

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2023

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΣΧΑΛΗ ΑΝΤΩΝΙΑ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΑΤΣΟΥΛΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Copyright 2022, ΣΤΑΜΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗΣ, για την Ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο. Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά ο Ν. 2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί από το Ν 100/1975 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (όπως έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε οποιοδήποτε σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, με οποιοδήποτε τρόπο ή μορφή τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του συγγραφέα.

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»

(Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Άρθρο 202 παρ 2 του Νόμου 5343/32).

Αφιερώνεται

στον σύζυγό μου κ. Θεόδωρο Αγουρίδη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	13
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	18
Σημαντικότητα της έρευνας	19
Σκοπός της έρευνας	20
Περιγραφή της έρευνας	20
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	22
1.1. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	22
<i>1.1.1 Το περιβάλλον στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας</i>	<i>22</i>
1.1.1.1 Το δωμάτιο του ασθενούς στη ΜΕΘ.....	23
<i>1.1.2 Ο θόρυβος στη ΜΕΘ</i>	<i>23</i>
<i>1.1.3 Ο φωτισμός στη ΜΕΘ</i>	<i>25</i>
<i>1.1.4 Ο ύπνος στη ΜΕΘ</i>	<i>26</i>
1.2 Ο ασθενής στη ΜΕΘ	27
<i>1.2.1 Συμπτώματα και σωματικές αισθήσεις ασθενών στη ΜΕΘ</i>	<i>27</i>
<i>1.2.2 Ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς στη ΜΕΘ</i>	<i>29</i>
1.2.2.1 Άγχος.....	30
1.2.2.2 Κατάθλιψη.....	31
1.2.2.3 Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.....	31
1.2.2.4 Φόβος.....	33
1.2.2.5 Εξάρτηση και Εγκλωβισμός.....	34
1.3 Το βίωμα του ασθενούς από τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 35	
<i>1.3.1 Το βίωμα του σώματος</i>	<i>36</i>
<i>1.3.2 Το βίωμα της διασωλήνωσης</i>	<i>37</i>
<i>1.3.3 Το οικογενειακό περιβάλλον στη ΜΕΘ</i>	<i>38</i>
<i>1.3.4 Οι επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ</i>	<i>39</i>
<i>1.3.5 Οι αναμνήσεις του ασθενούς από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ</i>	<i>40</i>
<i>1.3.6 Η νοσηματοδότηση του βιώματος στη ΜΕΘ από τον ασθενή</i>	<i>44</i>
<i>1.3.7 Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ</i>	<i>45</i>

1.3.8	Σύνοψη των ερευνών	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2		51
2.1	Ο ασθενής μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	51
2.1.1	<i>Η κατάσταση της υγείας του ασθενούς μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας</i>	<i>51</i>
2.2	Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	55
2.2.1	<i>Διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ- PTSD)</i>	<i>55</i>
2.2.2	<i>Θεωρητικά μοντέλα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες</i>	<i>57</i>
2.2.3	<i>Διαταραχή μετατραυματικού στρες και η νοσηλεία στη ΜΕΘ.....</i>	<i>59</i>
2.3	Η αποκατάσταση του ασθενούς μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.....	61
2.4	Ποιότητα ζωής	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3		68
3.1	Μετατραυματική Ανάπτυξη.....	68
3.1.1	<i>Ορισμός.....</i>	<i>68</i>
3.1.2	<i>Τραύμα και μετατραυματική ανάπτυξη.....</i>	<i>69</i>
3.1.3	<i>Η διεπιστημονική φιλοσοφική προσέγγιση της μετατραυματικής ανάπτυξης</i> <i>70</i>	
3.1.4	<i>Μετατραυματική ανάπτυξη ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα</i>	<i>71</i>
3.1.5	<i>Διαστάσεις μετατραυματικής ανάπτυξης.....</i>	<i>71</i>
3.1.5.1	<i>Προσωπική δύναμη</i>	<i>72</i>
3.1.5.2	<i>Σχέσεις με τους άλλους</i>	<i>72</i>
3.1.5.3	<i>Νέες Δυνατότητες.....</i>	<i>73</i>
3.1.5.4	<i>Εκτίμηση της ζωής</i>	<i>74</i>
3.1.5.5	<i>Πνευματική αλλαγή.....</i>	<i>74</i>
3.1.6	<i>Θεωρητικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης.....</i>	<i>74</i>
3.1.7	<i>Παράγοντες που επιδρούν στη μετατραυματική ανάπτυξη.....</i>	<i>79</i>
3.1.8	<i>Στρατηγικές αντιμετώπισης σχετικές με τη μετατραυματική ανάπτυξη</i>	<i>83</i>
3.1.9	<i>Σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης.....</i>	<i>86</i>
3.1.10	<i>Σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και ψυχικής ανθεκτικότητας</i>	<i>87</i>
3.1.11	<i>Κλίμακες μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης.....</i>	<i>88</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		92

4.1	Μετατραυματική ανάπτυξη και νόσος.....	92
4.1.1	<i>Τραύμα και εγκεφαλική νόσος.....</i>	93
4.1.2	<i>Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος</i>	94
4.1.3	<i>Καρδιολογικά νοσήματα.....</i>	95
4.2	Μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωση και με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.....	97
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	115
5.1	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	115
5.1.1	<i>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ.</i>	115
5.1.2	<i>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την έξοδο των ασθενών από τη ΜΕΘ ...</i>	118
5.1.2.1	<i>Προγράμματα αποκατάστασης.....</i>	119
5.1.2.2	<i>Ημερολόγια ασθενών στη ΜΕΘ.....</i>	121
5.1.3	<i>Παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση της διαδικασίας της μετατραυματικής ανάπτυξης.....</i>	124
5.1.3.1	<i>Η συμβολή του «συνοδοιπόρου/συντρόφου» -“companion”</i>	124
5.1.3.2	<i>Η χρήση της κατάλληλης γλώσσας</i>	125
5.1.3.3	<i>Η συμβολή των μοντέλων παρέμβασης</i>	125
5.1.3.4	<i>Η συμβολή της αφήγησης</i>	126
5.1.3.5	<i>Η συμβολή της θεραπείας μέσω δραστηριοτήτων</i>	127
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	128
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	129
6.1	Σκοπός της έρευνας.....	129
6.2	Μεθοδολογικός σχεδιασμός της μελέτης	130
6.2.1	<i>Η περιγραφική φαινομενολογική ψυχολογική μέθοδος του Giorgi.....</i>	134
6.3	Ερευνητικές Υποθέσεις	138
6.4	Σχηματική αναπαράσταση του ερευνητικού σχεδιασμού της παρούσας μελέτης.....	139
6.5	Πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης.....	140
6.6	Δείγμα Μελέτης.....	140
6.6.1	<i>Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος</i>	140
6.6.2	<i>Λόγοι συγκατάθεσης ή άρνησης συμμετοχής των ασθενών στη μελέτη.....</i>	141
6.7	Μέθοδος δειγματοληψίας.....	142
6.8	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	145

6.8.1	Ημι-δομημένη συνέντευξη	145
6.8.2	Κλίμακα μέτρησης της Μετα-τραυματικής Ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης (<i>Post-traumatic Growth Inventory – 42, PTGI-42</i>).....	146
6.8.3	Αναθεωρημένη Κλίμακα επίδρασης γεγονότων μέτρησης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (<i>The Impact of Event Scale-Revised, IES-R</i>).....	148
6.9	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	148
6.10	Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	151
6.11	Μέθοδοι Ανάλυσης Ποιοτικών και Ποσοτικών Δεδομένων	151
6.11.1	Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων	152
6.11.2	Μέθοδος ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων.....	152
6.12	Κριτήρια αξιολόγησης μικτών ερευνών	153
6.13	Τρόποι διασφάλισης των κριτηρίων αξιολόγησης στην παρούσα μελέτη	155
6.14	Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών	156
6.14.1	Ενοποιημένα κριτήρια αναφοράς ποιοτικής έρευνας [<i>Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)</i>].....	158
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	162
7.1	Κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	162
7.2	Αποτελέσματα ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων	164
7.2.1	Πρώτο ερευνητικό ερώτημα	165
7.2.1.1	«Τα επίπεδα συνειδητότητας»	165
7.2.1.1.1	«Το κενό»	166
7.2.1.1.2	«Μεταιχμιακή συνθήκη».....	166
	α. Συγχυτικές καταστάσεις ή και παραισθήσεις.....	167
	β. Τα όνειρα.....	169
	γ. Αποπροσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο	172
	δ. Ασύνδετες κατακερματισμένες εικόνες.....	173
7.2.1.1.3	«Σε συνείδηση»	173
	α. Ο περιβάλλοντας χώρος της ΜΕΘ	174
	β. Δυσφορικές σωματικές αισθήσεις.....	175
	γ. Συναισθηματικές αντιδράσεις.....	176

δ. Αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας	179
ε. Αλληλεπίδραση με τους οικείους	181
7.2.2 Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.....	182
7.2.2.1 Η εμφάνιση του προβλήματος υγείας: «Ένα αιφνίδιο γεγονός» ..	183
α. Μετάβαση από το «είμαι καλά» στο «κινδυνεύει η ζωή μου»	184
β. Χωρίς προειδοποίηση.....	185
γ. Υποτίμηση της δυσλειτουργίας	186
7.2.2.2 Η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας	188
α. Διάγνωση: «Έφυγε η γη κάτω από τα πόδια μου».....	188
β. Έκθεση με προβλήματα συνασθενών: «Υπάρχουν και χειρότερα»....	190
γ. Ανεξίτηλα σωματικά σημάδια ή περιορισμοί.....	191
7.2.2.3 Αδυναμία συνειδητοποίησης του προβλήματος υγείας.....	192
7.2.2.4 Συνειδητοποίηση της απειλής του θανάτου	193
7.2.2.5 Μη συνειδητοποίηση του κινδύνου ή του θανάτου	194
7.2.2.6 Το βίωμα της αποκατάστασης.....	194
«Δρομολόγηση καινούργιας ζωής».....	195
7.2.2.7 Αποδοχή της εικόνας σώματος και των σωματικών περιορισμών	196
7.2.2.8 Ψυχικές επιπτώσεις από το πρόβλημα της υγείας	198
α. Συναισθηματικές εκδηλώσεις.....	198
β. Συμπεριφορικές εκδηλώσεις.....	199
γ. Γνωστικού τύπου εκδηλώσεις	200
7.2.2.9 Οικογενειακές σχέσεις.....	201
7.2.2.10 Το πρόβλημα της υγείας σήμερα.....	202
α. Αναπόσπαστη πτυχή της ζωής	203
β. Φόβος επανεμφάνισης του προβλήματος υγείας.....	203
γ. Απώθηση της εμπειρίας	205
7.2.2.11 Καθορισμός στόχων και αντίληψη του μέλλοντος.....	205

7.2.3	<i>Τρίτο ερευνητικό ερώτημα.....</i>	209
7.2.3.1	<i>Αλλαγές ζωής</i>	211
7.2.3.1.1	<i>Συνειδητοποίηση των αλλαγών</i>	211
	<i>α. Αλλαγές στην αντίληψη εαυτού</i>	213
	<i>β. Εκτίμηση της ζωής</i>	216
	<i>γ. Αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους</i>	221
	<i>δ. Νέες πηγές ψυχικής δύναμης.....</i>	225
	<i>ε. Νέες δυνατότητες.....</i>	226
	<i>στ. Πνευματικές αλλαγές.....</i>	227
7.2.3.2	<i>Νοηματοδότηση της εμπειρίας.....</i>	229
	<i>α. Νοηματοδότηση της ασθένειας/ατυχήματος.....</i>	229
	<i>β. Νοηματοδότηση της νοσηλείας στη ΜΕΘ.....</i>	230
	<i>γ. Νοηματοδότηση της αποκατάστασης και επιβίωσης</i>	231
	<i>δ. Νοηματοδότηση της ζωής</i>	231
	<i>ε. Νοηματοδότηση της συνολικής εμπειρίας.....</i>	232
7.2.3.3	<i>Παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην εμφάνιση και εξέλιξη της μετατραυματικής ανάπτυξης</i>	235
	<i>α. Θρησκευτικές, μεταφυσικές εμπειρίες.....</i>	235
	<i>β. Γεγονότα και εμπειρίες ζωής.....</i>	238
	<i>γ. Πρότυπα προς μίμηση.....</i>	241
	<i>δ. Υποστηρικτικό πλαίσιο</i>	241
	<i>ε. Ατομικά χαρακτηριστικά</i>	242
7.2.4	<i>Σχολιασμός των ποιοτικών δεδομένων.....</i>	244
	<i>α. 1^η ομάδα. Νοσηλευθέντες στις Γενικές ΜΕΘ.....</i>	246
	<i>β. 2^η ομάδα: Νοσηλευθέντες σε καρδιολογικές ΜΕΘ.....</i>	246
7.2.5	<i>Το βίωμα των συμμετεχόντων από τη συνέντευξη.....</i>	247
7.2.6	<i>Η γενική δομή της εμπειρίας</i>	251
7.3	<i>Αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων.....</i>	252

7.3.1	Περιγραφικά αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων	252
7.3.2	Στατιστικά αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων.....	254
7.3.2.1	Σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων PTGI-42 και IES-R με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	257
7.4	Συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης	269
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8		278
8.1	Συζήτηση Ποιοτικών Αποτελεσμάτων	278
8.1.1	<i>Η εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ.....</i>	<i>278</i>
8.1.2	<i>Το βίωμα και η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας</i>	<i>286</i>
8.1.3	<i>Νοηματοδότηση της εμπειρίας και αναθεώρηση αντιλήψεων για εαυτό, τους άλλους και τη ζωή.....</i>	<i>289</i>
8.2	Συζήτηση Ποσοτικών Αποτελεσμάτων.....	298
8.3	Κριτική αξιολόγηση της έρευνας	306
8.4	Περιορισμοί της έρευνας	310
8.5	Πλεονεκτήματα της έρευνας	312
8.6	Συμπεράσματα.....	313
8.6.1	<i>Η συμβολή της παρούσας έρευνας.....</i>	<i>313</i>
8.6.2	<i>Προτάσεις για το σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών.....</i>	<i>315</i>
8.6.3	<i>Προτάσεις για τον σχεδιασμό κλινικών παρεμβάσεων</i>	<i>317</i>
8.7	Επίλογος: Η διαδρομή της ερευνήτριας.....	319
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ		322
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ		324
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		326
Ξενογλώσση βιβλιογραφία		326
Ελληνική βιβλιογραφία		375
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....		377
Παράρτημα Ι		378
Παράρτημα ΙΙ.....		383
Παράρτημα ΙΙΙ		394

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κλινική μου εμπειρία ως νοσηλεύτρια σε ογκολογικό νοσοκομείο αλλά και η μακρόχρονη παρουσία μου στην νοσηλευτική εκπαίδευση σε χώρους όπως, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με βοήθησαν να συνειδητοποιήσω ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε κρίσιμη κατάσταση στη ΜΕΘ πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο της φροντίδας για όλους τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές. Ιδιαίτερα η εμπειρία μου από το κέντρο αποκατάστασης και κυρίως από τα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας για ασθενείς που ανάρρωναν μετά από σοβαρά ατυχήματα ή απειλητικές ασθένειες με οδήγησε στη διαπίστωση ότι αντιμετώπιζαν μια σειρά από πολλαπλά, οδυνηρά, άλυτα προβλήματα κάποιες φορές και ανικανοποίητες ανάγκες σε διάφορα επίπεδα. Οι επιπτώσεις από το τραύμα ή την ασθένεια αλλά κυρίως από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ είχαν σοβαρές και μακρόχρονες επιδράσεις στην κατάσταση της υγείας τους με σοβαρό αντίκτυπο τόσο στο οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και στη καθημερινότητά τους.

Στην πραγματικότητα, ενώ παράμεναν αβοήθητοι από ένα ευρύτερο υποστηρικτικό πλαίσιο υπηρεσιών υγείας, έκαναν ένα μεγάλο αγώνα να βρουν τρόπους, όχι μόνο να αναρρώσουν, αλλά και να επιστρέψουν στη προηγούμενη ζωή τους ή να βρουν μια νέα ισορροπία στις νέες συνθήκες ζωής μετά από μία κατάσταση που είχε απειλήσει τη ζωή τους. Από τις μαρτυρίες τους, αυτό που με εντυπωσίασε ιδιαίτερα ήταν ότι αν και υπήρχε θλίψη και αβεβαιότητα για την εξέλιξη της αποκατάστασής τους, παράλληλα συνυπήρχαν η δυνατή επιθυμία να πάρουν την κατάσταση στα χέρια τους, η αγάπη για τη ζωή, η ψυχική δύναμη, αλλά και τα μαθήματα που πήραν μετά από αυτή την τραυματική εμπειρία για να αλλάξουν τη ζωή τους προς το καλύτερο.

Αργότερα, προσωπικές εμπειρίες από τη φροντίδα μέλους της οικογένειας με ανάλογα προβλήματα με έφεραν ακόμα «πιο κοντά» σε αυτές τις διαπιστώσεις. Επιπλέον μπόρεσα να παρατηρήσω, αλλά και να βιώσω έμμεσα ως συμμετέτοχος, σε όλη αυτή τη διαδικασία της φροντίδας, αλλαγές θετικές, που πλέον έχουν γίνει τρόπος ζωής και σκέψης.

Παράλληλα, κατανόησα ότι η διάγνωση της ασθένειας ή του ατυχήματος, η νοσηλεία στη ΜΕΘ, η ανάρρωση και η αποκατάσταση, αποτελούν μια συνεχής

διαδρομή με διαδοχικές φάσεις όπου διαδραματίζονται ανατρεπτικά, πολλές φορές, γεγονότα τα οποία τελικά αλλάζουν τη ζωή του ασθενούς μόνιμα.

Μελετώντας την βιβλιογραφία διαπίστωσα ότι ο ασθενής στη ΜΕΘ υπήρξε αντικείμενο ζωντανού ερευνητικού ενδιαφέροντος και πολλά από τα συμπεράσματα των μελετών συμφωνούσαν με τις παρατηρήσεις μου. Ωστόσο, όσον αφορά στην ανάρρωση και στην αποκατάσταση λίγες μελέτες υπάρχουν και ακόμα λιγότερες σχετικά με τις αλλαγές που βιώνει σε ένα γνωστικό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο ως αποτέλεσμα της εμπειρίας του. Όλη αυτή η διεργασία κίνησε το ενδιαφέρον και την ανάγκη μιας βαθύτερης και εκτεταμένης μελέτης, δίνοντας παράλληλα με αυτό το τρόπο, απαντήσεις στα προσωπικά μου ερωτήματα και βιώματα.

Κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης αντιμετώπισα μια σειρά από δυσκολίες τόσο σε πρακτικά θέματα όσο και σε συναισθηματικά. Ήταν ένας δρόμος αντοχής, μια διαδικασία εναλλαγής συναισθημάτων, σωματικής και ψυχικής καταπόνησης, απογοήτευσης και αποθάρρυνσης όταν συναντούσα δυσκολίες στην εύρεση των συμμετεχόντων, κούρασης και αγωνίας από τον τεράστιο όγκο δουλειάς, ενθουσιασμού και χαράς από την αλληλεπίδραση με τους ερευνητές κατά την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, αλλά και βαθιά συγκίνηση και ικανοποίηση από την βαθύτατη επικοινωνία με τους συμμετέχοντες.

Είχα την ευκαιρία να ερευνήσω σε βάθος διαστάσεις της επιστήμης μου, να σχεδιάσω και να εργαστώ σκληρά ώστε όχι μόνο να κατανοήσω την ουσία του φαινομένου που μελετούσα, αλλά και να μεταφέρω όσο το δυνατό πιο πιστά την εμπειρία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη. Τελικά, από όλη αυτήν τη διαδρομή επικράτησε τόσο η ευγνωμοσύνη για την ευκαιρία μάθησης και απόκτησης νέων γνώσεων και εμπειριών όσο και το συμπέρασμα το πόσο σπουδαίο είναι να ακούγονται τα βιώματα των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ, στο τι πραγματικά θέλουν και τι χρειάζονται, ώστε οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές να τροποποιούν συμπεριφορές και πρακτικές προς όφελός τους. Η φαινομενολογία είναι το κλειδί, ένας δρόμος για να το πραγματοποιήσουν.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να τονίσω το «όφελος» που αποκόμισα σε επαγγελματικό και σε προσωπικό επίπεδο. Στο επαγγελματικό επίπεδο πλούτισα τις γνώσεις μου σε ότι αφορά στην φροντίδα, στις επιπτώσεις, αλλά και στις αλλαγές που βιώνουν οι ασθενείς μετά από μια τέτοια τραυματική εμπειρία, όσο και σε ότι αφορά στην οργάνωση και στη διεξαγωγή μιας ποιοτικής μελέτης. Στο προσωπικό επίπεδο το απόσταγμα από τα συναισθήματα, αλλά και τα μαθήματα ψυχικού σθένους, που αποκόμισα από το βίωμα

των συμμετεχόντων ήταν πλούτος τεράστιος και ανεκτίμητος, παράδειγμα πολύτιμο της ζωής μου!

Ήταν ουσιαστικό ερέθισμα για βαθιά προσωπική ενδοσκόπηση που οδήγησε σε σαφέστερη κατανόηση του εαυτού μου, των ορίων και των δυνατοτήτων μου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα σε όλη αυτή τη διαδικασία εκπόνησης της μελέτης υπήρχαν άνθρωποι, εκτός από τους συμμετέχοντες, που βοήθησαν να ολοκληρώσω αυτό το εγχείρημα και ανάμεσα σε αυτούς ήταν η επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κ. Παπαδάτου Δανάη στην οποία εκφράζω την απέραντη ευγνωμοσύνη και σεβασμό μου. Την ευχαριστώ θερμά που έτυχα της εμπιστοσύνης και της προσοχής της και που πάντα ήταν παρούσα σε κρίσιμες φάσεις της επαγγελματικής και προσωπικής εξέλιξης μου. «Άνοιγε πόρτες» και έδειχνε τον δρόμο για να προχωρώ και να βρίσκω απαντήσεις. Η υποστήριξή της, η κριτική της ματιά και η ενθάρρυνσή της, με βοηθούσαν να προχωρήσω και να διευρύνω τη σκέψη μου. Σημαντική η συμβολή της σε όλη την προσπάθειά μου. Ευχαριστίες επίσης καταθέτω για την κ. Ειρήνη Παπάζογλου τόσο για το χρόνο που αφιέρωσε στην ανάλυση των δεδομένων, όσο και για την ηθική υποστήριξή της στις «δύσκολες» στιγμές. Η παρουσία της αποτέλεσε στήριγμα σε στιγμές αποθάρρυνσης και απογοήτευσης.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω από καρδιάς ευχαριστίες στις Καθηγήτριες κ. Πατηράκη Ελισάβετ και κ. Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα, μέλη της τριμελούς επιτροπής, που με την υποστήριξη και την καθοδήγηση τους συνετέλεσαν στην πραγματοποίηση της παρούσας διατριβής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το Τμήμα Νοσηλευτικής που μου έκανε τη τιμή να με δεχτεί προσφέροντας ευκαιρίες για γνώση και επαγγελματική εξέλιξη.

Επίσης, τον Καθηγητή κ. Richard Tedeschi για την ευγενική παραχώρηση του ερωτηματολογίου PTG-42.

Η έρευνα αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την αμέριστη υποστήριξη και τη φιλοξενία του Ιατρικού, και Νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης. Ευχαριστώ τους Διευθυντές και τους Νοσηλευτές για την βοήθεια τους στην εύρεση των συμμετεχόντων της μελέτης.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την κ. Κυρίτση Ελένη, Ομότιμη Καθηγήτρια ΠΑΔΑ για την υποστήριξή της και τις συμβουλές της.

Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η υποστήριξη του συζύγου μου κ. Θεόδωρου Αγουρίδη, πηγή δύναμης και αποδέκτη του άγχους και των αμφιβολιών μου. Τον ευχαριστώ για την κατανόηση και την υπομονή του στις ατέλειωτες ώρες της δημιουργικής εργασίας

μου και για τους πάντα ευγενικούς και ενθαρρυντικούς του λόγους οι οποίοι με ωθούσαν να συνεχίζω με πίστη και ελπίδα για ένα καλύτερο αποτέλεσμα.

Επίσης, ευχαριστώ την κ. Μαρία Κονίτσα για την αμείωτη αγάπη της, που μεγαλόψυχα μου προσέφερε σε όλη τη πορεία του παρόντος πονήματός μου.

Τέλος, επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου στους ασθενείς εκείνους που αφιέρωσαν τον πολύτιμο χρόνο τους, που με τόση προθυμία δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, να ανοιχτούν και να μοιραστούν το προσωπικό τους αφήγημα με ανιδιοτέλεια και αγάπη. Χωρίς την δική τους συμμετοχή τίποτε δεν θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί.

Οι συγκλονιστικές εμπειρίες τους άγγιξαν βαθιά και ανεξίτηλα την ύπαρξή μου, αποτελούν πλέον μαθήματα και προτάγματα ζωής. Αισθάνομαι βαθιά δεσμευμένη απέναντί τους, να ακουστεί η φωνή τους, να συνεχίσω να διερευνώ προτάσεις και παρεμβάσεις ώστε να διευκολύνουν την φροντίδα τους, αλλά και να εκπαιδεύω, μέσα από την επαγγελματική μου ιδιότητα τους νέους νοσηλευτές.

Κλείνοντας, μεταφέρω τα μηνύματα ζωής που μου έδωσαν οι συμμετέχοντες και που κρατώ στη καρδιά μου, όταν με αποχαιρετούσαν, μετά από τη συνέντευξη. *«Θα αφήνουμε ερείπια πίσω μας; Καλύτερα να προχωράμε!»*, *« Ένα δώρο του Θεού. Οι άνθρωποι με βοήθησαν!»* *«Έσφιξα τα δόντια και είπα θα γίνω καλά!»*.

«Να αγαπάμε τη ζωή. Με οποιοδήποτε τρόπο πρέπει να αλλάζουμε προς το καλύτερο!»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεία στη ΜΕΘ αποτελεί μια συνθήκη έντονης ψυχοσωματικής καταπόνησης. Η ξαφνική και απροσδόκητη φύση των γεγονότων όπως η μεταφορά με ασθενοφόρο, η εισαγωγή στο χειρουργείο ή στη ΜΕΘ, σε συνδυασμό με το διαταραγμένο ύπνο, την αισθητηριακή στέρηση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις με τις παρενέργειες των φαρμάκων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που δυσκολεύουν τον ασθενή να κατανοήσει και να προσαρμοστεί στο γεγονός (Backes et al., 2015, Almerud et al., 2007).

Επιπλέον, υπάρχουν και άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και περιλαμβάνουν αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, ταπείνωση, διαταραχή της εικόνας σώματος και νοητικές διαταραχές. Οι ασθενείς αντιδρούν συχνά με έντονο άγχος, θυμό ή και κατάθλιψη και ενεργοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς όπως την απόσυρση, την άρνηση, την παλινδρόμηση. Μερικοί εμφανίζουν παραλήρημα ή και συμπτώματα αγχώδους διαταραχής (Mohta et al., 2003, Rattray, 2014).

Τα τελευταία χρόνια, έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στην παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποφέρουν από οξείες και απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις.

Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της διάρκειας παραμονής των βαρέως πασχόντων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης τους. Στα παραπάνω ενθαρρυντικά αποτελέσματα συνέβαλε πολύ η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης αλλά και της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας (Σιδηράς και συν., 2018).

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

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές γνωστικές, όπως απώλεια μνήμης και αδυναμία συγκέντρωσης αλλά και λειτουργικές όπως αναπνευ-

στικές δυσχέρειες και μυϊκή αδυναμία. Η επίπτωση των γνωστικών διαταραχών κυμαίνεται σε ποσοστό 25-75% ενώ η επίπτωση των ψυχολογικών διαταραχών ανέρχεται σε ποσοστό 28% (Πατσάκη και συν., 2015).

Ωστόσο, ποιοτικές μελέτες (Parathanassoglou & Patiraki, 2003, Wang και συνεργάτες, 2009, Cypress, 2015) έδειξαν, ότι η παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ μπορεί να αποτελέσει και μια πλούσια εμπειρία, με στοιχεία πνευματικών αναζητήσεων και προσωπικών αλλαγών. Η τραυματική εμπειρία θα μπορούσε να οδηγήσει και σε θετικές ψυχολογικές αλλαγές και ψυχικές διεργασίες που μπορούν να συμβάλλουν στην προσωπική ανάπτυξη. Οι ασθενείς όταν αντιμετωπίζουν τα απειλητικά για τη ζωή γεγονότα, επαναξιολογούν τους στόχους και τις προτεραιότητές τους, βιώνουν βελτιωμένες κοινωνικές σχέσεις και συγχρόνως φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής. Οι Tedeschi & Calhoun (2004), χαρακτήρισαν αυτή τη θετική ψυχολογική αλλαγή μετατραυματική ανάπτυξη (Post Traumatic Growth - PTG). Ιδιαίτερο όμως, ενδιαφέρον παρουσιάζουν και πρόσφατα ευρήματα τα οποία επισημαίνουν ότι μια τραυματική εμπειρία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο θετικές ψυχικές αλλαγές και μετατραυματική ανάπτυξη (posttraumatic growth) αλλά και ταυτόχρονα αρνητικές που αναφέρεται ως μετατραυματική έκπτωση (posttraumatic depreciation- PTD) (Baker et al., 2008, Cann et al., 2010, Barrington & Shakespeare-Finch, 2013).

Σημαντικότητα της έρευνας

Η ιδέα για τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε από την κλινική παρατήρηση των ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν μέσα στο χώρο νοσηλείας της ΜΕΘ, αλλά και μετά την έξοδο και την επιστροφή στο σπίτι τους. Συχνά τίθενται σοβαρά ερωτήματα, όπως πώς θα επιστρέψουν στο σπίτι (σε ποια κλινική κατάσταση), πώς θα διαχειριστούν το πρόβλημα υγείας τους σε σχέση με την οικογένειά τους αλλά και ποια θα είναι η ποιότητα ζωής τους μετά τη νοσηλεία. Όλα αυτά τα ερωτήματα που αποτελούν πηγή άγχους, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τα μέλη της οικογένειάς τους, η περιορισμένη ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία πάνω στο θέμα του βιώματος και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων, ιδιαίτερα της μετατραυματικής ανάπτυξης, μας οδήγησαν στη μελέτη τόσο των εμπειριών που βίωσαν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, όσο και των επιπτώσεων που είχε στη ζωή τους.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του βιώματος των ασθενών όσον αφορά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και της μετατραυματικής ανάπτυξης μέσα από το γεγονός αυτό. Η περιγραφή των εμπειριών τους θα αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην μετατραυματική ανάπτυξη και θα συμβάλλει στην ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης των τραυματικών επιπτώσεων της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με προγράμματα ενίσχυσης της μετατραυματικής ανάπτυξης των ασθενών αποτελεί έναν απώτερο και μελλοντικό στόχο με πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Περιγραφή της έρευνας

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελείται από δύο ενότητες:

Στο Γενικό Μέρος, παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που αφορούν το χώρο της ΜΕΘ και τις επιδράσεις αυτού στον ασθενή, οι εμπειρίες που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής στη ΜΕΘ, αλλά και οι επιπτώσεις της νοσηλείας στη ΜΕΘ μετά την έξοδό του. Αναλύεται η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, αλλά και η σχέση της στη ζωή ασθενών με εγκεφαλικές, καρδιολογικές παθήσεις και καρκίνο και άλλες απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Ακολουθεί κριτική αξιολόγηση των ερευνών. Επιπλέον, παρουσιάζονται παρεμβάσεις από τη διεθνή και ελληνική πραγματικότητα που απευθύνονται σε ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ αλλά και μετά την έξοδο, για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων και των επιπλοκών. Κατόπιν αναπτύσσεται μια κριτική ανάλυση των ερευνών, που αναφέρονται στη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης και άλλων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών.

Στο Ειδικό Μέρος, αναλύεται η μεθοδολογία της μικτής έρευνας και περιγράφεται η φαινομενολογική προσέγγιση του Giorgi που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Ακολουθούν η παρουσίαση των αποτελεσμάτων τόσο των ποιοτικών όσο και των ποσοτικών καθώς και η συζήτηση των ευρημάτων. Ακολουθεί η έκθεση από τη σύγκλιση των ποιοτικών και ποσοτικών αποτελεσμάτων. Τέλος, γίνεται κριτική αξιολόγηση της παρούσας μελέτης, παρουσιάζονται οι περιορισμοί και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα και για κλινικές πρακτικές οι οποίες συμβάλλουν στην ευημερία του ασθενούς.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Τις τελευταίες δεκαετίες, η πρόοδος της τεχνολογίας έχει συμβάλλει σημαντικά στον χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι υποψήφιοι για εισαγωγή στη ΜΕΘ εκτιμώνται σύμφωνα με το σύστημα Acute Physiology and Chronic Health Assessment (APACHE), και χρήζουν εντατικής παρακολούθησης και υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών μέσω των συστημάτων ηλεκτρονικής επιτήρησης και καταγραφής ηλεκτρικών βιοσημάτων (monitoring). Πρόκειται για ομάδες ασθενών με οξεία νόσο, απειλητική για τη ζωή, ασθενείς με χρόνια νόσημα και σοβαρές επιπλοκές και ασθενείς που παρακολουθούνται μετεγχειρητικά μέχρι να σταθεροποιηθεί η κλινική τους κατάσταση. Τα κριτήρια εξόδου των ασθενών από τις ΜΕΘ είναι η σταθεροποίηση των ζωτικών λειτουργιών και η μειωμένη ανάγκη για περαιτέρω εντατική παρακολούθηση και φροντίδα (Vincent, 2013, Parathanassoglou, 2010).

1.1.1 Το περιβάλλον στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα ξεχωριστό αυτόνομο τμήμα ενός νοσοκομείου, με ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό για τη διαχείριση ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις. Από πολύ νωρίς έχει αναγνωριστεί η σημασία του ιδανικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο σχεδιασμός των ΜΕΘ γίνεται με πολύ αυστηρά κριτήρια με σκοπό να εκπληρώνονται συγκεκριμένες προϋποθέσεις όπως είναι η εξασφάλιση σταθερής θερμοκρασίας περιβάλλοντος, ομοιόμορφου φωτισμού, ηχητικής μόνωσης, οπτικοακουστικών εγκαταστάσεων για την παρακολούθηση των ασθενών και τέλος η εξασφάλιση ενός υγιεινού περιβάλλοντος για την πρόληψη μετάδοσης των λοιμώξεων. Τα τελευταία χρόνια, έχει υπογραμμιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία η θετική επίδραση του κατάλληλου περιβάλλοντος στις ΜΕΘ στη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας των ασθενών (Wenham & Pittard, 2009).

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

φυσικού φωτισμού, του πολύπλοκου βιοϊατρικού εξοπλισμού, αλλά και της μειωμένης επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον (Backes et al., 2015, Almerud et al., 2007).

1.1.1.1 Το δωμάτιο του ασθενούς στη ΜΕΘ

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ βρίσκεται ξαφνικά σε έναν άγνωστο κόσμο, μέσα σε έναν χώρο που περιβάλλεται από οθόνες, αντλίες έγχυσης, βιοϊατρικό εξοπλισμό, αναπνευστήρες, μηχανήματα αιμοκάθαρσης, αντλίες εξωσωματικής κυκλοφορίας ή ενδοαορτική αντλία. Τα μικρά δωμάτια νοσηλείας, δεν διαθέτουν αρκετό χώρο για την οικογένεια του ασθενούς που τον επισκέπτεται για πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η υπερβολική έκθεση στον τεχνητό φωτισμό, οι συνεχείς μονότονοι ήχοι, η έντονη δραστηριότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οδηγούν σε αισθητηριακή υπερφόρτωση και σε αδυναμία επεξεργασίας πληροφοριών. Ο ζωτικός χώρος του ασθενούς «παραβιάζεται» διαρκώς από τις πολλαπλές και επώδυνες παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να στερείται της δυνατότητας ελέγχου και ιδιωτικότητας (Lindberg et al., 2015).

Στη φαινομενολογική μελέτη των Olausson και συνεργατών (2013), η εμπειρία του δωματίου συνδέθηκε με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς. Ο πόνος και η διαταραγμένη όραση επηρέασαν την αντίληψη του ορατού περιβάλλοντα χώρου, γεγονός που οδήγησε στην αίσθηση των συνεχών μεταβολών στο σχήμα του. Μερικοί ασθενείς βρήκαν τον εαυτό τους να υπάρχει μέσα σε έναν τόπο "ανάμεσα" στο όνειρο και στην πραγματικότητα, μέσα σε μια κατάσταση παραμορφωμένης αντίληψης για το δωμάτιο. Οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός μεταμορφώνονται καθώς και ο ίδιος ο τόπος.

