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0	2	2	3	
10. Νιώθετε φοβισμένος	0	2	2	3	
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο	0	2	2	3	
12. Είσατε ευτυχισμένος	3	2	1	0	
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	2	2	3	
14. Νιώθετε μοναξιά	0	2	2	3	
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικόι μαζί σας	0	2	2	3	
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσατε τη ζωή)	3	2	1	0	
17. Κλαίτε με λυγμούς	0	2	2	3	
18. Νιώθετε λυπημένος	0	2	2	3	
19. Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0	2	2	3	
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	2	2	3	

Μετάφραση-Προσαρμογή-Στάθμιση Μ.Γ. Μαδιανός 1982, **Reference:**

1. MGΜadianos and CNStafanis Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1992); 27:211-219

2. Radloff LS (1977): The CES -D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied: Psychological Measurement* 1:385-4

## 5. IMPACT OF EVENTS SCALE-Revised (IES-R)

Ακολουθεί μια λίστα από δυσκολίες που έχουν οι άνθρωποι μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Παρακαλώ διαβάστε καθεμία ερώτηση και σημειώστε πόσο οδυνηρή υπήρξε για εσάς η κάθε δυσκολία **ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ** όσον αναφορά την απώλεια σας, πόση δυσφορία ή ενόχληση νιώσατε από αυτές;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
Οποιαδήποτε ανάμνηση μου ξαναγεννούσε αισθήματα	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να παραμείνω κοιμισμένος/α	0	1	2	3	4
Άλλα πράγματα με έκαναν να το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
Ένοιωθα εκνευρισμένος/η και θυμωμένος/η	0	1	2	3	4
Όποτε το σκεφτόμουν ή μου το θύμιζαν απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να ταραίζεται	0	1	2	3	4
Το σκεφτόμουν ακόμα και όταν δεν το ήθελα	0	1	2	3	4
Ένοιωθα σαν να μην συνέβη ή δεν ήταν πραγματικότητα	0	1	2	3	4
Απέφευγα ό,τι μου θυμίζε	0	1	2	3	4
Εικόνες σχετικά με αυτό εμφανίζονταν στο μυαλό μου	0	1	2	3	4
Ήμουν ανήσυχος/η και πεταγόμενος εύκολα	0	1	2	3	4
Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
Γνώριζα ότι είχα ακόμη πολλά συναισθήματα γι' αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα	0	1	2	3	4
Ένοιωθα μωδιασμένος/η στη σκέψη του	0	1	2	3	4
Συνειδητοποίησα ότι δρούσα ή ένοιωθα σαν να ήμουν πίσω σε εκείνες τις στιγμές	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να κοιμηθώ	0	1	2	3	4
Είχα διακυμάνσεις έντονων συναισθημάτων σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4



Προσπάθησα να το βγάλω από τη μνήμη μου	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να συγκεντρωθώ	0	1	2	3	4
Πράγματα που μου το θυμίζανε μου προκάλεσαν σωματικές αντιδράσεις, όπως εφίδρωση, δύσπνοια, ναυτία ή ταχυκαρδία	0	1	2	3	4
Είχα όνειρα σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4
Ένοιωθα ότι ήμουν σε επιφυλακή	0	1	2	3	4
Προσπαθούσα να μη το συζητάω	0	1	2	3	4

## 6. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION- Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

### 01. Προσανατολισμός

Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός	Χώρα

### 02. Εγχάραξη

Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο.  Τσεκάρετε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπάλα	Σημεία	Δέντρο
--	-------------------	-------	--------	--------

### 03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών

<b>Αφαίρεση</b>	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε.  Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης	Σωστό
		93	
		86	
		79	
		72	
<b>Απόδοση λέξης</b>	Συλλαβίστε τη λέξη “πέτρα” ανάποδα ( “ΑΡΤΕΡ” )  Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά		

Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)

### 04. Ανάκληση

Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;	Μπάλα	Σημεία	Δέντρο
---	-------	--------	--------

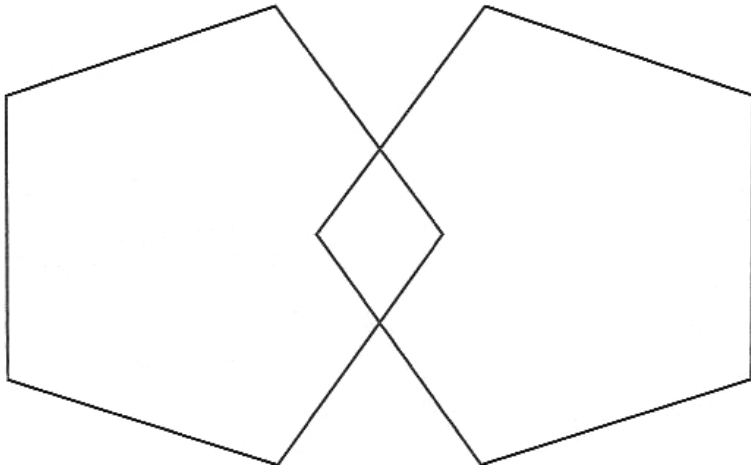
### 05. Γλώσσα

<b>Ονομασία</b>	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε “Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;”	Ρολόι	
		Μολύβι	
<b>Επανάληψη</b>	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: “Όχι αν, και ή αλλά” (Επιτρέπεται μία επανάληψη)		
<b>Εντολές</b>	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. “Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα”. Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξί χέρι	
		Δίπλωμα	
		Στο πάτωμα	
<b>Ανάγνωση</b>	Δείξτε την κάρτα που γράφει “Κλείστε τα μάτια σας” και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.		
<b>Γραφή</b>	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.		

**Αντιγραφή**

Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε “Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο”.

Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.



Συνολική βαθμολόγηση:

## 7.ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

(Μ.Γ. Μαδιανός, Μ. Π. Οικονόμου, 1993, Αναθ. 15/2/2000)

(Απευθύνεται στο συγγενή)

Υπεύθυνος για τη συμπλήρωση: .....

Ημερομηνία: .....

Όνοματεπώνυμο Συγγενούς:.....

Θα ήθελα να μου δώσετε ορισμένες πληροφορίες σχετικά με τυχόν αλλαγές που έχουν επέλθει στην ζωή της οικογένειάς σας τον τελευταίο καιρό και έχουν σχέση ή οφείλονται στην αρρώστια του/της ασθενούς.

### A. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
1. Μετά την αρρώστια ο άρρωστος εργάζεται τώρα ώστε να φέρνει χρήματα στο σπίτι	0	1	2
2. Ο άρρωστος κερδίζει λιγότερα χρήματα αφ' ότου αρρώστησε	2	1	0
3. Κάποιος μέλος της οικογένειας, αναγκάστηκε να σταματήσει την δουλειά του για να φροντίζει τον άρρωστο ή δεν δουλεύει ενώ θα μπορούσε;	2	1	0
4. Κάποιο μέλος της οικογένειας αναγκάστηκε να δουλεύει παραπάνω, για να καλύψει τα έξοδα;	2	1	0
5. Έχει χρειαστεί να δανειστείτε χρήματα για να καλύψετε κάποια παραπάνω έξοδα, εξαιτίας της αρρώστιας;	2	1	0

Βαθμολογία: .....

**B. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ**

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
6. Έχει αλλάξει το καθημερινό πρόγραμμα της οικογένειας, π.χ. η ώρα που τρώτε ή κοιμάστε; Αναγκάζεστε να βγαίνετε λιγότερο έξω από το σπίτι για δουλείες;	2	1	0
7. Δημιουργούνται προβλήματα καθαριότητας στο σπίτι;	2	1	0
8. Ο άρρωστος βοηθά στις δουλείες του σπιτιού;	0	1	2
9. Αφ'ότου ο ασθενής αρρώστησε, κάποιο μέλος της οικογένειας έχει λιγότερο ελεύθερο χρόνο;	2	1	0
10. Έχει περιοριστεί η κοινωνική ζωή της οικογένειας; Έχετε σταματήσει να γιορτάζετε τις γιορτές ή να δέχεστε στο σπίτι;	2	1	0
11. Τώρα βλέπετε πιο σπάνια φίλους ή συγγενείς;	2	1	0
12. Αναγκάστηκε κάποιο μέλος της οικογένειας να διακόψει κάποια ευχάριστη δραστηριότητα π.χ. χόμπι, για να ασχοληθεί με τον άρρωστο;	2	1	0

Βαθμολογία : .....

### Γ. ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
14. Έχουν γίνει σοβαρές ζημιές στο σπίτι από τον άρρωστο;	2	1	0
15. Γίνονται φασαρίες ή καυγάδες στο σπίτι λόγω της αρρώστιας;	2	1	0
16. Έχουν γίνει τελευταία, σοβαρά επεισόδια στο σπίτι που να έχουν σχέση με τον άρρωστο;	2	1	0
17. Έχει κάποιος στην οικογένεια χτυπηθεί ή τραυματιστεί εξαιτίας της συμπεριφοράς του αρρώστου;	2	1	0

Βαθμολογία:.....

### Δ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
18. Τελευταία, εσείς ή οι άλλοι στο σπίτι είστε νευρικοί, νοιώθετε άγχος;	2	1	0
19. Τώρα τελευταία, φοβάστε, ανησυχείτε περισσότερο;	2	1	0
20. Αισθάνεστε περισσότερο κουρασμένος εσείς ή άλλα μέλη της οικογένειας;	2	1	0
21. Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε τα βράδια;	2	1	0
22. Έχετε δυσκολία να κάνετε τις καθημερινές σας ασχολίες;	2	1	0
23. Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια που τελευταία είναι ιδιαίτερα στεναχωρημένος ή μελαγχολικός;	2	1	0

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ: .....

# ***ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ***

**Πίνακας 1** : Τροποποιήσιμοι παράγοντες και μη Τροποποιήσιμοι παράγοντες (Sakusic et al, 2018) Γνωστικής Δυσλειτουργίας

<b>Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες</b>	<b>Τροποποιήσιμοι παράγοντες</b>
Ηλικία	Delirium και διάρκεια
Συννοσηρότητα	Μηχανική Υποστήριξη και διάρκεια
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποξία
Προηγούμενη γνωστική δυσλειτουργία	Δυσγλυκαιμία
ΑΡΟΕ-4 , αλληλόμορφο	Χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων
Σοβαρότητα της ασθένειας	Πίεση αίματος
	Μετάγγιση αίματος



**Πίνακας 2: Εργαλεία για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης, της γνωστικής λειτουργικότητας, της ψυχικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς μετά τη Μ.Ε.Θ.**

<b>Φυσική κατάσταση</b>
Timed Up-and-Go (TUG) [8][9]
Handgrip strength [10]
2-Minute Walk Test (2-MWT) [11]
Short Physical Performance Battery (SPPB) [12]
Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) [13]
Medical Research Council scale for muscle strength MRC [14]
<b>Γνωστική λειτουργικότητα</b>
MiniCog[23]
Animal Naming[24]
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) [25]
Trail Making Test (TMT) A,B [26]
Mini-Mental State Exam (MMSE) [27]
Wechsler Adult Intelligence Test-Revised [28]
Wechsler Memory Scale-Revised[28]
Rey Auditory-Verbal Learning Test [28]
Rey- Osterrieth Complex Figure Test [28]
Oklahoma Premorbid Intelligence Estimation method (OPIE)[28]
Verbal Fluency test[28]
Logical memory, Visual Reproduction, and Adult Video Learning Test (AVLT) [29]
Short Test of Mental Status, Modified Hachinski Scale, Prime MD [29]
Picture Completion, Block Design[29]
Boston Naming Test, Category Fluency [29]
<b>Ψυχική Υγεία</b>
<b>Κατάθλιψη</b>
Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) [30]
Beck Depression Inventory [28]

Beck Anxiety Inventory[28]
Geriatric Depression Rating Scale-Short Form (GDS-SF) [31]
<b>Άγχος</b>
Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD) [32]
State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [33]
<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
Impact of Event Scale – revised (IES-R)[34]
Post-traumatic Stress Disorder Checklist for a Specific event (PCL-S) [28]
Post-Traumatic Stress Disorder Check List – Civilian version (PCL-C) [28]
Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS) [35]
Davidson Trauma Scale (DTS) [35]
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) [35]
Post-Traumatic Stress Syndrome -Question Inventory (PTSS) [35]
<i>Global</i>
Patient Health Questionnaire (PHQ) - various versions [32][36]
Depression Anxiety and Stress Scales instrument (DASS-21) [28]
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[37]
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)[38]

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : . ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>
<b>Ηλικία 1</b>	46 ± 14
<b>Δημογραφικά -κλινικά χαρακτηριστικά</b>	
Φύλο (άνδρες) 2	63 (59%)
<b>Εκπαίδευση 2</b>	
< Λύκειο	20 (19%)
Λύκειο	31 (30%)
> Λύκειο	53 (51%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση 2</b>	
Ανύπαντροι	40 (38%)
Παντρεμένοι	48 (46%)
Σε διάσταση	4 (4%)
Διαζευγμένοι	10 (10%)
Χήροι	2 (2%)
<b>Ζουν με άλλους 2</b>	
Ναι	89 (86%)
Όχι	15 (14%)
<b>Επάγγελμα 2</b>	
Πλήρης απασχόληση	50 (48%)
Μερική Απασχόληση	9 (9%)
Φοιτητές	7 (7%)
Οικιακά	11 (10%)
Συνταξιούχοι 4	9 (9%)
Άνεργοι	18 (17%)

Μ.Ε.Θ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

1. Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση

2. Απόλυτος αριθμός

3. Διάμεσος – Ενδοτεταρτομοριακό εύρος

4. Την ώρα της συνέντευξης

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>
Διαγνωστική Κατηγορία 2 Ιατρικό	37 (36%)
Επείγον Χειρουργείο	23 (22%)
Προγραμματισμένο Χειρουργείο	12 (12%)
Τραύμα	32 (31%)
<b>Συνοσυρρότητες</b> <b>Τουλάχιστον 1 συνοσυρρότητα</b> <b>παρούσα 2</b>	69 (66%)
Καρδιολογικά προβλήματα	26
Αναπνευστικά	12
Νευρολογικά	18
Ογκολογικά και Αιματολογικά	17
Αυτοάνοσα	9
Ψυχιατρικά	12
Διαβήτης	6
Νεφρική Ανεπάρκεια	6
<b>Διάρκεια Παραμονής στη Μ.Ε.Θ. 3</b>	11 (3-66)
<b>Αυτοαξιολογούμενη κατάσταση</b> <b>Υγείας Self-Rated</b> <b>Health Status 2</b>	
Εξαιρετική	27 (26%)
Πολύ καλή	39 (37%)
Καλή	29 (28%)
Κακή	7 (7%)
Πολύκακή	2 (2%)

Μ.Ε.Θ., Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

1. Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση

2. Απόλυτος αριθμός
3. Διάμεσος – Ενδοτεταρτομοριακό εύρος
4. Την ώρα της συνέντευξης

**Πίνακας 5. Αποτελέσματα των δοκιμασιών για άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού stress και γνωστικής λειτουργίας.**

Evaluation Scale	Scores	Percentage
	Median (Interquartile range)	above/below cutoff value
The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)		
S-STAI(n = 104)	50 (45-54)	100 (96%) <sup>a</sup>
T-STAI (n = 81)	43 (39-47)	58 (72%) <sup>a</sup>
The Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D) scale (n = 104)		
The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) (n = 60)	21 (4-40)	20 (33%) <sup>a</sup>
The Mini-Mental State Exam (MMSE) (n = 104)	28 (26-29)	12 (11%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Value higher than the accepted normal cutoff; <sup>b</sup> Value lower than the accepted normal cutoff; n, number of patients who completed the relevant questionnaire.