1.1.2 Ο θόρυβος στη ΜΕΘ

Ως «θόρυβος» ορίζεται οποιοσδήποτε ανεπιθύμητος ήχος που είναι υποκειμενικά ενοχλητικός ή διαταράσσει την ηρεμία του ατόμου. Ο θόρυβος μπορεί να είναι συνεχής, με διακυμάνσεις ή διαλείπων. Ο ήχος μετριέται συνήθως σε ντεσιμπέλ (dB) και ο διπλασιασμός της ηχητικής πίεσης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 6 dB. Ωστόσο, στο ανθρώπινο αντί, μια αύξηση 10 dB γίνεται αντιληπτή ως ένας ήχος δύο φορές πιο δυνατός. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τα επίπεδα του θορύβου στα νοσοκομεία συνιστούν τα 40 dB κατά τη διάρκεια της ημέρας και τα 35 dB κατά τη διάρκεια της νύχτας. Όμως, ο θόρυβος στις ΜΕΘ υπερβαίνει συχνά αυτές τις τιμές. Μελέτες έχουν αναφέρει μέση στάθμη θορύβου

60-70 dB με κορυφές άνω των 90 dB. Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα ηχητικής πίεσης δεν μειώνονται σημαντικά τη νύχτα (Wenham & Pittard, 2009).

Μελέτες ανέδειξαν ότι μια σημαντική πηγή ήχου στη ΜΕΘ είναι ο τεχνολογικός εξοπλισμός. Τα παραδείγματα που αναφέρονται περιλαμβάνουν το ηλεκτρονικό σύστημα παρακολούθησης των ασθενών, τον αναπνευστήρα, τους σωλήνες αναρρόφησης, τον μη επεμβατικό αερισμό, τις αντλίες έκχυσης των φαρμάκων και τη μηχανή αιμοκάθαρσης (Akansel & Kaymakci, 2008, Lawson et al., 2010). Παρόλα αυτά, ακόμη και αν ο εξοπλισμός στη ΜΕΘ αναμένεται να είναι θορυβώδης, είναι σαφές πλέον ότι οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν στο μεγαλύτερο μέρος του θορύβου. Οι συζητήσεις μεταξύ των μελών της ΜΕΘ φαίνεται να είναι η πιο συνηθισμένη πηγή (Akansel & Kaymakci, 2008, Choiniere, 2010).

Ο θόρυβος από τους πολλούς συναγεμωμένους των μηχανημάτων, η συνεχής παρουσία ενός μεγάλου αριθμού επαγγελματιών υγείας και των άλλων ασθενών καταλήγουν στο να προκαλούν συνεχώς ανησυχία στον ασθενή, τόσο την ημέρα όσο και τη νύχτα με αποτέλεσμα συχνές διαταραχές ύπνου (Minton & Batten, 2016). Μια συστηματική ανασκόπηση των Khademi & Imani (2015), έδειξε ότι οι περισσότερες μελέτες επισημαίνουν ότι το ποσοστό της ηχορύπανσης στη ΜΕΘ ήταν υψηλότερο από τα προτεινόμενα επίπεδα του ΠΟΥ. Τονίζεται, ότι τα επίπεδα θορύβου ήταν υψηλότερα κατά τις εργάσιμες ημέρες όπως και κατά τις μεσημβρινές ώρες. Σύμφωνα με τα ευρήματα, η έκθεση στον θόρυβο προκάλεσε μια σειρά από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στην καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς, καθώς εκκρίνεται αδρεναλίνη μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Επιπλέον, ο υπερβολικός θόρυβος στον οποίο εκτέθηκαν οι ασθενείς στις ΜΕΘ φάνηκε ότι αύξησε τις απαιτήσεις καταστολής, επηρέασε την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και συνέβαλε στην διαταραχή της ακοής και στην ανάπτυξη του παραληρήματος (Wenham & Pittard, 2009).

Ποιοτικές μελέτες περιγράφουν τις ξαφνικές διεγέρσεις και αφυπνίσεις των ασθενών λόγω των φωνών στο δωμάτιό τους. Έχουν επίσης επισημάνει ότι η κοινή χρήση ενός δωματίου με έναν άλλον ασθενή, επιτείνει και περιπλέκει τις πιο πάνω συνθήκες. Η παρουσία άλλων ασθενών, ακόμη και αν δεν είναι ορατή, μπορεί να «ακουστεί». Οι ασθενείς αισθάνονται αβοήθητοι και ανασφαλείς με την ακρόαση «τρομακτικών» θορύβων και άλλων ακατανόητων, πολλές φορές, ήχων, από άλλους

ασθενείς που διαχωρίζονται μεταξύ τους με μια κουρτίνα. Αδυνατούν να δουν ο ένας τον άλλον, αλλά ακούν τις κραυγές πόνου από αναστατωμένους ασθενείς όταν χρειάζονται ιατρονοσηλευτική παρέμβαση ή ανάνηψη. Το άκουσμα των άλλων ασθενών βιώθηκε ως «άβολο» με την πρόκληση δυσφορίας, καθώς ήταν αδύνατον να προστατευθούν ή να ξεφύγουν από αυτήν την ταλαιπωρία. Αυτή η κατάσταση αύξησε το άγχος και την ανησυχία τους σχετικά με τη δική τους επιβίωση, με αποτέλεσμα τελικά την ψυχική τους αποδυνάμωση (Olausson et al., 2013, Almerud et al., 2007, Johansson, Bergbom, & Lindal, 2012, Karlsson et al., 2012b, Samuelson, 2011, Wang et al., 2009).

1.1.3 Ο φωτισμός στη ΜΕΘ

Η Florence Nightingale ανέφερε ότι το φως και η εναλλαγή νύχτας-ημέρας αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την υποστήριξη και την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Οι επιδράσεις του φωτός στην υγεία παρουσιάζονται μέσω διαφόρων βιολογικών διεργασιών. Το φως αποτελεί τον κύριο περιβαλλοντικό συντονιστή του κερκάδιου ρυθμού στους ανθρώπους. Η ικανότητα του φωτός να ρυθμίζει τον κερκάδιο ρυθμό ορίζεται από τη διάρκεια, την ένταση και το μήκος κύματος του ερεθίσματος (Castro et al., 2011).

Αναγνωρίζεται ότι ο κύκλος ανθρώπινου ύπνου-αφύπνισης είναι στενά συνδεδεμένος με το περιβάλλον και, παράλληλα, ο κύκλος φωτός-σκότους είναι ίσως ο ισχυρότερος παράγοντας σύνδεσης. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν εκτίθενται σε φυσικό φως με αποτέλεσμα να μη μπορούν να διακρίνουν την ημέρα από τη νύχτα και να αποπροσανατολίζονται στον χώρο και στον χρόνο. Παρόλο που η ένταση του φωτός στη ΜΕΘ συνήθως αντικατοπτρίζει έναν 24ωρο κερκάδιο ρυθμό, τα έντονα φώτα από τον σταθμό των νοσηλευτών και τα φώτα που ανάβουν τη νύχτα μπορεί να διαταράξουν σοβαρά τον ύπνο των ασθενών (Wenham & Pittard, 2009, Knauert et al., 2015).

Παρατηρήσεις των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ έδειξαν μια υπερβολική χρήση του φωτισμού προκειμένου να γίνουν κάποιες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις γεγονός που επηρέαζε άμεσα τον κερκάδιο ρυθμό των νοσηλευόμενων. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα επίπεδα γενικού φωτισμού στη ΜΕΘ μπορεί να κυμαίνονται μεταξύ των 24 έως 145 Lux τη νύχτα και την ημέρα μεταξύ 55,3 έως 165 Lux τιμές που δείχνουν τα υψηλά επίπεδα φωτισμού τη νύχτα (Verceles et al., 2012, Meriläinen et al., 2010).

Η μελέτη παρατήρησης των Meriläinen και συνεργατών (2010), για το περιβάλλον της ΜΕΘ επεσήμανε τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς αντιδρούν στις διακυμάνσεις του φωτισμού και τον θόρυβο με συνέπεια την κακή ποιότητα ύπνου. Κατέγραψαν το στρες που προκλήθηκε στους ασθενείς και τις επιπτώσεις στην ανάρρωσή τους. Συμπέραναν ότι οι ασθενείς βρίσκονται σε ένα περιβάλλον, το οποίο δεν μπορούν να επηρεάσουν, αντίθετα οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά τα επιβλαβή ερεθίσματα και τις επιδράσεις αυτών στους ασθενείς.

1.1.4 Ο ύπνος στη ΜΕΘ

Ο ύπνος καταλαμβάνει το ένα τρίτο της ζωής του ανθρώπου και είναι απαραίτητος για τον οργανισμό προκειμένου αυτός να λειτουργεί σωστά. Η διαταραχή του ύπνου ορίζεται ως η αντιληπτή ή πραγματική αλλοίωση του νυκτερινού ύπνου (τόσο σε ποιότητα όσο και ποσότητα) με άμεσο επακόλουθο την εμφανή εξασθένηση του οργανισμού κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η έλλειψη του μπορεί να προκαλέσει εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και μειωμένη λειτουργία της μνήμης. Όσον αφορά στο περιβάλλον της ΜΕΘ, η έλλειψη ύπνου στους ασθενείς εκδηλώνεται με διαταραχές στη νοητική λειτουργία που οδηγεί συχνά σε παραλήρημα, παρατεταμένη νοσηλεία και σε υψηλά ποσοστά θνητότητας. Τα τελευταία χρόνια, αρκετές μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα του ύπνου όπως είναι τα υψηλά επίπεδα θορύβου, οι συχνές διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, καθώς και η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα (Horsten et al., 2018, Persson Wayne et al., 2013, Simons, et al., 2018, van de Pol, van Iterson & Maaskant, 2017, Giménez et al., 2017, Pulak & Jensen, 2016).

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και μη περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία του ύπνου των ασθενών όπως η ίδια η νόσος και η κλινική τους κατάσταση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το οξύ πνευμονικό οίδημα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και η μετεγχειρητική κατάσταση των ασθενών. Οι Bihari και οι συνεργάτες (2012), στη μελέτη τους που περιελάμβανε 100 ασθενείς αξιολόγησαν την ποιότητα του ύπνου και διερεύνησαν τους περιβαλλοντικούς και μη παράγοντες που την επηρεάζουν. Σύμφωνα με τα ευρήματα η ποιότητα του ύπνου επιβαρύνεται κατά τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ και επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία, τον θόρυβο, τη χρήση του τηλεφώνου και τη χρήση φαρμάκων όπως τα στεροειδή και οι βενζοδιαζεπίνες. Από τους μη περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι κυριότεροι που φάνηκε να επηρεάζουν την

ποιότητα του ύπνου ήταν η χρήση υπνωτικών φαρμάκων και οι διάφορες θεραπείες που ακολουθούσαν πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ.

1.2 Ο ασθενής στη ΜΕΘ

1.2.1 Συμπτώματα και σωματικές αισθήσεις ασθενών στη ΜΕΘ

Η ασθένεια ή το τραύμα παράλληλα με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, προκαλούν πολλές οργανικές αλλαγές και αντιδράσεις τις οποίες βιώνουν έντονα οι ασθενείς. Οι περισσότερες από τις ζωτικές τους λειτουργίες βρίσκονται σε κίνδυνο είτε εξαιτίας κάποιας οξείας νόσου ή κατάστασης είτε λόγω κάποιας επιπλοκής. Πολλές φορές μάλιστα, ο βαρέως πάσχων ασθενής εμφανίζει ανεπάρκεια σε κάποια ζωτική λειτουργία, όπως είναι η καρδιαγγειακή, η αναπνευστική, η μεταβολική, η νεφρική ή η εγκεφαλική (Choi et al., 2014).

Επιπροσθέτως, η παρατεταμένη ακινησία του ασθενούς, η δυσλειτουργία των ζωτικών του οργάνων, η πιθανή σήψη, υποξαιμία, οξέωση και η τοξικότητα των φαρμάκων, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα στο καρδιαγγειακό σύστημα ή ακόμη και την εμφάνιση νευρομυϊκών συνδρόμων. Αυτές οι βλάβες έχουν ως αντίκτυπο τη δυσκολία απογαλακτισμού του ασθενούς από τον αναπνευστήρα και την αύξηση παραμονής στη ΜΕΘ. Σε ασθενείς που παραμένουν σε πλήρη ακινησία περισσότερο από μία εβδομάδα, παρουσιάζεται μυϊκή ατροφία έως και 40% σε περιοχές των άκρων και της πλάτης. Άλλου είδους συνέπειες που επιβαρύνουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι η απώλεια βάρους που μπορεί να επιφέρει μείωση έως και 2% μυϊκής μάζας ημερησίως, δημιουργώντας μεγάλο έλλειμμα σε ενέργεια και πρωτεΐνες. Το αίσθημα αδυναμίας, η δύσπνοια, τα άλλα αναπνευστικά προβλήματα του ασθενούς και η αλλαγή της γεύσης, σε συνδυασμό με τις ψυχικές επιπτώσεις της νοσηλείας του στη ΜΕΘ μπορούν να μειώσουν την όρεξή του, με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της βελτίωσης της μάζας του σώματός του (Bourdin, 2010, Ασημακοπούλου, 2012). Μεγάλο ποσοστό ασθενών αναφέρουν συμπτώματα όπως πόνο, κόπωση και σωματική αδυναμία. Η σοβαρότητα και η ένταση εκτιμάται με διάφορες κλίμακες αξιολόγησης και συσχετίζονται με άλλους παράγοντες όπως είναι, για παράδειγμα, η ποιότητα του ύπνου των ασθενών (Choi et al., 2014).

Στη μελέτη των Puntillo και συνεργατών (2010), σε δείγμα 245 ασθενών που νοσηλεύονταν σε δύο ΜΕΘ ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, διερευνήθηκαν τα συμπτώματα που εμφανίζονται σε νοσηλευόμενους ασθενείς στις ΜΕΘ με υψηλό κίνδυνο θανάτου. Συνολικά, από 405 αξιολογήσεις 10

συμπτωμάτων που έγιναν από 171 ασθενείς που μπορούσαν να απαντήσουν, στο μεγαλύτερο ποσοστό (75%), συχνότερα ανέφεραν την κόπωση και στο μικρότερο (25%) τη σύγχυση. Το άγχος ήταν πιο συχνό στους διασωληνωμένους ασθενείς. Σε μέτριο βαθμό βρέθηκε η δυσφορία, η δύσπνοια, ο φόβος και ο πόνος. Σε αυτήν τη μελέτη, οι ασθενείς ανέφεραν πόνο σε ποσοστό 40% η ένταση του οποίου κυμαινόταν από ήπια έως μέτρια. Όμως, το εύρημα αυτό φαίνεται να επηρεάζεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς ελάμβαναν αναλγησία και ίσως γι' αυτόν τον λόγο να μην ανέφεραν έντονο πόνο. Επίσης το αίσθημα της δίψας, σε υψηλό ποσοστό 71% όπως αναφέρουν μελέτες, είναι ένα υποεκτιμημένο σύμπτωμα το οποίο δεν αξιολογείται αλλά ούτε και αντιμετωπίζεται με επάρκεια. Μελέτες εντόπισαν ότι προβλεπτικοί παράγοντες σχετικά με την παρουσία και την ένταση της δίψας είναι τα φάρμακα όπως για παράδειγμα φουροσεμίδη, οπιοειδή. Επίσης η ένταση της δίψας ήταν υψηλότερη στους ασθενείς που δεν λάμβαναν υγρά από το στόμα (Stotts et al., 2015).

Οι πτυχές της εμπειρίας των σωματικών αισθήσεων που βιώνουν οι ασθενείς στις ΜΕΘ, έχουν αναδειχτεί από αρκετές ποιοτικές μελέτες. Οι Karlsson και συνεργάτες, (2012a) περιγράφουν την εμπειρία που είχαν οι ασθενείς με συνείδηση, από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, μία εβδομάδα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η φαινομενολογική-ερμηνευτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, εμπνευσμένη από τον Ricoeur, έδειξε ότι «χειρότερες» σωματικές αισθήσεις για τους ασθενείς ήταν η αϋπνία, η δυσφορία και ο πόνος από την τραχειοστομία. Παράλληλα βίωναν έντονη ενόχληση από τον σωματικό περιορισμό που συνοδευόταν από πόνο και διαταραχές του ύπνου. Επιπλέον, οι ασθενείς αισθάνονταν ότι ήταν παθητικοί και αδύναμοι να επικοινωνήσουν, ώστε να γνωστοποιήσουν τα συμπτώματά τους καθώς τις περισσότερες φορές ήταν διασωληνωμένοι, λάμβαναν ηρεμιστικά φάρμακα και αρκετές φορές βρίσκονταν σε παραλήρημα. Με αυτόν τον τρόπο παρέμεναν αβοήθητοι με συμπτώματα παραγνωρισμένα και αγνοημένα από τους επαγγελματίες υγείας.

Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει και άλλες μελέτες. Οι Berntzen και συνεργάτες (2018), πραγματοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε δείγμα 18 ασθενών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ, σε διάστημα 1-9 ημέρες, μετά την έξοδό τους από τη μονάδα. Σε 10 ασθενείς ακολούθησε πρόσθετη συνέντευξη μετά από 3 μήνες. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν θέματα όπως «δυσφορία, αλλά σπάνια πόνος», «αγώνας για να επανέλθουν στην πραγματικότητα», «ανακούφιση πόνου, αλλά που ακόμα υφίσταται». Επιπλέον, οι ασθενείς της μελέτης αυτής περιέγραφαν συχνά και σωματικές ενόχλησεις σε σχέση με τον μηχανικό αερισμό. Ο πόνος, βρέθηκε ότι

είναι το σύμπτωμα που προκαλεί το υψηλότερο επίπεδο δυσφορίας. Ακολούθησε μια σειρά από άλλα συμπτώματα όπως θλίψη, ανησυχία νευρικότητα και τέλος η δίψα και η δύσπνοια.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν μια σειρά συμπτωμάτων και βιώνουν έντονες σωματικές αισθήσεις που όμως δεν αναφέρονται από τους ίδιους και παραμένουν πολλές φορές μη εκτιμημένες και ανεπαρκώς ανακουφισμένες από τους επαγγελματίες υγείας.

1.2.2 Ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς στη ΜΕΘ

Πολυάριθμες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψυχικές αντιδράσεις συγκριτικά με ασθενείς που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Οι συνηθέστερες διαταραχές περιλαμβάνουν το άγχος, τον πανικό με ψυχοκινητική διέγερση, την κατάθλιψη και το παραλήρημα ή ντελίριο, γνωστό και ως «ψύχωση της ΜΕΘ» (Κριεζή και συν., 2009, Rattray, 2014).