# ***ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ***



## A. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια Α', κεφ 4. Μετάφραση μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, εκδόσεις Κάκτος.
2. Ευανθία Ασημακοπούλου, Μιχάλης Μαδιανός, Επιπολασμός Μείζονος Κατάθλιψης και Διαταραχής Μετατραυματικού stress σε Ασθενείς Μ.Ε.Θ., Νοσηλευτική 2012,51(3): 278.
3. Βαλάσση - Αδάμ Ε. , Κλινική Εκτίμησις ποιότητας ζωής, 2001; 18(3): 216-217.
4. Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ΟΗΕ (1948).
5. Νάκου, 2001.
6. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα Ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.
7. Πόππη, Ε. (2010). Δοκιμασίες σάρωσης. Σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης MiniMentalStateExamination.
8. Τσολάκη Μ. & Κουντή, Φ. (2010). Δοκιμασίες και Κριτήρια για την εκτίμηση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών (51-56) Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη.
9. Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Εκδόσεις Παπαζήσης, 2001.
10. Σιδηράς, Β. Γεροβασίλη, Ε. Πατσάκη, Β. Καραβίτη, Χ. Ρούτση, Σ. Νανάς, Σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):454-463).
11. Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., et al., Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100. 2003, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
12. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής. Μ.Ε.Θ.οδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):218-229.
13. Φουντουλάκης, Κ., Τσολάκη, Μ., Χαντζή, Ε., & Κάζης, Α. (1994). MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE). Εφαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό σε ασθενείς με άνοια. Εγκέφαλος, 31, 93-102.

## B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adhikari NK, McAndrews MP, Tansey CM, et al. Self-reported symptoms of depression and memory dysfunction in survivors of ARDS. Chest 2009; 135:678.
2. Altman MT, Knauert MP, Pisani MA. Sleep Disturbance after Hospitalization and Critical Illness: A Systematic Review. Ann Am Thorac Soc 2017; 14:1457.

3. Ambrosino N, Bruletti G, Scala V, et al. Cognitive and perceived health status in patient with chronic obstructive pulmonary disease surviving acute on chronic respiratory failure: a controlled study. *Intensive Care Med* 2002; 28:170–7.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.<https://www.Psychiatry.org/psychiatrists/practice/DSM.>
5. Anesi, G.L.; Jablonski, J.; Harhay, M.O.; Atkins, J.H.; Bajaj, J.; Baston, C.; Brennan, P.J.; Candeloro, C.L.; Catalano, L.M.; Cereda, M.F.; et al. Characteristics, Outcomes, and Trends of Patients with Covid-19-Related Critical Illness at a Learning Health System in the United States. *Annals of Internal Medicine* 2021, 174, doi: 10.7326/M20-5327.
6. Angus D, Musthafa AA, Clermonte G, et al. Quality-adjusted survival in the first year after the acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1389–94.
7. McAdam, J.L.; Dracup, K.A.; White, D.B.; Fontaine, D.K.; Puntillo, K.A. Symptom Experiences of Family Members of Intensive Care Unit Patients at High Risk for Dying. *Critical Care Medicine* 2010, 38, doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94.
8. Anderson, W.G.; Arnold, R.M.; Angus, D.C.; Bryce, C.L. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine* 2008, 23, doi:10.1007/s11606-008-0770-2.
9. Andrews F, Whitney SB (1974), *Social Indicators of well - being: American Perceptions of Life Quality*. Plenum Press, New York,
10. Appleton RT, Kinsella J, Quasim T. The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes: a systematic review. *J. Intensive Care Soc.* 2015; 16: 126–36.
11. Arlen, A.M., Kirsch, S.S., Seidel, N.E., Garcia – Roig, M., Smith, E.A., Kirsch, A.J. (2016). Health – related quality of life in children with prune – belly syndrome and their caregivers. *Urology*, 87, 224-227.
12. Azoulay, E.; Pochard, F.; Kentish-Barnes, N.; Chevret, S.; Aboab, J.; Adrie, C.; Annane, D.; Bleichner, G.; Bollaert, P.E.; Darmon, M.; et al. Risk of Post-Traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005, 171, doi:10.1164/rccm.200409-1295OC.
13. Australian Centre on Quality of life. Instruments (Internet) [update 2008].
14. Bangash, M.N.; Owen, A.; Alderman, J.E.; Chotalia, M.; Patel, J.M.; Parekh, D. COVID-19 Recovery: Potential Treatments for Post-Intensive Care Syndrome. *The Lancet Respiratory Medicine* 2020, 8.
15. Berlińska, A.; Świątkowska-Stodulska, R.; Sworczak, K. Old Problem, New Concerns: Hypercortisolemia in the Time of COVID-19. *Frontiers in Endocrinology* 2021, 12.
16. Bienvenu OJ, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, et al. Co-occurrence of and remission from general anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder symptoms after acute lung injury. *Crit Care Med* 2015; 43:642–53.

17. BIENVENU OJ, GELLAR J, ALTHOUSE BM, COLANTUONI E, SRICHARO- ENCHAI T, MENDEZ-TELLEZ PA ET AL. Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: A 2-year prospective longitudinal study. *Psychol Med* 2013, 43:2657–267125.
18. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Validation of the United States Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)Instrument. *J.Clin Epidem* 2000; 53:19-23)
19. Bowling (1997)
20. Breslow, 1972
21. Breslau N, Davis GC, Andreski P Peterson E, Traumatic Events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults lifetime prevalence of exposure to traumatic events. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:216-22
22. Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: Intensive care follow-up – what has it told us? *Crit Care* 2002, 6:411–417.
23. C. W. Bryan-Brown, "The evolution of critical care: an international exchange," in *Critical Care: State of the Art*, W. C. Shoemaker and R. W. Taylor, Eds., ed: Society of Critical Care Medicine, 1991.
24. Burckhard&Anderson, 2003
25. Cadd, M.; Nunn, M. An A-E Assessment of Post-ICU COVID-19 Recovery. *Journal of Intensive Care* 2021, 9.
26. A.Calsavara, P.Costa, V. Nobre & .A. Teixeira στο «Factors associated with short and Long term cognitive changes in Patients with sepsis» *Scientific Reports* (2018)8:4509/ DO: 10.1038/ s41598-018-22754-3.
27. Cameron, J.I.; Chu, L.M.; Matte, A.; Tomlinson, G.; Chan, L.; Thomas, C.; Friedrich, J.O.; Mehta, S.; Lamontagne, F.; Levasseur, M.; et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. *New England Journal of Medicine*2016, 374, doi:10.1056/nejmoa1511160.19–24
28. Campell A. Converse PE, Rogers WL (1976), *The Quality of American Life : Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russell Sage Foundation, New York
29. Chelluri, L., K. A. Im, S. H. Belle, R. Schulz, A. J. Rotondi, M. P. Donahoe, C. A. Sirio, A. B. Mendelsohn, and M. R. Pinsky. "Long-Term Mortality and Quality of Life after Prolonged Mechanical Ventilation." *Crit Care Med* 32, no. 1 (2004): 61-9.
30. Cheung AM, Tansey CM, Tomlinson G, et al. Two-year outcomes, health care use, and costs of survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174(5):538–44.
31. Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, et al. The Practical study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomized controlled trial. *BMJ*. 2009; 339:1016. [https://doi.org/ 10.1136/bmj.b3723](https://doi.org/10.1136/bmj.b3723).
32. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med*. 2004 Mar; 30(3):450-5. Doi: 10.1007/s00134-003-2004-8. Epub 2003 Sep 5. PMID: 12961065.