Η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή στη ΜΕΘ έχει σημαντικές επιδράσεις στην ψυχολογική του κατάσταση. Κυριαρχούν συναισθηματικές διαταραχές όπως η ανησυχία, ο φόβος και η αβεβαιότητα που εκφράζονται ως άγχος, θυμός και απογοήτευση. Ως συνέχεια της απογοήτευσης μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύεται από συναισθηματική δυσφορία και εξάρτηση από τους άλλους και η οποία κλιμακώνεται όταν ο ασθενής γυρίσει στο σπίτι του, καθώς τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του. Η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να επηρεάσουν άμεσα την έκβαση της κατάστασης της υγείας του. Άλλες διαταραχές που παρουσιάζει ο ασθενής είναι υπερδιέγερση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, και αδυναμία συγκέντρωσης. Επιπλέον η παραμονή στη ΜΕΘ πάνω από 4 ημέρες και η παράλληλη χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσουν μετατραυματικό στρες γεγονός που έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της μετέπειτα ζωής (Sharma et al., 2014, Kulkarni et al., 2011).

Οι συναισθηματικές διαταραχές οφείλονται σε διάφορους παράγοντες όπως η συνειδητοποίηση εκ μέρους του ίδιου του ασθενούς της κρίσιμης κατάστασης της υγείας του που ανακινεί τον φόβο θανάτου ή μιας μόνιμης σωματικής βλάβης, το ίδιο το περιβάλλον της ΜΕΘ., που χαρακτηρίζεται από έναν μεγάλο αριθμό ισχυρών στρεσογόνων ερεθισμάτων και επιδράσεων. Επιπλέον η αδυναμία επικοινωνίας, η απουσία της οικογένειας αλλά και η διαδικασία της αποδέσμευσης από τον ανα-

πνευστήρα εντείνουν τις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς (Κριεζή και συν., 2009).

1.2.2.1 Άγχος

Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει τα συνεχή και αγχογόνα ερεθίσματα που δέχεται ο ασθενής στη Μ.Ε.Θ. Η κρίσιμη κατάσταση του ασθενούς επηρεάζει τις οργανικές λειτουργίες του και προκαλεί ιδιαίτερο άγχος που εκδηλώνεται με εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπεραερισμό και ανησυχία. Επιπλέον ο τεχνολογικός εξοπλισμός και οι διαδικασίες της ΜΕΘ έχουν αναγνωριστεί ως ιδιαίτερα αγχογόνες. Παρ' όλα αυτά, για κάποιους ασθενείς η μηχανική υποστήριξη της ζωής μπορεί να συμβολίζει ασφάλεια και μια υπόσχεση διατήρησής της. Η μειωμένη ικανότητα να πάρουν αποφάσεις για τον εαυτό τους, ο φόβος και η σύγχυση από τις παραισθήσεις αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους (Fredriksen & Ringsberg, 2007, Nikayin et al., 2016). Το άγχος και η ανησυχία, που συχνά συνοδεύονται και από παραλήρημα, αποτελούν ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν οι ασθενείς, κυρίως, όσοι υποστηρίζονται αναπνευστικά και αδυνατούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Tate et al., 2012, Chivukula et al., 2017).

Παράλληλα με τα ευρήματα των παραπάνω μελετών, οι Lam Soh και συνεργάτες (2014), προσδιόρισαν πέντε, εμπειρίες αγχογόνες, που βιώνουν συχνότερα οι ασθενείς στη ΜΕΘ: η ενδοτραχειακή αναρρόφηση εκκρίσεων, ο πόνος, ο περιορισμός στο κρεβάτι, η γενική δυσφορία, η εξάρτηση από τον αναπνευστήρα και οι φλεβοκεντήσεις.

Παρόμοια αποτελέσματα που συμφωνούν με τις πιο πάνω μελέτες, έδειξαν ότι ο πόνος ήταν η πιο αγχωτική εμπειρία και ακολουθούσε η παρουσία του ενδοτραχειακού σωλήνα και η αϋπνία (Carey et al., 2019).

Αντίστοιχα, οι Chlan & Savik (2011) αξιολόγησαν κατά πόσο το άγχος των ασθενών με μηχανική αναπνευστική υποστήριξη μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Στην τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη τους συμμετείχαν 57 ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε παρέμβαση με τη χρήση μουσικής για να διαπιστωθεί εάν έχει επίδραση στο άγχος των ασθενών. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν καθημερινά έως και 30 ημέρες και οι ερευνητές χρησιμοποίησαν οπτική αναλογική κλίμακα για τη μέτρηση του άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η βαθμολογία στην κλίμακα άγχους μειώθηκε αργά με την πάροδο του χρόνου και αναδείχθηκε η σημασία της κατάλληλης εκτίμησης και παρέμβασης όσον αφορά στο άγχος κατά τη διάρκεια της μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξής τους.

Τέλος, τα ευρήματα μελέτης των Nikayin και συνεργατών (2016), υποστήριξαν ότι το ένα τρίτο των επιζώντων στις ΜΕΘ εμφανίζουν άγχος που συνδέεται με τις εμπειρίες τους στη ΜΕΘ και το οποίο επιμένει ακόμα και κατά το πρώτο έτος μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.

1.2.2.2 Κατάθλιψη

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ), εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα αναξιοσύνης και αδικαιολόγητης ενοχής, αρνητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Πολλά από τα βιώματα που σχετίζονται με την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όπως η στέρηση ύπνου, η αισθητηριακή υπερφόρτωση, η απώλεια ελέγχου και το αίσθημα αποδυνάμωσης προκαλούν σοβαρό στρες και οδηγούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες (Asimakoroulou & Madianos, 2014).

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 28%. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν τη σχέση παραγόντων κινδύνου όπως για παράδειγμα, η διάρκεια του μηχανικού αερισμού, ο χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ, η διάρκεια καταστολής, η σοβαρότητα της νόσου, η ηλικία και το φύλο με τα συμπτώματα κατάθλιψης νοσηλευομένων ασθενών στη ΜΕΘ. Και ενώ ορισμένοι ερευνητές όπως οι Sharma et al., (2014) αναφέρουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στους ασθενείς που βρίσκονταν σε καταστολή αρκετό διάστημα (τρεις μήνες και τέσσερις εβδομάδες αντίστοιχα), οι Tøien και συνεργάτες (2011), υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης εξαρτώνται από τα καταθλιπτικά συμπτώματα που μπορεί να είχε ο ασθενής πριν από την εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Ως εκ τούτου, ασθενείς χωρίς ιστορικό κατάθλιψης έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

1.2.2.3 Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Ο όρος «σύνδρομο ή ψύχωση της ΜΕΘ» στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι το ίδιο το περιβάλλον της ΜΕΘ με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, όπως ο διαρκής φωτισμός, ο θόρυβος από τα μηχανήματα και το προσωπικό, είναι ικανή συνθήκη για να αναπτυχθεί ένα ψυχιατρικό σύνδρομο. Το σύνδρομο της ΜΕΘ είναι ένα οργανικό ψυχοσύνδρομο που διαρκεί κατά μέσον όρο 2-4 ημέρες. Η επίπτωση του συνδρόμου ανέρχεται σε ποσοστό 73% και 67% για ασθενείς που νοσηλεύονται σε Χειρουργικές

ΜΕΘ και ΜΕΘ Τραύματος, αντίστοιχα οι οποίοι ελάμβαναν μεδαζολάμη (Γιαβάση και συν., 2015).

Περιλαμβάνει δύο κατηγορίες παραληρήματος α) το *υπερκινητικό παραλήρημα* (hyperactive) όπου ο ασθενής βρίσκεται σε διέγερση, ανησυχία, συναισθηματική αστάθεια και μειωμένο έλεγχο και β) το *υποδραστικό παραλήρημα* (hyproactive) όπου ο ασθενής βρίσκεται σε απάθεια, παρατηρείται μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, βραδείες κινήσεις και νωθρότητα. Η δεύτερη κατηγορία είναι η πιο συχνή κατάσταση σε ποσοστό 60-65% των ασθενών με παραλήρημα (Olson, 2012).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association) ορίζει το παραλήρημα ή ντελίριο ως οξεία γενικευμένη διαταραχή της συνείδησης, της προσοχής, της γνωστικής λειτουργίας και αντίληψης που αναπτύσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες ή ημέρες) και τείνει να παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Την εμπειρία του παραληρήματος μπορεί να βιώσει ποσοστό έως και 89% των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ. Παρουσιάζει μια κυμαινόμενη πορεία η οποία περιλαμβάνει την οξεία μεταβολή της νοητικής κατάστασης του ασθενούς και μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής μετά την έξοδό του από τη ΜΕΘ (Κριεζή και συν., 2009, Rattray, 2014, Salluh et al., 2015).

Τα κύρια χαρακτηριστικά του παραληρήματος είναι ο αποπροσανατολισμός, η έλλειψη προσοχής, η διαταραχή της συνείδησης και η αιφνίδια αλλαγή στα συναισθήματα. Επιπλέον, μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες νοητικές αλλαγές όπως η απώλεια μνήμης, η σύγχυση, η διαταραχή της γλώσσας καθώς και συναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να εντοπίζονται δύσκολα στους ασθενείς στις ΜΕΘ, με σοβαρά μειωμένο επίπεδο συνείδησης (Olson, 2012, Kalabalik et al., 2014, Arumugam et al., 2017).

Το παραλήρημα στη ΜΕΘ είναι μια συχνά αναστρέψιμη διαταραχή η οποία προκύπτει από διάφορες αιτίες. Αν και ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος και τις τελευταίες δεκαετίες διενεργείται περισσότερη έρευνα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου. Εικάζεται ότι το παραλήρημα προκαλείται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων όπως είναι η χορήγηση φαρμάκων (ηρεμιστικά, υπνωτικά και αναλγητικά), το περιβάλλον της ΜΕΘ, η στέρηση του ύπνου, η σωματική και κοινωνική απομόνωση, ο σωματικός περιορισμός, ο θόρυβος από τον τεχνολογικό εξοπλισμό, αλλά και ορισμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς όπως είναι η ηλικία, ο

αλκοολισμός, η υπέρταση, η άνοια και οι αναπνευστικές διαταραχές (Olson, 2012, Kalabalik et al., 2014, Arumugam et al., 2017, Κριεζή και συν., 2009).

Υπάρχει μία και μοναδική μελέτη που αναφέρει γενετική προδιάθεση για την εκδήλωση παραληρήματος. Στην ίδια μελέτη, φαίνεται ότι το παραλήρημα περιπλέκει την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο, αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για παρατεταμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ, επαναδιασωλήνωση και για μακροπρόθεσμη γνωστική δυσλειτουργία, ενώ παράλληλα αυξάνει το κόστος νοσηλείας και τη θνητότητα (Girard, Pandharipande & Ely, 2008).

Στο πλαίσιο της διερεύνησης του βιώματος των ασθενών με παραλήρημα, πραγματοποιήθηκε από τους Whitehorne και τους συνεργάτες (2015), φαινομενολογική έρευνα σε δείγμα 10 ασθενών ΜΕΘ, σε δύο νοσοκομεία του Καναδά. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, εντοπίστηκαν 4 θεματικές που περιγράφουν το βιώμά τους: «Δεν μπορώ να θυμηθώ», «Θέλω να συνδεθώ», «Προσπαθώ να τα βάλω σε σειρά» που δείχνει την προσπάθεια να αποδώσουν νόημα στην εμπειρία του παραληρήματος και στο έλλειμα των αναμνήσεων και «Φοβάμαι και δεν είμαι ασφαλής», που σηματοδοτεί την αίσθηση του ασθενούς ότι βρίσκεται σε κίνδυνο.

1.2.2.4 Φόβος

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

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

Ο φόβος του θανάτου περιγράφεται, επίσης, με έμφαση από ασθενείς που υποστηρίζονται αναπνευστικά, όταν αναφέρονται στον προειδοποιητικό ήχο του αναπνευστήρα, ο οποίος ακούγεται, όταν μειώνεται κατά πολύ η συχνότητα των αναπνοών τους. Χαρακτηριστική είναι επίσης, η περιγραφή του πανικού και του φόβου του επικείμενου θανάτου τους, όταν αντιλαμβάνονται από τις κινήσεις και τις συζητήσεις των μελών της ομάδας φροντίδας, ότι κάποιοι άλλοι ασθενείς πεθαίνουν δίπλα τους (Cutler et al., 2013, Samuelson, 2011, Wang et al., 2009, Storli et al., 2007, Engström et al., 2013, Asimakopoulou & Madianos, 2014).

Επιπλέον, ο φόβος εστιαζόταν και στις παρεμβάσεις που γίνονταν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά δεν τις επεξηγούσε πλήρως στους ασθενείς. Αλλά και στην αντίληψη ότι αποτελούν ένα «ενοχλητικό πρόσωπο» που θέτει διαρκώς ερωτήσεις που επιβαρύνουν το προσωπικό, με αποτέλεσμα να αισθάνονται αμηχανία ώστε να ζητήσουν βοήθεια. (Karlsson et al., 2012a, Locsin & Kongsuwan, 2013, Torcu et al., 2017).

1.2.2.5 Εξάρτηση και Εγκλωβισμός

Οι ασθενείς που εισάγονται και νοσηλεύονται στις ΜΕΘ παρουσιάζουν ένα είδος εξάρτησης, η οποία συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα όπως είναι η αίσθηση πλήρους αδυναμίας (powerlessness) και η ανασφάλεια (insecurity). Ο Yang (2016) ορίζει την εξάρτηση σε ασθενείς στις ΜΕΘ ως μια κατάσταση αδυναμίας και ευαλωτότητας που χαρακτηρίζεται από την απώλεια εαυτού, προκαλώντας αισθήματα ντροπής, φόβου και δυσπιστίας.

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

τησή τους από τους άλλους. Η εξάρτηση σε σχέση με τη φροντίδα τους μαζί με τις σωματικές αλλαγές αποτελούν αναμφισβήτητα μια κατάσταση που αλλάζει ριζικά τη ζωή τους και δημιουργεί προβλήματα προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα (Magnus & Turkington, 2006, Lykkegaard & Delmar, 2015, Lykkegaard & Delmar, 2013).

Οι ασθενείς συχνά συνδέουν την εξάρτηση με την απώλεια της ελευθερίας τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται εγκλωβισμένοι συναισθηματικά αλλά και σωματικά (Briscoe & Woodgate, 2010). Βασική αιτία εγκλωβισμού αποτελεί η ύπαρξη του ενδοτραχειακού σωλήνα, ο οποίος όμως στην ουσία τους διατηρεί στη ζωή, χωρίς να είναι πάντα σε θέση να κατανοήσουν την αναγκαιότητά του. Επιπλέον οι ασθενείς αδυνατούν να εκφραστούν με αποτέλεσμα να βιώνουν απομόνωση και αποπροσωποποίηση (Karlsson et al., 2012a, Locsin & Kongsuwan, 2013, Samuelson, 2011).

Άλλη αιτία εξάρτησης και εγκλωβισμού αποτελεί ο βιοιατρικός εξοπλισμός που χρησιμοποιούν στις ΜΕΘ. Οι Engström και συνεργάτες (2013), περιέγραψαν στην ποιοτική μελέτη τους τις εμπειρίες των ασθενών που βρίσκονταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ένα νοσοκομείο της Σουηδίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι ασθενείς βίωναν αισθήματα ευαλωτότητας λόγω της εξάρτησής τους από τα μηχανήματα ή τις γραμμές χορήγησης φαρμάκων. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ερευνητές, η εξάρτηση από άλλους ανθρώπους και ο πολύπλοκος τεχνολογικός ιατρικός εξοπλισμός δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση παράδοσης στα χέρια των άλλων, ανήμπορος να παρέμβει, ώστε να έχει τον έλεγχο της κατάστασής του.

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

1.3 Το βίωμα του ασθενούς από τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας

Τα τελευταία τριάντα χρόνια αντικείμενο μελέτης έχουν αποτελέσει οι εμπειρίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Οι περισσότερες μελέτες προέρχονται από σκανδιναβικές χώρες που συχνά έχουν ως μέθοδό τους τη φαινομενολογική προσέγγιση. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν την προσοχή τους στην ανάκληση των αναμνήσεων όπως τα όνειρα, τις παραισθήσεις, τις σωματικές αισθήσεις, αλλά και στις

επιδράσεις της εμπειρίας στη ζωή των ασθενών μετά τη ΜΕΘ. Ο ασθενής που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ βιώνει την εμπειρία του αυτή με διάφορους τρόπους δίνοντας τη δική του σημασία και νόημα, αναφερόμενος στην αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, στις τροποποιημένες σχέσεις τόσο με το οικογενειακό του περιβάλλον όσο και με το προσωπικό της ΜΕΘ, αλλά και στις διαταραγμένες αντιλήψεις για το περιβάλλον της ΜΕΘ (Storli et al., 2007, Fredriksen et al., 2008).

Στη μελέτη μετασύνθεσης των Cutler και συνεργατών (2013), εντοπίστηκαν 8 θεματικές κατηγορίες που αφορούν στο βίωμα του ασθενούς στη ΜΕΘ: 1) Μεταβολές της αντίληψης, δηλαδή τις μη πραγματικές εμπειρίες και τα όνειρα, 2) Εγγύτητα με τον θάνατο, 3) Αντίληψη του σώματος μέσα από το πρίσμα της ασθένειας, 4) Μεταβολές στην αντίληψη του χρόνου, 5) Εξάρτηση από το τεχνολογικό περιβάλλον της ΜΕΘ, 6) Φροντίδα, σχέσεις και επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, 7) Υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος και των φίλων, η επιθυμία για επικοινωνία και 8) Η μεταφορά από τη ΜΕΘ και η αποκατάσταση από την απειλητική ασθένεια.

1.3.1 Το βίωμα του σώματος

Η νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ, αλλάζει δραματικά τον τρόπο ζωής του. Το σώμα του πλέον βρίσκεται σε έναν διαρκή αγώνα επιβίωσης. Ο ασθενής τον αντιλαμβάνεται ως άγνωστο και ανεξέλεγκτο επειδή η δύναμη και η ικανότητα της κίνησης είναι μειωμένες (Storli et al., 2007, Engstrom et al., 2013).

Παρόμοια ευρήματα ανέφεραν και οι Fredriksen και οι συνεργάτες (2008), οι οποίοι διερεύνησαν τον τρόπο που βίωσαν οι ασθενείς τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε επτά ασθενείς, έξι μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, στον χώρο του σπιτιού τους. Όλοι οι ασθενείς ρωτήθηκαν «Πώς βιώσατε το σώμα σας όταν ήσασταν σοβαρά άρρωστος και νοσηλευόσασταν στη ΜΕΘ», Η φαινομενολογική ανάλυση των συνεντεύξεων, έδειξε ότι οι ασθενείς ένιωθαν ότι το σώμα τους ήταν εκτός ελέγχου και ότι ήταν οριακά σε θέση να αντιμετωπίσουν την κατάσταση που βίωναν. Ανέφεραν περιορισμούς στην κίνηση, αλλά και στη γενικότερη έκφραση του σώματος. Πιο συγκεκριμένα αδυνατούσαν να κινήσουν τα μέλη του σώματός τους, όπως τα χέρια τους, το κεφάλι τους ενώ ταυτόχρονα αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ομιλία τους. Το σώμα τους ήταν απόλυτα εξαρτημένο από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τους σημαντικούς άλλους.