33. Daste, C.; Ficarra, S.; Dumitrache, A.; Cariou, A.; Lefèbvre, A.; Pène, F.; Roche, N.; Roren, A.; They, C.; Vidal, J.; et al. Post-Intensive Care Syndrome in Patients Surviving COVID-19. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2021, 64, doi:10.1016/j.rehab.2021.101549.
34. Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Smith JM, Hopkins RO. Implementation of the pain, agitation, and delirium clinical practice guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Crit. Care Med.* 2013; 41: S136–45.
35. Davidson, J.E.; Powers, K.; Hedayat, K.M.; Tieszen, M.; Kon, A.A.; Shepard, E.; Spuhler, V.; Todres, I.D.; Levy, M.; Barr, J.; et al. Clinical Practice Guidelines for Support of the Family in the Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine* 2007, 35, doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.E
36. Davies AR, Ware Jr. *Measuring Health Perceptions in Health Insurance Experiment*, R-2711-HHS. Santa Monica, The Rand Corporation, 1981.
37. Davydow DS, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Psychosom Med* 2008; 70:512-519
38. Davydow DS, Hough CL, Langa KM, Iwashyna TJ. Symptoms of depression in survivors of severe sepsis: a prospective cohort study of older Americans. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21:887?
39. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, et al. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:421.
40. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, et al. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Int Care Med* 2009; 35: 796–809.
41. De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA* 2002; 288:2859.
42. Denke C, Balzer F, Menk M, et al.: Long-term sequelae of acute respiratory distress syndrome caused by severe community-acquired pneumonia: Delirium-associated cognitive impairment and post- traumatic stress disorder. *J Int Med Research* 2018; 46: 2265–83.
43. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 2011; 39:371–9.
44. Dragsted, L., Qvist, J., & Madsen, M. Outcome from intensive care. IV: A 5-year study of 1308 patients: long-term outcome. *European journal of anaesthesiology*, 1990; 7(1), 51-62.)
45. Dowdy, D. W., M. P. Eid, A. Sedrakyan, P. A. Mendez-Tellez, P. J. Pronovost, M. S. Herridge, and D. M. Needham. "Quality of Life in Adult Survivors of Critical Illness: A Systematic Review of the Literature." *Intensive Care Med* 31, no. 5 (2005): 611-20.
46. Dowdy DW, Dinglas D, Mendez-Tellez P, et al. Intensive care unit hypoglycemia predicts depression during early recovery from acute lung injury. *Crit Care Med* 2009; 36:2726–33.

47. Eddleston JM, White P, Guthrie E: Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000, 28:2293-2299
48. Ehlenbach WJ., The sobering reality of outcomes when older adults require prolonged mechanical ventilation. *J Am Geriatr Soc* 2014, 62:183–185.
49. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med* 2014; 42:849.
50. Farhan H, Moreno-Duarte I, Latronico N, Zafonte R, Eiker-mann M. Acquired muscle weakness in the surgical intensive care unit: nosology, epidemiology, diagnosis, and prevention. *Anesthesiology* 2016; 124: 207–34.
51. Floris, L.; Madeddu, A.; Deiana, V.; Pasero, D.; Terragni, P. The Use of the ICU Diary during the COVID-19 Pandemic as a Tool to Enhance Critically Ill Patient Recovery. *Minerva Anestesiologica* 2021, 87.
52. Folstein, M. F., S. E. Folstein, and P. R. McHugh. ""Mini-Mental State". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician." *J Psychiatr Res* 12, no. 3 (1975): 189-98.
53. Fontela, P. C., FanbAbdala, S. G. I. Forgiarini, andL. A. Forgiarini, Jr. "Quality of Life in Survivors after a Period of Hospitalization in the Intensive Care Unit: A Systematic Review." *Rev Bras Ter Intensiva* 30, no. 4 (2018): 496-507.
54. Fountoulakis, K. N., M. Papadopoulou, S. Kleanthous, A. Papadopoulou, V. Bizeli, I. Nimatoudis, A. Iacovides, and G. S. Kaprinis. "Reliability and Psychometric Properties of the Greek Translation of the State-Trait Anxiety Inventory Form Y: Preliminary Data." *Ann Gen Psychiatry* 5 (2006): 2.
55. Fountoulakis, K., A. Iacovides, S. Kleanthous, S. Samolis, S. G. Kaprinis, K. Sitzoglou, G. St Kaprinis, and P. Bech. "Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (Ces-D) Scale." *BMC Psychiatry* 1 (2001): 3.
56. Fountoulakis, Konstantinos N., Magda Tsolaki, Helen Chantzi, and Aristides Kazis. "Mini Mental State Examination (Mmse): A Validation Study in Greece." *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 15, no. 6 (2000): 342-45. από  
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/153331750001500604>.
57. Frank M, Bernard C, Felix L, et al. Using Health Utility Index (HUI) for Measuring the Impact on Health-Related Quality of Life (HRQL) Among Individuals with Chronic Diseases. *The Scientific World J* 2004; 4:746-757.
58. Frontini, R.; Rebelo-Gonçalves, R.; Amaro, N.; Salvador, R.; Matos, R.; Morouço, P.; Antunes, R. The Relationship Between Anxiety Levels, Sleep, and Physical Activity During COVID-19 Lockdown: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychology* 2021, 12, doi:10.3389/ fpsyg.2021. 659599/].
59. Fuke R, Hifumi T, Kondo Y et al. Early rehabilitation to prevent post intensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8: e019998.

60. Fujinami Y, Inoue S, Ono Y, Miyazaki Y, Fujioka K, Yamashita K, Kotani J. Sepsis Induces Physical and Mental Impairments in a Mouse Model of Post-Intensive Care Syndrome. *J Clin Med*. 2021 Apr 9; 10(8):1593. Doi: 10.3390/jcm10081593. PMID: 33918862; PMCID: PMC8068824.
61. Fuke, R.; Hifumi, T.; Kondo, Y.; Hatakeyama, J.; Takei, T.; Yamakawa, K.; Inoue, S.; Nishida, O. Early Rehabilitation to Prevent Postintensive Care Syndrome in Patients with Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open* 2018, 8.
62. Garrouste-Orgeas, M., C. Flahault, I. Vinatier, J. P. Rigaud, N. Thieulot-Rolin, E. Mercier, A. Rouget, H. Grand, O. Lesieur, F. Tamion, R. Hamidfar, A. Renault, E. Parmentier-Decrucq, Y. Monseau, L. Argaud, C. Bretonniere, A. Lautrette, J. Badie, E. Boulet, B. Floccard, X. Forceville, E. Kipnis, L. Soufir, S. Valade, N. Bige, A. Gaffinel, O. Hamzaoui, G. Simon, M. Thirion, L. Bouadma, A. Large, J. P. Mira, N. Amdjar-Badidi, M. Jourdain, P. H. Jost, V. Maxime, F. Santoli, S. Ruckly, C. Vioulac, M. A. Leborgne, L. Bellalou, L. Fasse, B. Misset, S. Bailly, and J. F. Timsit. "Effect of an Icu Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019, 322, 229–239.
63. Gaudry, E., P. Vagg, and C. D. Spielberger. "Validation of the State-Trait Distinction in Anxiety Research." *Multivariate Behav Res* 10, no. 3 (1975): 331-41.
64. Ginieri-Coccosis M, Antonopoulou V, Triantafyllou E, Christodoulou GN: Translation and Cross-Cultural Adaptation of WHOQOL-100 in Greece: Part I. & II. *Psychiatry Today* 2001, 32: 5-16 & 27-40.
65. Ginieri-Coccosis M, Liappas IA, Tzavellas E, Triantafyllou E, Soldatos C: Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *International Journal of Experimental and Clinical Pathophysiology & Drug Research* 2007, 21 (1): 99-106.
66. Ginieri-Coccosis M, Triantafyllou E, Tomaras V, Liappas IA, Christodoulou GN, Papadimitriou GN: Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry* 2009, 8: 23 doi:10.1186/1744-859X-8-23
67. Ginieri-Coccosis M, Triantafyllou E, Antonopoulou V, Tomaras V, Christodoulou GN : WHOQOL Manual for Facets and Domains. Athens, Beta Medical Publ. 2003, 2009 (in Greek).
68. Ginieri-Coccosis M, Triantafyllou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki* 2012 Apr-Jun; 23(2):130-42.
69. Ginieri-Coccosis M, Rotsika V, Skevington S, Papaevangelou S, Malliori, M, Tomaras V, & Kokkevi A. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child