Σύμφωνα με ευρήματα άλλων ποιοτικών μελετών οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν τη σωματική αλλαγή ως πολύ μεγάλη, όταν διαπίστωναν ότι παρέμεναν αδύναμοι και

αβοήθητοι καθώς είχαν διαρκώς ανάγκη τους άλλους ώστε να μετακινηθούν στο κρεβάτι τους (Lykkegaard & Delmar, 2013). Πολλές φορές ανέφεραν το διάστημα της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ ως μια περίοδο με παραλλαγμένη αντίληψη του εαυτού μέσα στον χώρο και στον χρόνο. Συχνά κυριαρχούσε η αίσθηση αποσυνδεδετικού τύπου, καθώς ανέφεραν, ότι ήταν «έξω από τα πράγματα, έξω από τον εαυτό τους, κάπου αλλού» παραμένοντας αδιάφοροι για όσα συνέβαιναν κατά τη νοσηλεία τους. Οι ασθενείς περιέγραφαν το σώμα τους ως ένα σώμα ξένο και αποσυνδεδεμένο από αυτούς σε διαρκή κίνηση και ταλάντευση, ενώ άλλοι αναφέρονταν σε μια διαταραγμένη αντίληψη των ορίων του σώματος λόγω της σύνδεσής τους με τον τεχνολογικό εξοπλισμό της ΜΕΘ (Karlsson et al., 2012a, Papathanassoglou & Patiraki, 2003, Fredriksen et al., 2008, Storli et al., 2007, Cutler et al., 2013).

1.3.2 Το βίωμα της διασωλήνωσης

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας βιώνουν μια δυσάρεστη εμπειρία λόγω της σύνδεσής τους με τον αναπνευστήρα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι ασθενείς αναφέρουν σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική δυσφορία και απογοήτευση από τη διαταραγμένη επικοινωνία με το περιβάλλον (Berntzen et al., 2018, Fink et al., 2015, Johnson, St John & Moyle, 2006). Ειδικότερα, η σωματική δυσφορία έχει συνδεθεί κυρίως με τον ενδοτραχειακό σωλήνα αλλά και με τη διαδικασία της αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων (Granja et al., 2005, Rattray et al., 2005).

Η αναποτελεσματική επικοινωνία που οφείλεται στη διασωλήνωση δημιουργεί αισθήματα ματαίωσης και αποκλεισμού, με αποτέλεσμα να απελπίζονται και να παραιτούνται από την προσπάθεια να γνωστοποιήσουν τις ανάγκες τους. Πολλές φορές περιορίζουν την επικοινωνία τους μόνο στις πιο βασικές πληροφορίες, γιατί αντιλαμβάνονται ότι δεν θα γίνει κατανοητό το μήνυμά τους (Magnus & Turkington, 2006, Rose et al., 2014, Foster, 2010). Αντίθετα η αποτελεσματική επικοινωνία φαίνεται να επηρεάζει θετικά το αίσθημα της ασφάλειας και της συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών (Guttormson et al., 2015).

Η μελέτη των Prime και συνεργατών (2016) που πραγματοποιήθηκε σε δεκαέξι ασθενείς που βρίσκονταν υπό μηχανικό αερισμό και λάμβαναν ήπια φαρμακευτική καταστολή, έδειξε ότι σχεδόν οι μισοί δήλωσαν ότι αισθάνονταν άνετα όταν η καταστολή ήταν ήπια και φάνηκαν διατεθειμένοι να ανεχθούν τον πόνο και τη

δυσφορία ως έναν βαθμό προκειμένου να έχουν συνείδηση ώστε να διατηρήσουν την επικοινωνία με το περιβάλλον.

Επιπροσθέτως, η αποσύνδεση, «απογαλακτισμός», του ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής βιώνεται ως στρεσογόνος κατάσταση, η οποία επιδεινώνεται όταν οι προσπάθειες αποσύνδεσης αποτυγχάνουν, εξαιτίας παραγόντων που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του ασθενούς (Κριεζή και συν., 2009). Φαινομενολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς ανησυχούν και αμφιβάλλουν τόσο για τη διαδικασία αποδέσμευσής τους από τον μηχανικό αερισμό όσο και για τη δυνατότητα να αναπνεύσουν χωρίς υποβοήθηση-αυτόματα. Συναισθήματα όπως αδυναμία αναπνοής, δύσπνοιας, κόπωσης αλλά και άγχους συμβάλλουν σε ένα αίσθημα αβοηθησίας και απελπισίας (Tosun et al., 2009, Chen et al., 2009).

1.3.3 Το οικογενειακό περιβάλλον στη ΜΕΘ

Τα οικογενειακά μέλη διαδραματίζουν βασικό ρόλο σε όλη την πορεία της ασθένειας και νοσηλείας του ασθενούς στη ΜΕΘ. Εκτός από την ευθύνη λήψης αποφάσεων, παρέχουν φροντίδα για την ανάρρωση του ασθενούς στο σπίτι μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ (Schmidt & Azoulay, 2012).

Η οικογενειακή υποστήριξη και ενθάρρυνση θεωρείται σημαντικός παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στην ανάκαμψη των ασθενών και στη σύνδεσή τους με την πραγματικότητα, καθώς οι περισσότεροι νιώθουν αποπροσανατολισμένοι στον χώρο και στον χρόνο (Engström & Söderberg, 2007, Wang et al., 2009). Η οικογένεια υπενθυμίζει στους ασθενείς τη ζωή έξω από αυτήν την κατάσταση που βιώνουν (Cutler et al., 2013, Wang et al., 2009, Alpers et al., 2012). Οι οικείες φωνές και παρουσίες, λειτουργούν ως μια γραμμή σύνδεσης με τη ζωή, το παρόν, το παρελθόν και το μέλλον. Η ενθαρρυντική στάση των μελών της οικογένειας ενισχύει την ελπίδα και το κίνητρο του ασθενούς να παραμείνει ζωντανός και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του. Όταν η οικογένεια είναι απύσχα, τότε ο ασθενής βιώνει μεγάλη αναστάτωση, αισθήματα φόβου και μοναξιάς (Bergbom & Askwall, 2000, Engström & Söderberg, 2007). Παρ' όλα αυτά, για κάποιους από τους ασθενείς, οι αναμνήσεις από την παρουσία των συγγενών τους στη ΜΕΘ είναι ελάχιστες έως και ανύπαρκτες (Cutler et al., 2013, Storli et al., 2008).

Η φαινομενολογική μελέτη των Mylén, και συνεργατών (2016), έδειξε ότι η παρουσία των μελών της οικογένειας του ασθενούς συμβάλλει στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και άνεσης. Ακόμα και όταν οι ασθενείς ήταν πολύ κουρα-

σμένοι για να μιλήσουν με τους οικείους τους, η παρουσία τους και μόνο δίπλα τους, είχε θετική επίδραση. Βίωναν την παρουσία των συγγενών ως μια υπενθύμιση ότι σε αυτήν τη φάση δεν μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην οικογενειακή τους ζωή. Όμως, οι συνεχείς επισκέψεις των σημαντικών άλλων και οι συζητήσεις τους κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ, έδιναν την ευκαιρία να ανακτήσουν τον ρόλο τους μέσα στην οικογένεια που τον είχαν χάσει με την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ.

Ωστόσο, αν και οι σημαντικοί άλλοι συνήθως επιδρούν κατευναστικά στους ασθενείς, κάποιες μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η παρουσία ή η υποστήριξη προκαλεί αποκλεισμούς και συγκρούσεις. Κάποιοι ασθενείς αισθάνθηκαν εξάντληση από την παρουσία των συγγενών. Το να κρατήσει το χέρι του ασθενούς ο συγγενής του είναι από τη μια μεριά έκφραση αγάπης και φροντίδας, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση της απώλειας και έντονης μοναξιάς. Όταν οι σημαντικοί άλλοι «θυσιάζονται» για τους ασθενείς, εκείνοι αισθάνονται ντροπή και ενοχή γιατί δεν είναι σε θέση να τους το ανταποδώσουν. Επιπλέον, η δυσκολία που ενδεχομένως να έχουν στην επικοινωνία με τους οικείους τους, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους, πολλές φορές τους προκαλεί αναστάτωση και παράλληλα αισθάνονται αποκλεισμένοι από τον κοινωνικό τους περίγυρο (Fredriksen & Svensson, 2010, Bergbom & Askwall, 2000).

1.3.4 Οι επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ

Μελέτες αναδεικνύουν ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι νευραλγικός στη φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ. Συχνά, ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς συνυπάρχουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα με αντίστοιχες αναμνήσεις. Καθιερώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης ταυτόχρονα όμως μπορεί να αναπτύσσονται συναισθήματα φόβου, άγχους και αδυναμίας. Η ανθρώπινη επαφή με τους επαγγελματίες υγείας είναι επίσης σημαντική για την ομαλή έκβαση των ασθενών καθώς τους παρέχουν ασφάλεια και αντλούν δύναμη από εκείνους. Επιπλέον, όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε σύγχυση το μόνο που μπορεί να τους επαναφέρει εν μέρει στην πραγματικότητα είναι οι σχέσεις που είχαν αναπτύξει με τους νοσηλευτές (Alpers et al., 2012, Fredriksen et al., 2010, Storli et al., 2008).

Παρόλα αυτά, πολλές φορές οι ασθενείς όταν δεν έχουν την κατάλληλη φροντίδα ή όταν παραμένουν χωρίς κλινοσκεπάσματα προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία νοσηλευτικών πράξεων, νιώθουν εκτεθειμένοι και προσβεβλημένοι από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν σέβονται την ιδιωτικότητά τους. Αντιλαμβά-

νονται τη σχέση εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας ως μια παραβίαση, μια απειλή στην ακεραιότητα του σώματός τους. Αυτό το είδος παραβίασης μπορεί να προκύπτει ακόμα και όταν η φροντίδα είναι ελλιπής ή όταν δεν γίνεται με ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας. Άλλοι πάλι ασθενείς αισθάνονται ευγνωμοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας για το γεγονός ότι τους βοήθησαν να επιβιώσουν και να ξεπεράσουν την κρίσιμη κατάσταση που αντιμετώπιζαν (Yang, 2016, Lykkegaard & Delmar, 2015, Κριεζή και συν., 2009).

1.3.5 Οι αναμνήσεις του ασθενούς από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ

Αρκετές μελέτες τα τελευταία χρόνια διερεύνησαν τις αναμνήσεις των ασθενών από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και ανέδειξαν άγνωστες πτυχές από το βίωμά τους. Οι ασθενείς κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους είναι σε καταστολή, προκειμένου να πραγματοποιηθούν επεμβατικές διαδικασίες ή επώδυνες θεραπείες. Μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ και την ανάρρωσή τους από τη βαριά και απειλητική ασθένεια πολύ συχνά αναφέρουν λίγες ή και καμία ανάμνηση από την εμπειρία τους. Αδυνατούν να περιγράψουν το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονταν. Μόνο το ένα πέμπτο των ασθενών που εξέρχονται από τη ΜΕΘ έχει αναμνήσεις των πραγματικών γεγονότων (Jones et al., 2001, Samuelson et al., 2006).

Η αφύπνιση μετά από την καταστολή μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και αποπροσανατολισμό, στον χώρο και στον χρόνο. Οι αναμνήσεις των γεγονότων που έζησαν στη ΜΕΘ είναι αποσπασματικές ή κατακερματισμένες ενώ θυμούνται τα συμβάντα ως θραύσματα αλληλουχίας διαδικασιών, γεγονός που παρεμποδίζει την αναγνώριση της κρίσιμης κατάστασης της υγείας τους και συμβάλλει σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες για την εξέλιξη της ανάρρωσής τους (Roulin et al., 2007, Palesjö et al., 2015).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα προβλήματα μνήμης για τους ασθενείς στη ΜΕΘ, υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο πιθανές διεργασίες που μπορούν να επηρεάσουν τις αναμνήσεις: α) η βαριά και απειλητική ασθένεια, η χορήγηση φαρμάκων και η θεραπεία που παρέχεται στη ΜΕΘ που συνήθως προκαλούν αϋπνία και παραλήρημα που μπορεί να οδηγήσει σε αμνησία και σύγχυση, β) η ύπαρξη μιας διαδικασίας που μετατοπίζει την προσοχή του ασθενούς από τα «εξωτερικά ερεθίσματα» ή τα γεγονότα στις «εσωτερικά δημιουργούμενες εικόνες» ενισχύοντας μνήμες από παραισθήσεις (Adamson et al., 2004).

Στην κλινική και ερευνητική πράξη χρησιμοποιούνται εργαλεία κατηγοριοποίησης των αναμνήσεων από τη ΜΕΘ. Ωστόσο, οι ερευνητές, χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για να προσδιορίσουν τις κατηγορίες αναμνήσεων των ασθενών στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τις υποκλίμακες του Εργαλείου Μνήμης της ΜΕΘ (ICU-Memory Tool), οι αναμνήσεις ταξινομούνται σε: «πραγματικές αναμνήσεις» (οικογένεια, ηχητικά σήματα συναγερμού, φωνές, φώτα, πρόσωπα, ενδοτραχειακός σωλήνας, αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, σκοτάδι, ρολόι), «αναμνήσεις συναισθημάτων» (νιώθω άβολα, αίσθημα σύγχυσης, αίσθημα κακουχίας, αίσθημα αγωνίας / φόβος, πανικός και πόνος) και «παραληρηματικές αναμνήσεις» (ψευδαισθήσεις, εφιάλτες, όνειρα και αίσθημα απειλής). Οι «παραληρηματικές αναμνήσεις» ορίζονται ως διαρκείς ή επαναλαμβανόμενες (ψυχωτικές) ανακλήσεις εμπειριών από γεγονότα που δεν συνέβησαν. Είναι οι λεγόμενες «αναμνήσεις ψευδαίσθησης» που οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως φανταστικές (Svenningsen et al., 2014).

Οι παραληρηματικές ή εξωπραγματικές αναμνήσεις από τη ΜΕΘ είναι συνηθισμένες και εμφανίζονται σε ποσοστό 26 με 75% των ασθενών που επιβιώνουν μετά από μία απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση (Guttormson, 2014). Σε πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις αναμνήσεις των ασθενών μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, οι αναμνήσεις κατηγοριοποιήθηκαν ως «πραγματικές», «παραισθήσεις» ή «αβέβαιες». Η πλειοψηφία των ασθενών είχε παραισθήσεις, ενώ κάποιοι είχαν πραγματικές αναμνήσεις. Για άλλους ήταν αβέβαιο αν οι αναμνήσεις ήταν πραγματικές ή παραισθήσεις. Η περαιτέρω ανάλυση των αφηγήσεών τους ανέδειξε ότι ποσοστό 88% των ασθενών είχε παραισθήσεις και παραληρηματικές παρεισφρητικές αναμνήσεις (Wade et al., 2015).

Οι Rundshagen και οι συνεργάτες (2002), μελέτησαν τη συχνότητα των αναμνήσεων και των ονείρων κατά τη διάρκεια της αναλγησίας που παρείχαν σε 189 ασθενείς διασωληνωμένους ή κατασταλαμένους που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Η πλειοψηφία του δείγματος δεν ανακάλεσε κανένα γεγονός στη μνήμη του, πριν ανακτήσει συνείδηση, ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό αναφέρθηκε σε ανάμνηση του ενδοτραχειακού σωλήνα ή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής του. Μερικοί ασθενείς ανέφεραν όνειρα, άλλοι εφιάλτες και λίγοι περιέγραψαν ψευδαισθήσεις. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους ερευνητές, ένα ποσοστό ασθενών ακόμα και όταν ήταν σε καταστολή θυμάται δυσάρεστα γεγονότα σχετιζόμενα με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.

Στα πρώτα στάδια της ανάρρωσης από την κρίσιμη ασθένεια, στο νοσοκομείο ή και στο σπίτι, οι ασθενείς δυσκολεύονται να διακρίνουν τα όνειρα, τις παραισθήσεις ή και τις ψευδαισθήσεις από την πραγματικότητα (Papathanassoglou & Patiraki, 2003, Samuelson, 2011, Cutler et al., 2013). Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν έναν συνδυασμό με ασαφή όρια, ανάμεσα στις πραγματικές αναμνήσεις, τις παραισθήσεις, τα όνειρα και τους εφιάλτες. Μπορεί να γνωρίζουν ότι οι εμπειρίες τους δεν ήταν πραγματικές, αλλά εκείνη τη στιγμή φαινόταν να βιώνουν κάτι αυθεντικό και πραγματικό. Η ανάκληση των εξωπραγματικών εμπειριών, σύμφωνα με τους ασθενείς, ήταν συχνά οδυνηρή. Αρκετοί ασθενείς εξέφρασαν τις προσπάθειες που έκαναν να απωθήσουν τη σκέψη τους ή να μην επιτρέψουν στον εαυτό τους να σκεφτεί την εμπειρία τους από τη ΜΕΘ (Guttormson, 2014). Ακόμη, οι εφιάλτες, οι παραισθήσεις και οι κατακερματισμένες μνήμες φαίνεται να δυσκολεύουν την κατανόηση των πραγματικών γεγονότων ενώ περιγράφονται ως «πιο ζωντανές από όνειρα» και συχνά περιγράφονται ως δυσάρεστες. Ο χρόνος μπορεί να αλλοιώνει κάποιες από αυτές τις αναμνήσεις, αλλά ενδέχεται κάποια γεγονότα να παραμένουν έντονα στη μνήμη τους ακόμα και αρκετούς μήνες ή χρόνια έχοντας μακροχρόνιες επιδράσεις στη ζωή τους (Roberts & Chaboyer, 2004, Rattray et al., 2010, Wade et al., 2015, Palesjö et al., 2015, Svenningsen, Egerod & Dreyer, 2016).

Η φαινομενολογική μελέτη των Storli και συνεργατών (2008), διερεύνησε τη «ζωή με αναμνήσεις από τη ΜΕΘ» δέκα χρόνια αργότερα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς συνέχιζαν να έχουν τραυματικές αναμνήσεις από έντονα συναισθήματα όσον αφορά σε σωματικές αισθήσεις που βίωσαν κατά τη νοσηλεία τους. Αν και είχε χαθεί η χρονολογική σειρά και οι λεπτομέρειες των γεγονότων, ωστόσο η μνήμη ήταν ακόμα ζωντανή και η αναβίωση ακούσιων αναμνήσεων τους προκαλούσε έντονο άγχος. Ο ασθενής που επανεισάγεται στη ΜΕΘ, λίγα χρόνια αργότερα, βίωνε εκ νέου τα αισθήματα ανασφάλειας που ενσωμάτωσε στη νοσηματοδότηση της ύπαρξής του.

Ομοίως, οι Zetterlund και συνεργάτες (2012), διαπίστωσαν ότι οι αναμνήσεις των ασθενών δεν είχαν μεταβληθεί, ένα και πέντε χρόνια μετά τη ΜΕΘ και ότι οι μνήμες επανεμφανίζονταν ακούσια, οποιαδήποτε στιγμή. Επιπλέον, οι ασθενείς που δεν είχαν αναμνήσεις από τη νοσηλεία αισθάνονταν ότι «δεν υπήρχαν» κατά τη διάρκεια αυτής της εμπειρίας, γεγονός που τους επηρέαζε αρνητικά και παρεμπόδιζε την επένδυσή τους στη ζωή. Οι βασικές προτάσεις που προέκυψαν από τις μελέτες αναφέρονται σε παρεμβάσεις που αναγνωρίζουν την ανάγκη των ασθενών να μιλήσουν για τις εμπειρίες και τις αναμνήσεις τους μετά από την παραμονή τους στη ΜΕΘ.

Μελέτες έδειξαν ότι οι παραληρηματικές αναμνήσεις προέκυψαν ως σημαντική πτυχή της εμπειρίας του ασθενούς. Ενώ νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, βιώνουν ότι βρίσκονται σε έναν άλλον χώρο με εξωπραγματικές εμπειρίες. Κάποιες παραισθήσεις είχαν ζωντανά χρώματα και εικόνες με απειλητικό περιεχόμενο, όπως για παράδειγμα ότι προσπαθούσαν να ξεφύγουν από καταδίωξη, σκηνές θανάτου ή βίας, περίεργα τρομακτικά πρόσωπα ή καταστάσεις, τρομακτικές μεταφορές και πτήσεις του σώματος ή ταξίδια σε παράξενους τόπους (Karlsson & Forsberg, 2008, Samuelson, 2011, Tembo et al., 2012, Cutler et al., 2013, Egerod et al., 2015, Samuelson, 2011, Storli et al., 2007). Οι ψευδαισθήσεις και οι εφιάλτες περιγράφονται ως τρομακτικές, τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όσο και μετά την αποκατάσταση της υγείας τους (Guttormson, 2014, Löf et al., 2008, Samuelson, 2011, Wang et al., 2009).

Οι Svenningsen και οι συνεργάτες (2016), διερεύνησαν μέσω φαινομενολογικής ερμηνευτικής ανάλυσης, τις αναμνήσεις 325 ασθενών με παραλήρημα, 2 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε 4 θεματικές κατηγορίες: 1) Αναμνήσεις από τη συνεχή παρουσία της οικογένειας. Οι στενοί συγγενείς ήταν πολύ σημαντικοί για τους ασθενείς επειδή συχνά συμμετείχαν στον αγώνα τους για να επιβιώσουν ως ενεργοί ή παθητικοί παρατηρητές και αποτελούσαν μέρος της ζωής τους στη ΜΕΘ. Επίσης ανέφεραν παραισθήσεις, ότι ακολουθούσαν ένα μονοπάτι για να βγουν σε μια σήραγγα με φως, άκουγαν ψιθύρους και έβλεπαν οικεία πρόσωπα που είχαν πεθάνει. 2) Συνεχής κίνηση. Οι αναμνήσεις των ασθενών περιελάμβαναν ταξίδια στον χώρο και τον χρόνο και εμπειρίες μετακίνησης, ενώ συχνά ένιωθαν ανίκανοι να ελέγξουν τα γεγονότα. 3) Δυναμικοί χώροι. Οι ασθενείς ανακάλεσαν αναμνήσεις με δωμάτια και χώρους που βρίσκονταν εκτός ΜΕΘ. Περιέγραψαν παραισθήσεις σε σχέση με τον χώρο νοσηλείας, αναφέροντας για παράδειγμα τα χρώματα της ΜΕΘ που τους φαίνονταν ιδιαίτερα τρομακτικά ή την αίσθηση ότι τους είχαν βάλει σε ένα περίεργο δωμάτιο όπου οι τοίχοι, οι πόρτες και τα παράθυρα ήταν σε μια διαρκή κίνηση. 4) Προκλήσεις για την επιβίωση. Οι ασθενείς ανέφεραν τρομακτικές αναμνήσεις από τον αγώνα τους για επιβίωση ενώ ταυτόχρονα αισθάνονταν ότι οι εμπειρίες τους ήταν πραγματικές. Ανέφεραν επίσης ότι συμμετείχαν σε παιχνίδια υπό όρους και πειράματα, αντιμετώπισαν εμπόδια όπου αναγκάστηκαν να τα ξεπεράσουν ή να κερδίσουν μια μάχη για να επιβιώσουν όπως ότι αναρριχήθηκαν στα βουνά όπου έπρεπε να σκοτώσουν πολλούς ανθρώπους για να επιστρέψουν στη ζωή.

Μερικοί ασθενείς ανέφεραν και ευχάριστες αναμνήσεις ή τη συνύπαρξή τους με δυσάρεστες. Πρόσφατα, οι Chahraoui και συνεργάτες (2015), πραγματοποίησαν μια μελέτη που σκοπό είχε να περιγράψει τις ψυχολογικές εμπειρίες 20 ασθενών, τρεις μήνες μετά την παραμονή τους στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς ανέφεραν, αρνητικές αναμνήσεις από το περιβάλλον της ΜΕΘ, που σχετίζονταν με πόνο, με αγωνία, δυσκολίες στον ύπνο, θόρυβο, φόβο και αίσθημα εγκατάλειψης. Ένα άλλο ποσοστό ανέφερε θετικές αναμνήσεις από τη διαθεσιμότητα και τη συνεχή πληροφόρηση των νοσηλευτών, αλλά και από την παρουσία της οικογένειας. Για τους μισούς ασθενείς όμως η ΜΕΘ αποτελούσε μια εμπειρία που χαρακτηριζόταν από άγχος, συμπτώματα μετατραυματικού στρες, αλλά ταυτόχρονα πηγή ευημερίας με θετικές αλλαγές στη ζωή.

Τέλος, οι Ringdal και συνεργάτες (2008), που επίσης διερεύνησαν, τις αναμνήσεις σε δείγμα 18 ασθενών με πολλαπλά τραύματα, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς είχαν κακές αναμνήσεις, παραληρηματικού και αποσπασματικού τύπου ταυτόχρονα με καλές αναμνήσεις που συνδέονταν άμεσα με τη φροντίδα που τους παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη νοσηλεία τους. Οι καλές αναμνήσεις σχετίζονταν και με την αγάπη και υποστήριξη που είχαν από την οικογένειά τους και την αποδοχή όταν επέστρεφαν σπίτι τους. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι ευχάριστες αναμνήσεις είναι σημαντικές για τους ασθενείς καθώς αντισταθμίζουν το άγχος και τις επιπτώσεις των δυσάρεστων αναμνήσεων από τη ΜΕΘ (Samuelson, 2011).

1.3.6 Η νοηματοδότηση του βιώματος στη ΜΕΘ από τον ασθενή

Οι ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ προσπαθούν να συνδέσουν τις αναμνήσεις από τη νοσηλεία και να δώσουν ένα νόημα στο βιώμα τους. Οι Olausson και οι συνεργάτες (2013) και οι Lindberg και συνεργάτες (2015), διερεύνησαν βάσει φαινομενολογικού σχεδιασμού το νόημα που δίνουν οι ασθενείς στην αίθουσα της ΜΕΘ ως χώρο φροντίδας. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι ασθενείς συχνά νοηματοδοτούν το δωμάτιο της ΜΕΘ ως «χώρο όπου δίνεται ένας διαρκής αγώνας για τη ζωή» όπου όλα όσα διαδραματίζονται εκεί αποσκοπούν στην επιβίωσή τους. Αντίθετα, άλλοι ασθενείς στην περίπτωση θανάτου την παρομοιάζουν ως «δωμάτιο θανάτου» που συνδέεται με σύμβολα απώλειας και θλίψης (Cutler et al., 2013, Samuelson, 2011, Engstrom et al., 2013).

Στη μελέτη των Storli και συνεργατών (2008), πραγματοποιήθηκαν δέκα συνεντεύξεις, δέκα χρόνια μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Η αναδρομή στη νοσηλεία στη

ΜΕΘ και η ανάκληση των αναμνήσεων των βιωμάτων νοηματοδοτήθηκε ως ένα «ταξίδι αναζήτησης νοήματος» όσον αφορά στην εμπειρία στη ΜΕΘ. Το ταξίδι αυτό, αποτελούσε μια διαρκή υπαρξιακή και οντολογική αναζήτηση για το νόημα της ζωής και της ύπαρξης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η απόδοση νοήματος σε ένα τόσο έντονο τραυματικό γεγονός είναι αποφασιστικής σημασίας για τους ασθενείς και τη μετέπειτα ζωή τους.

Για μερικούς ασθενείς η νοσηλεία τους στη ΜΕΘ παρομοιάζεται σαν μια «διακοπή», μια κατάσταση αδράνειας μεταξύ ζωής και θανάτου κατά την οποία η ύπαρξή τους αναστέλλεται, καθώς στερούνται συνείδησης. Στην ουσία «απουσιάζουν» από τον κόσμο. Κάποιοι άλλοι ασθενείς νοηματοδοτούν τη χρονική αυτή περίοδο ως «απώλεια χρόνου» που δημιούργησε μια αίσθηση «ασυνέχειας της ύπαρξής τους» (Tembo et al., 2012).

Η ΜΕΘ επίσης περιγράφεται μέσω της φαινομενολογικής ανάλυσης συνεντεύξεων ως το «ιερό έδαφος», ενώ η εμπειρία της νοσηλείας σε αυτήν ως μια περίοδος «εκκόλαψης» σε ένα «κουκούλι» απομονωμένο στο δικό του σύμπαν που τελικά οδήγησε σε μια διεργασία προσωπικής εξέλιξης και αυτοπραγμάτωσης. Η νοηματοδότηση από τους συμμετέχοντες περιγράφηκε με ισχυρά σύμβολα ζωής και αναγέννησης (Papathanassoglou & Patiraki, 2003).

Άλλοι νοηματοδοτούν την εμπειρία ως κάτι «καλό» καθώς το διάστημα της νοσηλείας τους, είχε καίρια σημασία για το πώς διαμορφώνονται οι ζωές τους καθώς τους δίνεται άλλη μια ευκαιρία να δουν τη ζωή με διαφορετικό τρόπο, να αλλάξουν τον παλιό τους εαυτό, να εκτιμήσουν την αξία της ζωής και να υιοθετήσουν άλλες θετικές συμπεριφορές (Yang, 2016, Tembo et al., 2012, Wang et al., 2009, Cypress, 2015).

Τέλος, στη μελέτη των Abbasi και συνεργατών (2014), σε δείγμα ασθενών μετά από επέμβαση ανοικτής καρδιάς, οι συμμετέχοντες νοηματοδότησαν την εμπειρία στη ΜΕΘ αλλά και της χειρουργικής επέμβασης, ως μια «αναγέννηση» που συνδέεται με θετικά συναισθήματα, αίσθηση νεότητας, ευεξίας και υιοθέτηση κανόνων υγιεινής συμπεριφοράς.

1.3.7 Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ

Η μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα είναι μία από τις πιο απαιτητικές διαδικασίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής μεταβαίνει από ένα πολύπλοκο τεχνολογικά εξοπλισμένο περιβάλλον σε ένα λιγότερο εξοπλισμένο

όπου απαιτείται η οργανωμένη και συντονισμένη λειτουργία όλης της ομάδας φροντίδας. Η μεταφορά του, αν και είναι ένα θετικό βήμα ανάκαμψης, μπορεί να είναι παράλληλα το ίδιο δυσάρεστη και τραυματική όσο είναι και η εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν άγχος, φόβο καθώς μεταφέρονται σε ένα άγνωστο περιβάλλον όπου συναντούν νέα πρόσωπα (Cypress, 2013, De Grood et al., 2018).

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, το τραυματικό γεγονός της μεταφοράς από τη ΜΕΘ έχει περιγραφεί ως φαινόμενο του stress της μεταφοράς ή «μετεγκατάστασης» ή «σύνδρομο μετεγκατάστασης». Η Εταιρεία Νοσηλευτικών Διαγνώσεων της Βόρειας Αμερικής (NANDA) το 1992 πρότεινε τη νοσηλευτική διάγνωση στρες μετεγκατάστασης (stress relocation) ως μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο εμφανίζει σωματικές ή και ψυχοκοινωνικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της μεταφοράς από το ένα περιβάλλον στο άλλο (Cypress, 2013).

Το πρόβλημα που προκύπτει συχνά, είναι ότι οι ψυχικές επιπτώσεις που συνδέονται με τη μεταφορά των ασθενών ίσως αγνοηθούν από τους φροντιστές τους (Odell, 2000, Coyle, 2001).

Το βίωμα των ασθενών σχετικά με τη μεταφορά τους από τη ΜΕΘ έχει διερευνηθεί μέσω ποιοτικών μελετών που «φωτίζουν» αποχρώσεις της εμπειρίας τους. Διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετώπισαν με δυσφορία και ανησυχία τη μετακίνησή τους και την απομάκρυνση από το προστατευμένο περιβάλλον της ΜΕΘ, όχι μόνο λόγω των σωματικών και συναισθηματικών δυσκολιών που σχετίστηκαν με την ασθένεια και τη θεραπεία τους, αλλά και από άλλες αιτίες. Αυτές αφορούσαν σε ανησυχίες σχετικά με την επικοινωνία, τη σίτιση, τη νοσηλευτική φροντίδα και την υποστήριξη, καθώς και την οργάνωση του χώρου και το περιβάλλον όπου μεταφέρθηκαν. Συγκεκριμένα, πολλοί ασθενείς αισθάνονταν απροετοίμαστοι από τους επαγγελματίες υγείας για την εισαγωγή τους σε ένα νοσηλευτικό τμήμα όπου υπήρχε μεγάλη και διαρκής κινητικότητα ασθενών και επισκεπτών, γεγονός που τους προκάλεσε ανησυχία και ανασφάλεια. Οι προσδοκίες ότι η οργάνωση της φροντίδας τους θα ήταν σύμφωνη με τις ανάγκες τους, διαψεύστηκαν. Αν και είχαν περισσότερη ιδιωτικότητα, δήλωσαν ότι ένιωθαν απομονωμένοι και παραμελημένοι (Field et al., 2008).

Στις μελέτες παρουσιάζεται και η άποψη των ασθενών που πιστεύουν ότι ήταν σημαντικό για εκείνους να προετοιμάζονται και να ενημερώνονται πριν τη μεταφορά ώστε να γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί. Κάποιοι ασθενείς αισθάνθηκαν ασφαλείς στη ΜΕΘ, αλλά αποκλεισμένοι στον θάλαμο, ενώ άλλοι αντίθετα εκτίμησαν ότι

αφήνουν το αγχωτικό περιβάλλον της ΜΕΘ για έναν πιο «ειρηνικό» θάλαμο. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκαν συναισθήματα άγχους και μια αίσθηση έκθεσης κατά τη διαδικασία της μεταφοράς, αλλά καθησυχάζονταν όταν γνώριζαν τους επαγγελματίες υγείας που θα τους συνόδευαν στο νοσηλευτικό τμήμα. Στα προτεινόμενα μέτρα βελτίωσης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ήταν η ενημέρωση και η εμπλοκή των ασθενών σχετικά με τη διαδικασία μεταφοράς τους από τη ΜΕΘ στα νοσηλευτικά τμήματα (Forsberg et al., 2011).

Σύμφωνα με τα ευρήματα ποιοτικής φαινομενολογικής μελέτης των Manookian και συνεργατών(2015), που διεξάχθηκε σε ΜΕΘ νοσοκομείων της Τεχεράνης με 18 συμμετέχοντες, οι ασθενείς περιέγραψαν βιώματα κατά τη μετάβαση σε έναν νοσηλευτικό θάλαμο, που ανέδειξαν τρεις θεματικές: α) "ευτυχία της επιστροφής" (αποτελείτο από τρία υποθέματα: "επιστροφή στη ζωή", "επιστροφή στην οικογένεια" και "επιστροφή σε γενική πτέρυγα") β) "άγχος διαχωρισμού» (αποτελείτο από δύο υποθέματα: «άγχος του διαχωρισμού από τον τεχνολογικό εξοπλισμό» και «άγχος του διαχωρισμού από το προσωπικό της ΜΕΘ») και γ) «πνευματική ανάπτυξη» (αποτελείτο από δύο υποθέματα: «εγνωσσύνη στον Θεό» και «ευχές προς τους άλλους»). Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν την αναγκαιότητα της αναγνώρισης και της εστίασης στις ατομικές ανάγκες, τα συναισθήματα και τις προσδοκίες των ασθενών για την παροχή μιας πιο ολιστικής και προσωποκεντρικής φροντίδας κατά τη διαδικασία της μετάβασης από τη ΜΕΘ σε μια γενική πτέρυγα.

Επιπλέον, ποσοτικές μελέτες διερεύνησαν τις αλλαγές που πιθανόν να επέρχονται στα επίπεδα του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς της ΜΕΘ λίγο πριν και μετά τη μεταφορά τους στο νοσηλευτικό τμήμα. Στην έρευνα των Choi και συνεργατών (2016), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα ανέφερε αυξημένα επίπεδα καθώς οι τιμές ήταν υψηλότερες σε κλίμακες άγχους και κατάθλιψης στη διάρκεια των 2 εβδομάδων μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ ενώ μειώθηκαν στη συνέχεια. Περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους διαπιστώθηκαν σε ασθενείς με μέτριες έως υψηλές ανάγκες φροντίδας ή σε εκείνους που δεν ήταν σε θέση να επιστρέψουν στο σπίτι τους. Αντίθετα, στα συμπεράσματα άλλης προοπτικής επαναλαμβανόμενης μελέτης κοόρτης των Gustad και συνεργατών (2008), διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα άγχους παρέμειναν χαμηλά σε όλα τη σημεία μέτρησης και δεν άλλαξαν με την πάροδο του χρόνου. Η χρονική στιγμή μεταφοράς του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα προκαλεί μια αναστάτωση και άγχος τόσο στους ασθενείς όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον (Cullinane & Plowright, 2013). Το άγχος είναι μεγαλύτερο

όταν η μετακίνηση πραγματοποιείται κατά τις νυχτερινές ώρες (McCairn & Jones, 2014). Επίσης, σύμφωνα με τους Brodsky-Israeli & DeKeyser Ganz, (2010) ασθενείς με χαμηλότερη κοινωνική στήριξη και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ εμφάνισαν περισσότερο άγχος.