- and parent reports. *Childhood Care Health Development*, 2012, doi:10.1111/j.13652214.2012.01369.x. [Epub ahead of print].
70. Globe DR, Levin S, Chang TS, et al. Validity of the SF-12 quality of life instrument in patients with retinal diseases. *Ophthalmology* 2002; 109:1793-1798.
  71. Gill & Feinstein, 1994
  72. Globe DR, Levin S, Chang TS, et al. Validity of the SF-12 quality of life instrument in patients with retinal diseases. *Ophthalmology* 2002; 109:1793-1798.
  73. Gill & Feinstein, 1994.
  74. Gries, C.J.; Engelberg, R.A.; Kross, E.K.; Zatzick, D.; Nielsen, E.L.; Downey, L.; Curtis, J.R. Predictors of Symptoms of Posttraumatic Stress and Depression in Family Members after Patient Death in the ICU. *Chest* 2010, 137, doi:10.1378/chest.09-1291.
  75. Griffiths J, Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J. A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. *Intensive Care Med* 2006; 32:445–451.
  76. Griffiths J, Waldmann C, Quinlan J. Sexual dysfunction in intensive care survivors. *Br J Hosp Med (Lond)* 2007; 68:470–473.
  77. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care* 2013; 17:R100.
  78. Griffith, D. M., L. G. Salisbury, R. J. Lee, N. Lone, J. L. Merriweather, T. S. Walsh, and Recover Investigators. "Determinants of Health-Related Quality of Life after Icu: Importance of Patient Demographics, Previous Comorbidity, and Severity of Illness." *Crit Care Med* 46, no. 4 (2018): 594-601.
  79. Goldstein et al 1986
  80. Haines, K.J.; McPeake, J.; Hibbert, E.; Boehm, L.M.; Aparanji, K.; Bakhru, R.N.; Bastin, A.J.; Beesley, S.J.; Beveridge, L.; Butcher, B.W.; et al. Enablers and Barriers to Implementing ICU Follow-up Clinics and Peer Support Groups Following Critical Illness: The Thrive Collaboratives. *Critical Care Medicine* 2019, 47, doi:10.1097/CCM.0000000000003818.
  81. N. A. Halpern and S. M. Pastores, "Critical care medicine in the United States 2000-2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs, «*Crit Care Med*, vol.38, pp.65-71, Jan 2010.
  82. Hamilton, M.; Tomlinson, G.; Chu, L.; Robles, P.; Matte, A.; Burns, S.; Thomas, C.; Lamontagne, F.; Adhikari, N.K.J.; Ferguson, N.; et al. Determinants of Depressive Symptoms at 1 Year Following ICU Discharge in Survivors of ≥ 7 Days of Mechanical Ventilation: Results From the RECOVER Program, a Secondary Analysis of a Prospective Multicenter Cohort Study. *Chest* 2019, 156, doi:10.1016/j.chest.2019.04.104.
  83. Hamilton, M., G. Tomlinson, L. Chu, P. Robles, A. Matte, S. Burns, C. Thomas, F. Lamontagne, N. K. J. Adhikari, N. Ferguson, J. O. Friedrich, J. C. Rudkowski, Y. Skrobik, H. Meggison, J. Cameron, M. Herridge, Recover Program Investigators, and Group

- Canadian Critical Care Trials. "Determinants of Depressive Symptoms at 1 Year Following ICU Discharge in Survivors of  $\geq 7$  Days of Mechanical Ventilation: Results from the Recover Program, a Secondary Analysis of a Prospective Multicenter Cohort Study." *Chest* 156, no. 3 (2019): 466-76.
84. Hashem, M. D., A. Nallagangula, S. Nalamalapu, K. Nunna, U. Nausran, K. A. Robinson, V. D. Dinglas, D. M. Needham, and M. N. Eakin. "Patient Outcomes after Critical Illness: A Systematic Review of Qualitative Studies Following Hospital Dis-charge." *Crit Care* 20, no. 1 (2016): 345.
  85. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison D, Watkinson P, Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK wide prospective cohort study, *Critical Care*, 2018; 22:310.
  86. Haywood KL, Garratt AM, Dziedzic K, et al. Generic measures of health-related quality of life in ankylosing spondylitisQ reliability, validity and responsiveness. *Reumatology* 2002; 41:1380-1387.,
  87. Herridge MS. Long-term outcomes after critical illness: Past, present, future. *Curr Opin Crit Care* 2007, 13:473–475.
  88. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, et al. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348:683.
  89. Herridge MS, Tansey CM, Matte A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011; 364:1293–1304.
  90. Herridge MS. Long-term outcomes after critical illness: Past, present, future. *Curr Opin Crit Care* 2007, 13:473–475.
  91. Heyland DK, Schroter-Noppe D, Drover JW, et al. Nutrition support in the critical care setting: current practice in Canadian ICUs--opportunities for improvement? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2003; 27:74.
  92. Heyland ,D.K., Garland, A., Bagshaw, S.M., Cook, D., Rockwood, K., Stelfox, H.T., Dodek, P., Fowler, R.A., Turgeon, A.F., Burns, K., Muscedere, J., Kutsogiannis, J., Albert, M., Mehta, S., Jiang, X., and A. Day. "Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study." *Intensive Care Med*. 41, no 11 (2015): 1911-20.
  93. Hopkins RO, Jackson JC, Wallace C. Neurocognitive impairments in ICU patients with prolonged mechanical ventilation *J Int Neuropsychol Soc* 2005; 11:A60.
  94. Hopkins RO Weaver LK, Pope D, et al. In Neuropsychological sequelae and impaired health status in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160(1):50–6.
  95. Hopkins RO, Key CW, Suchyta MR, Weaver LK, Orme JF Jr. Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32:147–55. [PubMed: 20302988].
  96. Hopkins, R. O., L. K. Weaver, D. Collingridge, R. B. Parkinson, K. J. Chan, and J. F. Orme, Jr. "Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome." *Am J Respir Crit Care Med* 171, no. 4 (2005): 340-7?



97. Horowitz, M., N. Wilner, and W. Alvarez. "Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress." *Psychosom Med* 41, no. 3 (1979): 209-18.
98. Ilias, I.; Mantziou, V.; Vamvakas, E.; Kampisiouli, E.; Theodorakopoulou, M.; Vrettou, C.; Douka, E.; Vassiliou, A.G.; Orfanos, S.; Kotanidou, A.; et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Burnout in Healthcare Professionals During the SARS-CoV-2 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Critical Care Medicine* 2021, 7, doi: 10.2478/jccm-2020-0042.
99. B.Ibsen, "The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952," *Proc R Soc Med*, vol.47, pp. 72-4, Jan 1954.
100. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, et al. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA* 2010;304:1787–94
101. Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med* 2014; 5:369.
102. Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, et al. Depression, posttraumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med* 2015; 2: 369–379.
103. Jackson JC, Gordon SM, Ely EW, et al., Research issues in the evaluation of cognitive impairment in intensive care unit survivors. *Intensive Care Med* 2004; 30(11):2009–16.
104. James C. Jackson, PsyD, Nathaniel Mitchell, PhD, Ramona O. Hopkins, PhD, Cognitive Functioning, Mental Health, and Quality of Life in ICU Survivors: An Overview, *Anesthesiology Clin* 2011; 29:751–64.
105. James C. Jackson, Nathaniel Mitchell, Ramona O. Hopkins, Cognitive Functioning, Mental Health, and Quality of Life in ICU Survivors: An Overview, (*Anesthesiology Clin* 2011; 29:751–64.
106. Javidi H, Yadollahie M., Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med*. 2012; 3:2–9.
107. Johnson J, Pickard A. Alberta-based SF-12 summary scores. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):137-146.,
108. Johnson JA, Coons SJ. Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Qual Life Res* 1998; 7:155-166.
109. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM (2001) Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 29:573–580.
110. Jones, C.; Skirrow, P.; Griffiths, R.D.; Humphris, G.; Ingleby, S.; Eddleston, J.; Waldmann, C.; Gager, M. Post-Traumatic Stress Disorder-Related Symptoms in Relatives of Patients Following Intensive Care. *Intensive Care Medicine* 2004, 30, doi:10.1007/s00134-003-2149-5.

111. Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Krauseneck T, et al. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Psychiatry* 2004; 161(1):45–52.
112. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1982; 1:61-80.
113. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:3–11.
114. Kemp, H.I.; Corner, E. Colvin, L.A. Chronic Pain after COVID-19: Implications for Rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia* 2020, 125.
115. Kessler R.C., Berglund P., Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Rep- location. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:593–60226.
116. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:617–27. [PubMed: 15939839].
117. Kotfis, K.; Williams Roberson, S.; Wilson, J.E.; Dabrowski, W.; Pun, B.T.; Ely, E.W. COVID-19: ICU Delirium Management during SARS-CoV-2 Pandemic. *Critical Care* 2020, 24.
118. Kotfis, K.; Roberson, S.W.; Wilson, J.E.; Pun, B.T.; Wesley Ely, E.; Jeżowska, I.; Jeziarska, M.; Dabrowski, W. COVID-19: What Do We Need to Know about ICU Delirium during the SARS-CoV-2 Pandemic? *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2020, 52, doi:10.5114/AIT.2020.95164.
119. Kontodimopoulos N, Pappa E, Nikas D, et al. Validity of SF12 scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:55.
120. Kowalczyk M, Nestorowicz A, Fijalkowska A, et al. Emotional sequelae among survivors of critical illness: a long-term retrospective study. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30: 111–118.
121. Kress JP, Hall JB. ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N. Engl. J. Med.* 2014; 370: 1626–35.
122. Lehman F. Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds). *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80.
123. The Lancet Facing up to Long COVID. *The Lancet* 2020, 396.(10266):1861. doi:10.1016/S0140-6736(20)32662-3.
124. Li, Y.; Scherer, N.; Felix, L.; Kuper, H. Prevalence of Depression, Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder in Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2021, 16, doi:10.1371/journal.pone.0246454.
125. Liu L., Li T.M., Liu X.R., Bai Y.P., Li J., Tang N., Wang X.B. MicroRNA-140 inhibits skeletal muscle glycolysis and atrophy in endotoxin-induced sepsis in mice via the WNT

- signaling pathway. *Am. J. Physiol. Cell Physiol.* 2019; 317:C189–C199. Doi: 10.1152/ajpcell.00419.2018.
126. Lutchmansingh, D.D.; Knauert, M.P.; Antin-Ozerkis, D.E.; ... A Clinic Blueprint for Post-COVID-19 RECOVERY: Learning from the Past, Looking to the Future. *Chest*2020.
  127. McCallS. Quality of life. *Social Indications Research* 1975, 2: 229-248).
  128. McHorney, C.A., J.E. Ware, Jr., and A.E. Raczek, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 1993. 31(3): p. 247-63.,
  129. Madianos, M.; Economou, M.; Dafni, O.; Koukia, E.; Palli, A.; Rogakou, E. Family Disruption, Economic Hardship and Psychological Distress in Schizophrenia: Can They Be Measured? *European Psychiatry*2004, 19, doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.028.
  130. Maley JH, Brewster I, Mayoral I, et al. Resilience in survivors of critical illness in the context of the survivors' experience and self-reported neuropsychological and physical function. *Ann Amer Thorac Soc* 2016.
  131. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, et al. Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med* 2018; 46:1393.
  132. Martillo, M.A.; Dangayach, N.S.; Tabacof, L.; Spielman, L.A.; Dams-O'Connor, K.; Chan, C.C.; Kohli-Seth, R.; Cortes, M.; Escalon, M.X. Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study from a New York City Critical Care Recovery Clinic\*. *Critical Care Medicine*2021, doi:10.1097/CCM.0000000000005014.
  133. Michaels AJ, Michaels CE, Moon CH, et al. Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. *J Trauma* 1999; 47:460-466; discussion 466–467.
  134. Mikkelsen ME, Christie JD, Lancken PN, et al. The adult respiratory distress syndrome cognitive outcomes study: long-term neuropsychological function in survivors of acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185:1307.
  135. Milton, A.; Schandl, A.; Larsson, I.M.; Wallin, E.; Savilampi, J.; Meijers, K.; Joelsson-Alm, E.; Bottai, M.; Sackey, P. Caregiver Burden and Emotional Wellbeing in Informal Caregivers to ICU Survivors—A Prospective Cohort Study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*2022, 66, doi:10.1111/aas.13988.
  136. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION. Σύνοψη Εξέτασης Νοητικής Κατάστασης. Ανακτήθηκε από <http://web-psychiatry.gr/301/klimakes/mini-mental-stateexamination/> (9/10/2016) Mini-Mental State Examination. Ανακτήθηκε από [https://en.wikipedia.org/wiki/Mini%E2%80%93Mental\\_State\\_Examination](https://en.wikipedia.org/wiki/Mini%E2%80%93Mental_State_Examination)(24/4/2017).
  137. McKinley, S., Fien, M., Elliott, R., and D. Elliott. "Sleep and psychological health during early recovery from critical illness: an observational study." *J Psychosom Res.* 75, no. 6 (2013): 539-45.

138. Morrow GR, Chiarellor J., Derocratis L.R., A new scale for assessing patients psychological adjustment to medical illness *Psychol.Med* 1978, 8 : 605-610).
139. Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care*. 2010; 14:R14. [PubMed: 20144193]
140. Mystakidou, K., E. Tsilika, E. Parpa, A. Galanos, and L. Vlahos. "Psychometric Properties of the Impact of Event Scale in Greek Cancer Patients." *J Pain Symptom Manage* 33, no. 4 (2007): 454-61.
141. Mundt et al (1989)
142. Nakamura K, Kawasaki A, Suzuki N, Hosoi S, Fujita T, Hachisu S, Nakano H, Naraba H, Mochizuki M, Takahashi Y. Grip Strength Correlates with Mental Health and Quality of Life after Critical Care: A Retrospective Study in a Post-Intensive Care Syndrome Clinic. *J Clin Med*. 2021 Jul 8;10(14):3044. doi: 10.3390/jcm10143044. PMID: 34300209; PMCID: PMC8304889.
143. Needham DM, Wozniak AW, Hough CL, et al. Risk factors for physical impairment after acute lung injury in a national, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 189:1214.]
144. Needham DM, Davidson J, and Cohen H, HOPKINS RO, WEINERT C, WUN- SCH H et al "Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40: 502-509.
145. Needham DM, Dinglas VD, Morris PE, et al. Physical and cognitive performance of patients with acute lung injury 1 year after initial trophic versus full enteral feeding. EDEN trial follow-up. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188:567.
146. Nickel M, Leiberich P, Nickel C, Tritt K, Mitterlehner F, Rother W, Loew T. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *J Intensive Care Med*. 2004 Sep-Oct; 19(5):285-90. Doi: 10.1177/0885066604267684. PMID: 15358947.
147. Nightingale, Florence," in *Dictionary of National Biography*, 1912 supplement 3, S. Lee, Ed., ed.London: Smith, Elder&Co, 1912.
148. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 43:23–9.
149. Niskanen, M., Kari, A., & Halonen, P., Five-year survival after intensive care comparison of 12,180 patients with the general population. *Critical care medicine*, 1996; 24(12), 1962-1967)
150. Nottingham Health Profile –NHP
151. Ono Y., Maejima Y., Saito M., Sakamoto K., Horita S., Shimomura K., Inoue S., Kotani J. TAK-242, a specific inhibitor of Toll-like receptor 4 signalling, prevents endotoxemia-induced skeletal muscle wasting in mice. *Sci. Rep*. 2020; 10:694. Doi: 10.1038/s41598-020-57714-3.

152. Orme J Jr, Romney JS, Hopkins RO, et al. Pulmonary function and health-related quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:690.
153. Orwelius, L., A. Nordlund, U. Edell-Gustafsson, E. Simonsson, P. Nordlund, M. Kristenson, P. Bendtsen, and F. Sjöberg. "Role of Preexisting Disease in Patients' Perceptions of Health-Related Quality of Life after Intensive Care." *Crit Care Med* 33, no. 7 (2005): 1557-64.
154. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013; 369:1306.
155. P.P. Pandharipande, T.D. Girard, J.C. Jackson, A. Morandi, J.L. Thompson, B.T. Pun, N.E. Brummel, C.G. Hughes, E.E. Vasilevskis, A.K. Shintani, K.G. Moons, S.K. Geevarghese, A. Canonico, R.O. Hopkins, G.R. Bernard, R.S. Dittus, E.W. Ely, and the BRAIN-ICU Study Investigators\* Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness, *N Engl J Med*. 2013 October 3; 369(14): 1306–1316. Doi: 10.1056/NEJMoa1301372.
156. Patel MB, Jackson JC, Morandi A, et al. Incidence and Risk Factors for Intensive Care Unit-related Post-traumatic Stress Disorder in Veterans and Civilians. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 193:1373.
157. Peach, B.C.; Valenti, M.; Sole, M. Iou A Call for the World Health Organization to Create International Classification of Disease Diagnostic Codes for Post-Intensive Care Syndrome in the Age of COVID-19. *World Medical and Health Policy* 2021, 13.
158. Pettilä, V., Kaarlola, A., and A. Mäkeläinen. "Health-related quality of life of multiple organ dysfunction patients one year after intensive care." *Intensive Care Med* 26, no. 10 (2000): 1473–1479.
159. Petrinec, A.B.; Hughes, J.W.; Zullo, M.D.; Wilk, C.; George, R.L. Smartphone Delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Postintensive Care Syndrome-Family: Protocol for a Pilot Study. *JMIR Research Protocols* 2021, 10, doi:10.2196/30813.
160. Power, M., Harper, A., Bullinger, M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology* 1999, 18, 495-505.
161. Petrinec, A.B.; Hughes, J.W.; Zullo, M.D.; Wilk, C.; George, R.L. Smartphone Delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Postintensive Care Syndrome-Family: Protocol for a Pilot Study. *JMIR Research Protocols* 2021, 10, doi:10.2196/30813.
162. Pun, B.T.; Balas, M.C.; Barnes-Daly, M.A.; Thompson, J.L.; Aldrich, J.M.; Barr, J.; Byrum, D.; Carson, S.S.; Devlin, J.W.; Engel, H.J.; et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Critical Care Medicine* 2019, 47, doi:10.1097/CCM.0000000000003482.
163. Rachel Wergin και Ariel Modrykamien, Cognitive Impairment in ICU survivors Assessment and therapy (*Cleveland Clinic Journal of medicine*, Volume 79, Number 10, October 2012, 705-711).
164. Rattray JE, Johnston M and Wildsmith JA. Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia* 2005; 60: 1085–1092.

165. Rawal, G.; Yadav, S.; Kumar, R. Post-Intensive Care Syndrome: An Overview. *Journal of Translational Internal Medicine* 2017, 5, doi: 10.1515/jtim-2016-0016.
166. Dr. Rawal Gautam; Dr. Sankalp Yadav; Dr. Raj Kumar Post-Traumatic Stress Disorder: A Review from Clinical Perspective. *International Journal of Indian Psychology* 2016, 3, doi:10.25215/0302.170.
167. Ridley, S., Biggam, M., & Stone, P., A cost-utility analysis of intensive therapy: II: Quality of life in survivors. *Anaesthesia*, 1994; 49(3), 192-196.
168. Righy, C., R. G. Rosa, R. T. A. da Silva, R. Kochhann, C. B. Migliavaca, C. C. Robinson, S. P. Teche, C. Teixeira, F. A. Bozza, and M. Falavigna. "Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Adult Critical Care Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Crit Care* 23, no. 1 (2019): 213.
169. Roberts, R. E. "Reliability of the Ces-D Scale in Different Ethnic Contexts." *Psychiatry Res* 2, no. 2 (1980): 125-34.
170. Rothenhausler HB, Ehrentraut S, Stoll C, et al, The relationship between cognitive performance and employment and health status in long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome: results of an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(2):90–6.
171. Rose, L.; Yu, L.; Casey, J.; Cook, A.; Metaxa, V.; Pattison, N.; Rafferty, A.M.; Ramsay, P.; Saha, S.; Xyrichis, A.; et al. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society* 2021, 18, doi:10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC.
172. Rousseau, A.F.; Minguet, P.; Colson, C.; Kellens, I.; Chaabane, S.; Delanaye, P.; Cavalier, E.; Chase, J.G.; Lambermont, B.; Misset, B. Post-Intensive Care Syndrome after a Critical COVID-19: Cohort Study from a Belgian Follow-up Clinic. *Annals of Intensive Care* 2021, 11, doi: 10.1186/s13613-021-00910-9.
173. Rotsika V, Ginieri-Coccosis M, Vlassopoulos M, Papaeleftheriou E, Sakellariou K, Anagnostopoulos DC, Kokkevi A, Skevington S. Does the subjective quality of life of children with specific learning disabilities (Slid) agree with their parents' proxy reports? *Qual Life Res* 2011, 20: 1271-1278, DOI 10.1007/s11136-011-9857-z.
174. Routsis C, Gerovasili V, Vasileiadis I et al. Electrical muscle stimulation prevents critical illness polyneuromyopathy: a randomized parallel intervention trial. *Crit. Care* 2010; 14: R74.
175. Sakusic, A., and A. A. Rabinstein. "Cognitive Outcomes after Critical Illness." *Curr Opin Crit Care* 24, no. 5 (2018): 410-14.
176. Samuelson KAM, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007; 51: 671–8. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01292.x>.

177. Cina Sasannejad, E. Wesley Ely and Shouri Lahiri, Long term cognitive impairment after acute respiratory distress syndrome: a review of clinical impact and pathophysiological mechanisms, 23:352 *Critical Care* 2019.
178. Sasangohar, F.; Dhala, A.; Zheng, F.; Ahmadi, N.; Kash, B.; Masud, F. Use of Telecritical Care for Family Visitation to ICU during the COVID-19 Pandemic: An Interview Study and Sentiment Analysis. *BMJ Quality and Safety* 2021, 30, doi: 10.1136/bmjqs-2020-011604.
179. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 2; 11(11):CD012701. Doi: 10.1002/14651858.CD012701.pub2. PMID: 30388297; PMCID: PMC6517170.
180. Schweickert WD, Hall J. ICU-acquired weakness. *Chest* 2007; 131:1541.
181. Scragg P, Jones A, Fauvel N: Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001, 56:9-14. 5. Eddleston JM, White P, Guthrie E: Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000, 28:2293-2299.
182. Schillerstrom JE, Horton MS, Schillerstorm TL, et al. in Prevalence, course, and risk factors for executive impairment in patients hospitalized on a general medical service. *Psychosomatics* 2007; 46:411–7, and Schillerstrom JE, Horton MS, Royall DR. in The impact of medical illness on executive function. *Psychosomatics* 2005; 46(6):508–16.
183. Schmidt, K.; Gensichen, J.; Gehrke-Beck, S.; Kosilek, R.P.; Kühne, F.; Heintze, C.; Baldwin, L.M.; Needham, D.M. Management of COVID-19 ICU-Survivors in Primary Care: - A Narrative Review. *BMC Family Practice* 2021, 22.
184. Schofield-Robinson, O.J.; Lewis, S.R.; Smith, A.F.; Mcpeake, J.; Alderson, P. Follow-up Services for Improving Long-Term Outcomes in Intensive Care Unit (ICU) Survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 2018.]
185. Semmler A, Widmann CN, Okulla T, et al. in Persistent cognitive impairment, hippocampal atrophy and EEG changes in sepsis survivors. *JNeurolNeurosurgPsychiatry* 2013; 84:62–9.
186. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical illness. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:43– 51
187. Silverstone PH, LeMay T, Elliott J, et al. The prevalence of major depressive disorder and low self-esteem in medical inpatients. *Can J Psychiatry* 1996;41: 67–74
188. Sintonen H. Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archive of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):156-160.
189. Skevington, S.M., M. Lotfy, and K.A. O'Connell, The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 2004. 13(2): p. 299-310.
190. Skodol A.E., Anxiety in the medically ill: nosology and principles of differential diagnosis. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4:64–71.