Έχει επισημανθεί ότι η μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Οι Häggström και οι συνεργάτες (2014), διερεύνησαν τις αντιλήψεις 65 συγγενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας κατά τη μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα σε δύο νοσοκομεία της Σουηδίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συγγενείς επιθυμούσαν την ενεργή συμμετοχή τους στη διαδικασία, περισσότερες συναντήσεις με την ομάδα φροντίδας και διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η εκτίμηση των αναγκών των συγγενών και η καλά οργανωμένη μεταφορά του ασθενούς από τη ΜΕΘ είναι ζωτικής σημασίας για μια ποιοτική παρεχόμενη φροντίδα υγείας

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

1.3.8 Σύνοψη των ερευνών

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζουν πολλές δυσάρεστες εμπειρίες όταν νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Η βαριά ασθένεια είναι σαφώς ένα πολύ σημαντικό γεγονός της ζωής τους (Egerod et al., 2015, Tembo et al., 2012, Olausson et al., 2013). Το περιβάλλον στις ΜΕΘ φαίνεται να έχει επιδράσεις σε πολλές πτυχές της εμπειρίας τους. Έχουν μελετηθεί διεξοδικά, με ποσοτικές έρευνες οι οργανικές / ψυχολογικές ανάγκες, η ποιότητα ζωής, το τεχνολογικό περιβάλλον της ΜΕΘ, ο ρόλος της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη του "συνδρόμου της ΜΕΘ" και το άγχος μεταφοράς από τη ΜΕΘ. Είναι διεθνώς πλέον αναγνωρισμένο ότι η παραμονή στη ΜΕΘ αποτελεί δυνητικά μια τραυματική εμπειρία με μακροχρόνιες επιπτώσεις για τους ασθενείς (Cutler et al., 2013, Engstrom et al., 2013, Jones, 2014, Rattray, 2013, Svenningsen et al., 2015, Samuelson & Corrigan, 2009, Häggström et al., 2014).

Τελευταία, ποιοτικές φαινομενολογικές μελέτες, κυρίως από τις σκανδιναβικές χώρες έχουν διερευνήσει τις εμπειρίες των ασθενών και υιοθετούν ως μέθοδο συλλογής δεδομένων τη συνέντευξη. Υπάρχει μεγάλη διακύμανση όσον αφορά τη χρονική στιγμή της συλλογής δεδομένων, που κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες έως δύο χρόνια μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ. Μόνο σε μία μελέτη τα στοιχεία συλλέχθηκαν έως και δέκα χρόνια μετά την έξοδο (Storli et al., 2008). Η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ ως κριτήριο ένταξης στις μελέτες ποικίλλει, από 24 ώρες έως 65 ημέρες καθώς και ο τύπος της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας που συμπεριλαμβάνει τη μεταφορά από τη ΜΕΘ και την παρακολούθηση του ασθενούς όταν αναρρώνει στο σπίτι (Rattray, 2013, Corrigan et al., 2007).

Οι μελέτες δεν εστιάζουν σε ολόκληρη τη διαδικασία της νοσηλείας και της ανάρρωσης από τη βαριά ασθένεια, αλλά μόνο σε συγκεκριμένες φάσεις και σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα καθώς τα δεδομένα αφορούν σε αναμνήσεις ασθενών από τη ΜΕΘ και δεν εστιάζουν στη διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας τους προοπτικά (Cutler et al., 2013). Ωστόσο, οι μελέτες που παρατίθενται σε αυτό το κεφάλαιο παρέχουν μια ένδειξη των εμπειριών των ασθενών σε ένα χρονικό σημείο και όχι σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και της ανάρρωσής τους. Ως εκ τούτου, υπάρχει περιορισμένη γνώση των βασικών ζητημάτων που προκύπτουν για τους ασθενείς σε όλη αυτήν την πορεία της εμπειρίας τους. Παρά την έλλειψη προοπτικών ερευνών, μελέτες μετασύνθεσης έχουν επισημάνει ορισμένα κοινά θέματα που έχουν παρουσιαστεί σε αυτήν την ανασκόπηση, όπως αντιλήψεις για το περιβάλλον της ΜΕΘ, ανάκληση αναμνήσεων από τη νοσηλεία, αντιλήψεις για τις αλλαγές του σώματος, τις σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια (Cutler et al., 2013, Engstrom et al., 2013, Engstrom & Söderberg, 2007, Eriksson et al., 2011).

Οι ποιοτικές έρευνες βοηθούν στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικών φαινομένων σε φυσικά περιβάλλοντα. Κατά συνέπεια, η γνώση σχετικά με το πώς διαμορφώνονται οι εμπειρίες των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως τους νοσηλευτές αφενός μεν να κατανοήσουν αυτές τις εμπειρίες για την ανακούφιση των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών, αφετέρου να λάβουν προστατευτικά μέτρα ώστε να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις που συχνά έχει η παραμονή τους στη ΜΕΘ.

Θέματα που δεν έχουν γίνει αντικείμενο ερευνητικής μελέτης είναι η εμπειρία ασθενών χωρίς αναμνήσεις από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ καθώς και ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε άλλου τύπου μονάδες. Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι

υπάρχουν πολλές πτυχές της εμπειρίας και της φροντίδας του ασθενούς στη ΜΕΘ, που αξίζουν περαιτέρω διερεύνησης και μελέτης. Για να αυξηθούν τα δεδομένα σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών από μια βαριά και απειλητική ασθένεια, είναι απαραίτητες τόσο οι προοπτικές μελέτες που διερευνούν πώς η εμπειρία των ασθενών εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου (από την εμφάνιση της ασθένειας, τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και τη φροντίδα στο σπίτι), όσο και πώς διαφοροποιούνται οι διαδρομές ομάδων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε διαφορετικές μονάδες για ειδικότερα προβλήματα υγείας. Επίσης, ποιοτικές έρευνες θα πρέπει να εστιάσουν στους ασθενείς των ΜΕΘ που έχουν συνείδηση ταυτόχρονα και σε όσους δεν έχουν αναμνήσεις από τη νοσηλεία τους, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα το βίωμα μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε συνάρτηση με το πλαίσιο νοσηλείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ο ασθενής μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η πολυδιάστατη πρόοδος που έχει συντελεστεί στην εντατική φροντίδα των ασθενών, με συνέπεια την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, οδήγησε τους επιστήμονες υγείας, στη μελέτη των επιπτώσεων της νοσηλείας, στον ασθενή. Αν και αρκετοί ασθενείς επιστρέφουν μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ στο προ της εισόδου τους γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο, ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει σημαντικές γνωστικές, λειτουργικές και ψυχολογικές διαταραχές για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μετά (Rawal et al., 2017).

Στην προοπτική μελέτη παρατήρησης, οι Villa και οι συνεργάτες (2016), αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής των ασθενών 1 χρόνο μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν ανέκτησαν ποτέ την αρχική φυσιολογική λειτουργική τους κατάσταση.

2.1.1 Η κατάσταση της υγείας του ασθενούς μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η καθημερινή ζωή των ασθενών αλλάζει δραματικά μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ ενώ η ανάγκη τους για περισσότερη φροντίδα μετά την απειλητική νόσο που αντιμετώπισαν είναι επιτακτική. Οι γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας για την καθημερινή ζωή των ασθενών, με τις δυσκολίες και τις προκλήσεις της, είναι περιορισμένες, παρόλο που υπάρχουν κάποιες σχετικές μελέτες που διερευνούν τις ανάγκες των ασθενών μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ (Choi et al., 2014, Haas et al., 2013).

Οι ψυχοσωματικές και οι λειτουργικές διαταραχές που εμφανίζει ο ασθενής αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως «σύνδρομο μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ», (Post-intensive Care Syndrome-PICS). Το PICS λοιπόν, ορίζεται ως η βλάβη της σωματικής, γνωστικής, και ψυχικής λειτουργίας που είναι αποτέλεσμα της νοσηλείας στη ΜΕΘ, η οποία εκδηλώνεται μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ (Rawal et al., 2017).

Οι παραπάνω διαταραχές ενδέχεται να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, οι συνεχείς βελτιώσεις στη φροντίδα των βαρέως πασχόντων και η πρόωπη αντιμετώπιση των προβλημάτων έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των επιζώντων, τη ταχύτερη ανάρρωση μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ αλλά και τη μείωση των απώτερων επιπλοκών που συνδέονται

με το Σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Adhikari et al., 2010, Parker et al., 2015).

Οι σωματικές δυσλειτουργίες εμφανίζονται σε ποσοστό 25% στους επιβιώσαντες από τη βαριά ασθένεια. Σχετικοί παράγοντες κινδύνου με τη μειωμένη κινητικότητα αναφέρονται, η παρατεταμένη μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, η σήψη, η πολυοργανική ανεπάρκεια και η παρατεταμένη βαθιά καταστολή (Needham et al., 2014).

Οι σωματικές δυσχέρειες του ασθενούς μετά την έξοδό του από τη ΜΕΘ, είναι πολλαπλές και απαιτούν άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η μειωμένη κινητικότητα αποτελεί τη συχνότερη δυσχέρεια και οφείλεται στη μυϊκή αδυναμία, τη μείωση μυϊκής μάζας, τη δυσκαμψία, και τις συσπάσεις των αρθρώσεων. Μία άλλη διαταραχή που ταλαιπωρεί τον ασθενή είναι η δύσπνοια. Στα αίτια της δύσπνοιας περιλαμβάνονται η μυϊκή αδυναμία, η νευροπάθεια, η πνευμονική ίνωση, η προϋπάρχουσα αναπνευστική νόσος και ψυχολογικοί παράγοντες. Άλλου είδους προβλήματα που ακολουθούν τον ασθενή μετά τη ΜΕΘ, είναι η απώλεια σωματικού βάρους λόγω ανορεξίας και ελλιπούς πρόσληψης πρωτεϊνών και υδατανθράκων η οποία ενδέχεται να συσχετίζεται και με ψυχολογικούς παράγοντες. Επίσης οι αλλαγές στην ακοή και τη γεύση, η αϋπνία, η κόπωση, και ο πόνος λόγω κατακλίσεων, οι γνωστικές καθώς και οι σεξουαλικές διαταραχές, αποτελούν συχνά προβλήματα που επηρεάζουν τον ασθενή αρκετό καιρό μετά την έξοδό του από τη ΜΕΘ (Πατσάκη και συν., 2015, Jones, 2014).

Η μελέτη των Choi και συνεργατών (2014), περιγράφει την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών στις ΜΕΘ, σχετικά με τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων που αντιμετωπίζουν, σε τρία χρονικά σημεία μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ: α) δύο εβδομάδες ή λιγότερο, β) δύο μήνες και γ) τέσσερις μήνες. Σε όλα τα χρονικά σημεία, οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ένα ή περισσότερα συμπτώματα (88,5-97%), όπως πόνος που ήταν το συχνότερο, διαταραχές του ύπνου, κόπωση και αδυναμία.

Οι Sacanella και οι συνεργάτες (2011), διερεύνησαν τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών 12 μήνες μετά από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών στους 12 μήνες ήταν 48,9% ενώ η λειτουργική τους κατάσταση και η ποιότητα ζωής παρέμεινε ίδια χωρίς αξιόλογες μεταβολές.

Επίσης, η λειτουργική κατάσταση των ασθενών μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και την έξοδό τους από το νοσοκομείο μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για

ανεπιθύμητα συμβάματα ή ακόμα και θάνατο (Rydingsward et al., 2016, Peetz et al., 2016).

Στην αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 10.343 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από το 1997 έως το 2011 και επιβίωσαν, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με μειωμένη λειτουργική κατάσταση είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες θανάτου 90 ημέρες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν ομαλή λειτουργική κατάσταση (Rydingsward et al., 2016). Οι Stricker και συνεργάτες (2011), διερεύνησαν την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και τη θνησιμότητα 9 χρόνια μετά. Από τους 409 επιβιώσαντες ασθενείς, οι 146 απεβίωσαν 6 μήνες μετά τη ΜΕΘ. Η ηλικία και η σοβαρότητα της ασθένειας ήταν σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν το ποσοστό θνησιμότητας.

Εκτός από τα σωματικά προβλήματα, τα τελευταία χρόνια μελετήθηκαν και οι γνωστικές διαταραχές των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που επιδρούν κατά τη φάση της νοσηλείας στη ΜΕΘ, είναι η οξεία εγκεφαλική δυσλειτουργία, υποξία, σήψη, διαταραχές στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος, η χορήγηση διαφόρων αναλγητικών και ηρεμιστικών φαρμάκων αλλά και προϋπάρχουσα εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών. Το ποσοστό εμφάνισης των γνωστικών διαταραχών είναι της τάξης του 25-100%. Τουλάχιστον ένας έως τρεις στους τέσσερις επιβιώσαντες της ΜΕΘ βιώνουν κάποιου βαθμού γνωστική έκπτωση. Το 73-100% που επιβιώνουν, πάσχουν από ήπια έως μέτρια νοητική έκπτωση, εκ των οποίων ποσοστό 46-78% συνεχίζει να βιώνει την κατάσταση αυτή έως και έναν χρόνο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και το 25-47% έως και δύο χρόνια αργότερα. Η γνωστική έκπτωση μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Η σοβαρότητά της μπορεί να είναι και υποκειμενική καθώς εξαρτάται από την αρχική κατάσταση των νοητικών λειτουργιών του ασθενούς (Torgersen et al., 2011, Needham et al., 2014, Iwashyna et al., 2010).

Πρόσφατη ανασκόπηση σχετικά με τις ψυχολογικές, νευρολογικές και γνωστικές συνέπειες της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, υπογράμμισε ότι οι παραληρηματικές και παρεισφρητικές αναμνήσεις μαζί με το άγχος, την κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες είναι από τις πιο συνήθεις συνέπειες της νοσηλείας στη ΜΕΘ (Clancy et al., 2015).

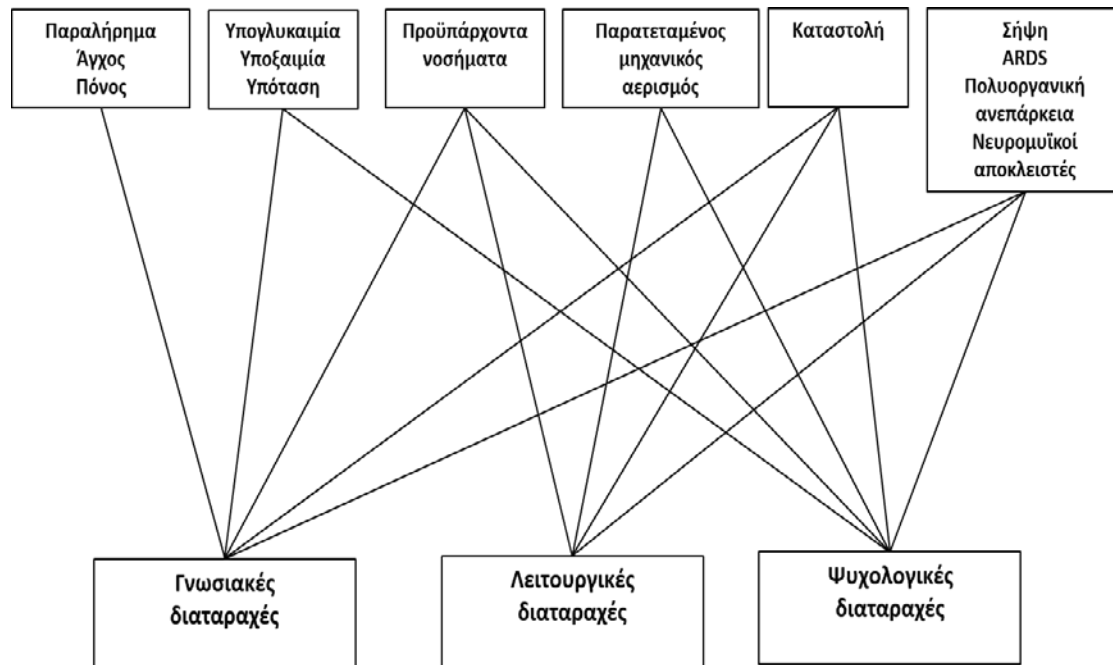
Ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχολογικών διαταραχών μετά τη ΜΕΘ κυμαίνεται σε ποσοστό 1-62% με τη μορφή της κατάθλιψης, του άγχους και του μετατραυματικού

στρες. Ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων στη ΜΕΘ (Pandharipande et al., 2013, Wunsch et al., 2014).

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε επιβιώσαντες ασθενείς στις ΜΕΘ είναι 22% με την κατάθλιψη να επικρατεί στο 28%. Τα ποσοστά άγχους κυμαίνονται από 5% έως 43% (Jackson et al., Girard & Ely, 2007, Bienvenu & Gerstenblith, 2017).

Στην προοπτική μελέτη των Rattray και συνεργατών (2010), αξιολογήθηκε το άγχος, η κατάθλιψη, οι εκδηλώσεις μετατραυματικού στρες, 103 ασθενών σχετικά με την εμπειρία τους από την παραμονή τους στη ΜΕΘ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε τρεις χρονικές στιγμές: μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, πριν την έξοδο από το νοσοκομείο, 2 μήνες και 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, δεν παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του άγχους, και της κατάθλιψης, με την πάροδο του χρόνου.

Επιγραμματικά οι παράγοντες κινδύνου αναφέρονται στο παρακάτω σχήμα. (Σχήμα 1) (Σιδηράς και συν., 2018).



Σχήμα 1. Παράγοντες κινδύνου του συνδρόμου μετά τη νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας (PIC-S) (ΜΕΘ) (Σιδηράς και συν., 2018).

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η νοσηλεία στη ΜΕΘ ενέχει πολλαπλούς κινδύνους με αρνητικές και μακρόχρονες επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των βαρέως πασχόντων, γεγονός που καθιστά άμεση την ανάγκη διεπιστημονικής αντιμετώπισης, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ.