191. S.M.A. Dijkstra-Kersten, Lotte Kok, MD, Monika C. Kerckhoffs, Olaf L. Cremer, Dylan W. de Lange, Diederik van Dijk, Dale M. Needham, Arjen J.C. Slooter, Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care , *Journal of Critical Care* 55 (2020) 171–176
192. Son, Y.J., Baek, K.H., Lee, S.J., Seo, E.J. (2019). Health – related quality of life and associated factors in patients with atrial fibrillation: An integrative literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3042.
193. Sosnowski, R., Kuulpa, M., Zietalewicz, U., Wolski, J.K., Nowakowski, Bakula, R., Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health – related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70(2), 206-211.
194. Spies, C.D.; Krampe, H.; Paul, N.; Denke, C.; Kiselev, J.; Piper, S.K.; Kruppa, J.; Grunow, J.J.; Steinecke, K.; Gülmez, T.; et al. Instruments to Measure Outcomes of Post-Intensive Care Syndrome in Outpatient Care Settings – Results of an Expert Consensus and Feasibility Field Test. *Journal of the Intensive Care Society* 2021, 22, doi:10.1177/1751143720923597.
195. Stam, H.J.; Stucki, G.; Bickenbach, J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2020, 52.
196. Stevens RD, Dowdy DW, Michaels RK, et al. Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review. *Intensive Care Med* 2007; 33:1876.
197. Stoll C, Schelling G, Goetz AE, et al. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 120:505–512.
198. Suchyta MR, Hopkins RO, White J, et al. The incidence of cognitive dysfunction after ARDS. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169:A18.
199. Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R (2007) Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol* 12:65–74).
200. Tan, Koh, Wu, Lim & Wang, 2018
201. Tarlow A.A., J.E. Ware, & G. S., The MOS study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1989. 262: p. 925-930.
202. Timmers TK, Verhofstad MH, Moons KG, van Beeck EF, Leenen LP. Long-term quality of life after surgical intensive care admission. *Arch Surg* 2011; 146:412–418.
203. Torres, J.; Carvalho, D.; Molinos, E.; Vales, C.; Ferreira, A.; Dias, C.C.; Araújo, R.; Gomes, E. The Impact of the Patient Post-Intensive Care Syndrome Components upon Caregiver Burden. *Medicina Intensiva* 2017, 41, doi:10.1016/j.medin.2016.12.005.
204. Valent, A.; Dudoignon, E.; Ressaire, Q.; Dépret, F.; Plaud, B. Three-Month Quality of Life in Survivors of ARDS Due to COVID-19: A Preliminary Report from a French Academic Centre. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine* 2020, 39.
205. Van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans DA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Crit Care*. 2016; 20:16. [PubMed: 26792081.



206. Van Delft-Schreurs, C. C., J. J. van Bergen, M. A. de Jongh, P. van de Sande, M. H. Verhofstad, and J. de Vries. "Quality of Life in Severely Injured Patients Depends on Psychosocial Factors Rather Than on Severity or Type of Injury." *Injury* 45, no. 1 (2014): 320-6.
207. Venkatesan, P. NICE Guideline on Long COVID. *The Lancet. Respiratory medicine* 2021, 9, doi: 10.1016/S2213-2600(21)00031-X.
208. Volakli, E., Sdougka, M., Mantzafleri, P. E., Tsonidis, C., Kontopoulos, E., & Tsikoulas, I. Functional outcome following pediatric intensive care: Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC) and Pediatric Overall Performance Category (POPC) during a prospective two years follow-up period. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*, 2015; 13(a), 2-15.
209. Volakli et al., 2011
210. J. L. Vincent, "Critical care--where have we been and where are we going?" *Crit Care*, vol. 17 Suppl1, p. S2, 2013.
211. Wade DM, Howell DC, Weinman JA, et al., Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2012; 16. <https://doi.org/10.1186/cc11677>.
212. Ware, J.E., Jr. and C.D. Sherbourne, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992. 30(6): p. 473-83.
213. Weinert C, Meller W (2006) Epidemiology of depression and antidepressant therapy after acute respiratory failure. *Psychosomatics* 47:399–407.
214. Weinert CR, Gross CR, Kangas JR, et al. Health-related quality of life after acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1120–
215. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J (1989) the functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 262:914–919.
216. WHO-EURO. Targets for health for all WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
217. WHO-EURO. Targets for health for all: the health policy for Europe WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
218. WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998, 46 (12), 1569 – 1585.
219. Williams A., Wang J.J., Wang L., Sun X., Fischer J.E., Hasselgren P.O. Sepsis in mice stimulates muscle proteolysis in the absence of IL-6. *Am. J. Physiol.* 1998; 275:R1983–R1991. Doi: 10.1152/ajpregu.1998.275.6.R1983.
220. Wischmeyer PE, Puthuchery Z, San Millán I, Butz D, Grocott MPW. Muscle mass and physical recovery in ICU: innovations for targeting of nutrition and exercise. *Curr Opin Crit Care*. 2017 Aug; 23(4):269-278. Doi: 10.1097/MCC.0000000000000431. PMID: 28661414; PMCID: PMC5599154.

221. Wolters AE, Slooter Aj, Van der Kooi AW, VanDijkD cognitive impairment after intensive care unit admission : a systematic review, *Intensive Care Med* 2013; 39:376-386.
222. Wunsch H, Christiansen CF, Johansen MB, et al. Psychiatric diagnoses and psychoactive medication use among nonsurgical critically ill patients receiving mechanical ventilation. *JAMA* 2014; 311:1133.
223. Zante, B.; Erne, K.; Grossenbacher, J.; Camenisch, S.A.; Schefold, J.C.; Jeitziner, M.M. Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in next of Kin during Suspension of ICU Visits during the COVID-19 Pandemic:A Prospective Observational Study.*BMC Psychiatry*2021, 21, doi:10.1186/s12888-021-03468-9.
224. Zatzick DF, Jurkovich GJ, Rivara FP, Wang J, Fan MY, Joesch J, MacKenzie E (2008) a national study of posttraumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic injury. *Ann Surg* 248:429– 437
225. Zarén, B. J. Ö. R. N., & Hedstrand, Quality of life among long-term survivors of intensive care. *Critical Care Medicine*,1987; 15(8), 743-747
226. Zautra και Goodman, 1979
227. Zimmerman JE, Kramer AA, Knaus WA., Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. *Crit Care* 2013, 17:R812

# ***ΑΡΘΡΑ- ΣΥΝΕΔΡΙΑ***

1. Ilias, I.; **Mantziou, V.**; Vamvakas, E.; Kampisiouli, E.; Theodorakopoulou, M.; Vrettou, C.; Douka, E.; Vassiliou, A.G.; Orfanos, S.; Kotanidou, A.; et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Burnout in Healthcare Professionals During the SARS-CoV-2 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Critical Care Medicine* 2021, 7, doi:10.2478/jccm-2020-0042.
2. Vrettou, C.S.; **Mantziou, V.**; Ilias, I.; Vassiliou, A.G.; Orfanos, S.E.; Kotanidou, A.; Dimopoulou, I. Quality of Life, Depression, and Anxiety in Survivors of Critical Illness from a Greek ICU. A Prospective Observational Study. *Healthcare (Switzerland)* 2021, 9, doi:10.3390/healthcare9070849.
3. Vrettou CS, **Mantziou V**, Vassiliou AG, Orfanos SE, Kotanidou A, Dimopoulou I. Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. *Life (Basel)*. 2022 Jan 12;12(1):107. doi: 10.3390/life12010107. PMID: 35054500; PMCID: PMC8778667.
4. **Vassiliki Mantziou**, C.S. Vrettou, A.G. Vassiliou, S.E. Orfanos, A.Kotanidou and I. Dimopoulou "Family burden of ICU survivors and correlations with patient quality of life and psychometric scores - A prospective observational study, *The Journal of Critical Care Medicine* (pubmed indexed), DOI: 10.2478/jccm-2022-0027

#### **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΟ :**

**V. Mantziou**, A. Kotanidou, E. Jahaj, A.G. Vassiliou, E. Kampisiouli, I. Dimopoulou. **Cognitive and mental assessment in a general intensive care unit (ICU) population** one year after hospital discharge: preliminary results of a prospective study. 40th International Symposium on Intensive Care & Emergency Medicine: Brussels, Belgium. 24-27 March 2020. *Critical Care* 2020, 24 (Suppl 1):P388.