2.2 Οι ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Ένα πολύ συχνό φαινόμενο ψυχικής διαταραχής που εμφανίζεται στους επιζώντες, είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (post-traumatic stress disorder), που οφείλεται στις τραυματικές αναμνήσεις του ασθενούς από τη νοσηλεία του στη Μονάδα. Το άγχος, μαζί με τις επίπονες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο πόνος των τραυμάτων, ο πανικός, οι παραληρηματικές αντιδράσεις αλλά και το ίδιο περιβάλλον της ΜΕΘ περιγράφεται σαν μια πολύ δυσάρεστη και τραυματική εμπειρία από επιζώντες. Πολύ καιρό μετά την έξοδο, ο ασθενής αναφέρει κρίσεις πανικού, συναισθήματα φόβου επανάληψης της εμπειρίας αυτής, διαταραχές ύπνου και εφιάλτες (Rattray, 2014, Samuelson et al., 2007).

2.2.1 Διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ- PTSD)

Το μετατραυματικό σύνδρομο ή διαταραχή μετατραυματικού stress (Post-traumatic stress disorder-PTSD) είναι μια ψυχική διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί μετά από έκθεση σε εξαιρετικά απειλητικά για τη ζωή γεγονότα. Η έκθεση σε μια τραυματική εμπειρία δημιουργεί έντονα συναισθήματα φόβου, αδυναμίας ή σοκ. Εμφανίζεται μετά από γεγονότα που απειλούν τη σωματική ακεραιότητα ή τη ζωή του ατόμου όπως είναι τα ατυχήματα, η απειλητική για τη ζωή ασθένεια, οι φυσικές καταστροφές, ο πόλεμος, τα βασανιστήρια και η σωματική παραβίαση. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013) αναθεώρησε τα διαγνωστικά κριτήρια PTSD στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5) προτείνει τέσσερις κατηγορίες συμπτωμάτων: α) παρείσφρησης, β) αποφυγής, γ) υπερδιέγερσης δ) αρνητικές επιδράσεις στις γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τους ενήλικους είναι τα εξής:

Κριτήριο Α: Στρεσογόνο παράγοντα. Το διαγνωστικό κριτήριο σε αυτήν την ταξινόμηση είναι η έκθεση σε τραυματικό ή αγχογόνο συμβάν με έκθεση σε θάνατο ή

απειλή θανάτου, πραγματικό ή απειλούμενο σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία, με άμεση έκθεση ή ως μάρτυρες του τραύματος ή γνώση ότι συγγενής ή στενός φίλος εκτέθηκε σε ένα τραύμα ή με έμμεση έκθεση συνήθως κατά την άσκηση επαγγελματικών καθηκόντων (π.χ., παρευρισκόμενοι σε τροχαίο, ιατροί).

Κριτήριο Β: Παρέισφρηση. Αναφέρεται στις αναδρομές στο παρελθόν (flashbacks). Το τραυματικό συμβάν επανέρχεται επίμονα με ανεπιθύμητες ενοχλητικές αναμνήσεις και εφιάλτες ενώ εκδηλώνεται συναισθηματική δυσφορία μετά από έκθεση σε τραυματικές υπενθυμίσεις.

Κριτήριο Γ: Αποφυγή. Αναφέρεται στην απόθεση σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα ή εξωτερικά ερεθίσματα που υπενθυμίζουν το γεγονός.

Κριτήριο Δ: Αρνητικές επιδράσεις στις γνωστικές και ψυχικές διαθέσεις. Αρνητικές σκέψεις ή συναισθήματα που άρχισαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραύμα. Παρατηρείται αδυναμία ανάκλησης βασικών χαρακτηριστικών του τραύματος, διαστρεβλωμένη αίσθηση υπαιτιότητας του εαυτού και των άλλων, αποξένωση ή μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες.

Κριτήριο Ε: Υπερεργήγορη. Χαρακτηρίζεται από επιθετική, επικίνδυνη ή καταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου και αδυναμία συγκέντρωσης.

Κριτήριο Ζ: Διάρκεια. Τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από 1 μήνα.

Κριτήριο ΣΤ: Λειτουργικότητα. Τα συμπτώματα δημιουργούν δυσκολία ή λειτουργική βλάβη (π.χ. κοινωνική, επαγγελματική).

Κριτήριο Η: Αποκλεισμός. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε φάρμακα, χρήση ουσιών ή άλλες ασθένειες (American Psychiatric Association, 2013).

Ένα γεγονός θεωρείται τραυματικό, όταν α) είναι αιφνίδιο και απροσδόκητο, «έξω από το εύρος της συνηθισμένης ανθρώπινης εμπειρίας» το οποίο αναστατώνει και απειλεί τον ψυχισμό ενός ατόμου και θα «προκαλούσε σημαντικά συμπτώματα δυσφορίας στους περισσότερους ανθρώπους», β) ασυνήθιστα γεγονότα ενδέχεται να αιφνιδιάσουν και να απειλήσουν ψυχοκοινωνικούς πόρους που διαθέτει ένα άτομο, που γίνονται αντιληπτοί ως ανεπαρκείς γ) αντιλαμβανόμενη αίσθηση μη ελέγχου πάνω στο γεγονός, που έχει ως αποτέλεσμα την αίσθηση αδυναμίας και απειλής της ποιότητας ζωής του, και δ) μακροπρόθεσμες, μη αναστρέψιμες επιπτώσεις, που προκαλούν στο άτομο συναισθήματα απελπισίας με την εξάντληση των διαθέσιμων πόρων (Tedeschi & Calhoun, 1995, Tennen & Affleck, 1990).

Επομένως, όταν ένα άτομο βιώσει τις πιο πάνω καταστάσεις, ενδέχεται να εκδηλώσει μια σειρά από ψυχοκοινωνικές δυσχέρειες. Συγκεκριμένα, ένα τραυματικό

συμβάν προκαλεί σκέψεις παρεισφρητικές (intrusive thoughts), υποτίμησης εαυτού, και μηρυκασμό των γεγονότων (rumination) που βοηθούν στην επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος (Tedeschi & Calhoun, 1995). Επιπλέον, το άτομο επηρεάζεται συναισθηματικά και βιώνει μια σωρεία στρεσογόνων συναισθημάτων όπως, φόβο, άγχος, ενοχή, θυμό και θλίψη και τα οποία οδηγούν σε συμπεριφορικές αλλαγές. Το άτομο αποξενώνεται από το περιβάλλον του καθώς συχνά δεν βρίσκει κατανόηση και ενδιαφέρον από το υποστηρικτικό του πλαίσιο. Επιπροσθέτως, ενδέχεται να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά και να εμφανίσει σεξουαλικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τους Tedeschi και συνεργάτες (1998), ο ορισμός του τι συνιστά τραυματικό συμβάν μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και διαφέρει μεταξύ των πολιτισμών. Αν ένα συμβάν βιώνεται ως τραυματικό, εξαρτάται μέσα από τη ματιά του θεατή. Είναι σημαντικό να διακρίνεται από τους καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες ή τις μικρές παρενοχλήσεις. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στο πώς οι άνθρωποι αλλάζουν μετά από γεγονότα «σεισμικά» που βιώνονται ως ακραία και ανεπιθύμητα καθώς ενδέχεται να προκαλέσουν θεμελιώδεις μετασχηματιστικές αλλαγές.

Αξιοσημείωτο είναι ότι για την αποφυγή του στιγματισμού, οι ερευνητές χρησιμοποιούν όρους όπως *δυσμενή, διασπαστικά ή ακραία γεγονότα* αναφερόμενοι στα *τραυματικά γεγονότα* (Joseph & Linley, 2006, Tedeschi & Calhoun, 1995, Tedeschi et al., 2018).

2.2.2 Θεωρητικά μοντέλα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Οι θεωρίες που προσπάθησαν να εξηγήσουν τον μηχανισμό της εκδήλωσης του μετατραυματικού στρες είναι α) βιολογικές, β) θεωρίες μάθησης γ) ψυχοδυναμικές και δ) γνωστικές (Horowitz, 1986, Kolb, 1987, Kilpatrick et al., 2013, Krystal, 1984). Σύμφωνα με θεωρητικό μοντέλο του Horowitz (1986), (Θεωρία Αντίδρασης στο Στρες, -Stress Response Theory) μετά την εμπειρία ενός τραυματικού συμβάντος, οι άνθρωποι συνήθως αντιδρούν με σοκ που ακολουθείται από μια περίοδο υπερφόρτωσης πληροφοριών κατά την οποία οι σκέψεις, οι αναμνήσεις και οι εικόνες του τραυματικού γεγονότος «ξεπερνούν» τις τρέχουσες γνωστικές δομές. Αν και ποικίλλουν οι αντιδράσεις, συχνότερες είναι οι συμπεριφορές αποφυγής με κενά μνήμης, ένα αίσθημα μουδιάσματος, επαναλαμβανόμενες παρεισφρητικές σκέψεις, με έντονη συναισθηματική δυσφορία με όνειρα, που συνοδεύονται από υπερδιέγερση και αϋπνία. Οι αυτόματες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις αποτελούν έναν μηχανισμό αντίδρασης

και μια εγγενή τάση αυτόματης νοηματικής επανάληψης των τραυματικών εμπειριών έως ότου αυτές ενσωματωθούν στα προϋπάρχοντα γνωστικά σχήματα και πεποιθήσεις του ατόμου. Η αδυναμία ενσωμάτωσης των νέων τραυματικών εμπειριών οδηγεί σε μια συνεχή εναλλαγή ανάμεσα στις παρειασθητικές σκέψεις και στις συμπεριφορές αποφυγής με αποτέλεσμα την εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής.

Το γνωστικό μοντέλο (Cognitive Model) των Ehlers & Clark (2000), για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες διατυπώνει την παραδοχή ότι ένα παρελθόν στρεσογόνο γεγονός αποτελεί μια διαρκή απειλή. Όταν ενεργοποιείται η αντίληψη της απειλής, ακολουθούν παρειασθητικές σκέψεις, υπερδιέγερση, άγχος και διάφορες ψυχοσυναισθηματικές εκδηλώσεις, καθώς επίσης και μια ακολουθία από συμπεριφορικές και γνωστικές αντιδράσεις που αποσκοπούν στον μετριασμό της αίσθησης της απειλής και του στρες. Ο μηχανισμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της γνωστικής επεξεργασίας με συνέπεια τη διαιώνιση της μετατραυματικής διαταραχής. Φαίνεται ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα να εμφανίσουν τη μετατραυματική διαταραχή με συνέπεια μεταξύ άλλων να έχουν μια αρνητική αντίληψη για τα γεγονότα της ζωής ενώ οι παρειασθητικές σκέψεις και οι εφιάλτες συντελούν στην αίσθηση απώλειας ελέγχου και στην αντίληψη μιας μόνιμης βλάβης. Επιπλέον, δυσκολεύονται να ανασύρουν ολοκληρωμένες και οργανωμένες μνήμες, παραλείπουν λεπτομέρειες και παράλληλα βιώνουν επαναλαμβανόμενες παρειασθητικές αναμνήσεις και αναβίωση πτυχών της τραυματικής εμπειρίας, που οφείλεται σε ελλιπή επεξεργασία και ενσωμάτωση των τραυματικών πληροφοριών στην αυτοβιογραφική μνήμη. Στην προσπάθειά τους να ελέγχουν την απειλή, υιοθετούν στρατηγικές όπως ο γνωστικός μηρυκασμός (rumination) της τραυματικής εμπειρίας η αποφυγή των τραυματικών ερεθισμάτων κ.ά. Οι παραπάνω στρατηγικές ίσως να μειώνουν τη δυσφορία για μικρό χρονικό διάστημα, αλλά συντηρούν και ανατροφοδοτούν τη διαταραχή σε βάθος χρόνου.

Ο Janoff-Bulman (1985, 1992), αναφερόμενος στο μοντέλο της γνωστικής εκτίμησης (Cognitive-Appraisal Theory), προτείνει ότι η εμπειρία ενός τραυματικού «σεισμικού» γεγονότος ενδέχεται να ακυρώσει τις βασικές πεποιθήσεις/αντιλήψεις (basic assumptions) του ατόμου όσον αφορά τον κόσμο και τον εαυτό του, όπως, για παράδειγμα ότι είναι άτρωτο, ότι η ζωή έχει νόημα και ο εαυτός μπορεί να γίνεται αντιληπτός μέσα σε ένα θετικό πλαίσιο.

Ομοίως, οι Park et al (Park & Folkman, 1997, Park et al., 2008), δίνουν έμφαση στα συστήματα εννοιών, τα οποία περιλαμβάνουν τις βασικές πεποιθήσεις και

υποθέσεις, αλλά και τους στόχους ενός ατόμου που το καθοδηγούν στη ζωή. Ένα τραυματικό γεγονός συμβάλλει στη ματαίωση των σημαντικών στόχων και κατάρρευση των πεποιθήσεων ενός ατόμου ενώ παράλληλα δημιουργεί στρες και αρνητικά συναισθήματα.

2.2.3 Διαταραχή μετατραυματικού στρες και η νοσηλεία στη ΜΕΘ

Τα άτομα που εκδηλώνουν διαταραχή μετατραυματικού στρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιοαναπνευστικά, μυοσκελετικά, γαστρεντερολογικά ή ανοσολογικά προβλήματα όπως δύσπνοια κόπωση, πονοκεφάλους, πόνους σε διάφορα σημεία του σώματος κ.ά. (Joseph & Linley, 2006, Tedeschi & Calhoun, 1995, Tennen & Affleck, 1990).

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες έχει αναγνωριστεί και έχει συνδεθεί πλέον ως μία από τις ψυχικές συνέπειες απειλητικής για τη ζωή νόσου και φαίνεται ότι ποσοστό 5% έως και 64% των ασθενών της ΜΕΘ μπορεί να εκδηλώσουν το συγκεκριμένο σύνδρομο, γεγονός που συμβάλλει στη μειωμένη ποιότητα ζωής (Bisson et al., 2015, Thibaut, 2017, Jackson et al., 2007).

Στην προοπτική μελέτη των Bienvenu και συνεργατών (2013), διερευνήθηκε ο επιπολασμός της διαταραχής μετατραυματικού στρες και η διάρκεια των συμπτωμάτων μετά από οξεία πνευμονική βλάβη. Τα χρονικά σημεία επανελέγχου των ασθενών ήταν στους 3, 6, 12 και 24 μήνες μετά την πρώτη έναρξη της νόσου. Κατά τη διάρκεια της διετούς παρακολούθησης, οι 66 από τους 186 ασθενείς (35%) εμφάνισαν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής στρες, με τη μεγαλύτερη επίπτωση στους 3 μήνες.

Οι Wintermann και συνεργάτες (2015), μελέτησαν τη συχνότητα της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε 90 ασθενείς με μια προοπτική μελέτη κοόρτης, εντός 4 εβδομάδων, 3 και 6 μηνών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 3% των ασθενών εμφάνισαν διαταραχές άγχους στις 4 εβδομάδες, ενώ συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες εμφάνισε ποσοστό 7% των ασθενών στο follow-up μετά από 3 μήνες και 12% στο follow-up μετά από 6 μήνες. Τέλος, καθυστερημένη εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες παρατηρήθηκε σε ποσοστό 18% των ασθενών. Επίσης, η μελέτη τονίζει τη σημασία του επανελέγχου των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στη μελέτη των Asimakopoulou & Madianos (2015) διερευνήθηκε η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), μεταξύ ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ και ασθενών που νοσηλεύονταν σε νοσηλευτικό τμήμα. Η μελέτη διεξήχθη σε 5 γενικά

νοσοκομεία της Αθήνας και το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 198 ασθενείς. Η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες για τους ασθενείς της ΜΕΘ ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη (35,3%) από τη συχνότητα για τους ασθενείς που νοσηλεύονταν εκτός ΜΕΘ (13,5%). Το κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχής μετατραυματικού στρες για τους ασθενείς της ΜΕΘ τονίζει τη σχέση της με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.

Πρόσφατες έρευνες της τελευταίας 15ετίας αναφέρουν μια σειρά από επιβαρυντικούς παράγοντες ανάπτυξης της διαταραχής μετατραυματικού στρες που σχετίζονται άμεσα με τη ΜΕΘ. Οι ασθενείς εκτίθενται σε πολλαπλούς παράγοντες όπως η νόσος, ο πόνος, η στέρηση ύπνου, η δίψα, η δύσπνοια, το περιβάλλον της ΜΕΘ (θόρυβος και φως), η αδυναμία επικοινωνίας, η απομόνωση και ο φόβος θανάτου. Ενδέχεται λοιπόν να εμφανίσουν ακραίες συναισθηματικές αντιδράσεις. Επίσης, θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως ο μηχανικός αερισμός, η καρδιαγγειακή υποστήριξη δύσκολα γίνονται ανεκτές από τον ασθενή. Επιπλέον, η συνύπαρξη της ανάμνησης της νοσηλείας και του πόνου αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες (Wade et al., 2012, Davydow, 2015, Long et al., 2014, Tulloch et al., 2015, Ratzner et al., 2014, Davydow et al., 2008, Martin & Badeaux, 2018).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα και άλλων μελετών η συνεχής χορήγηση ηρεμιστικών (π.χ. βενζοδιαζεπίνες), η σοβαρή σήψη, η χαμηλή βαθμολογία Apache II, η προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία πριν από την ασθένεια, το παραλήρημα κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ και η νεαρή ηλικία αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες, ενώ η σοβαρότητα της νόσου και η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ φαίνεται ότι δεν σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Battle et al., 2017, Morissey & Collier, 2016, Parker et al., 2015).

Τέλος, πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν στην άποψη ότι οι αναμνήσεις από τις παραληρηματικές ιδέες, τις παραισθήσεις/ψευδαισθήσεις αλλά και η παντελής έλλειψη αναμνήσεων από το βίωμα στη ΜΕΘ, συμβάλλουν στην εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες αλλά και πτωχότερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον συμφωνούν ότι και η προσωπικότητα του ασθενούς αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα εκδήλωσης του συνδρόμου. Αντίθετα η αισιόδοξη στάση ζωής αναφέρεται ότι έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της μετέπειτα ζωής του (Bisson, et al., 2015, Iyadurai et al., 2019, Marra et al., 2017).

Οι μελέτες δείχνουν πως το 21% - 75% των επιζώντων της ΜΕΘ ανακαλούν αναμνήσεις από τις παραισθήσεις / ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι δυσάρεστες και τους επιβαρύνουν ψυχικά (Guttormson, 2014, Ringdal et al., 2010, Rattray et al., 2010).

Η σχέση μεταξύ των αναμνήσεων των ασθενών σχετικά με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και την ανάπτυξη των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες δεν έχει ακόμη γίνει πλήρως κατανοητή. Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι αναμνήσεις πραγματικών γεγονότων, ακόμα και αν είναι δυσάρεστα, προσφέρουν στον ασθενή μια κάποια προστασία από την ανάπτυξη συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ωστόσο, αυτό το συμπέρασμα δεν συμφωνεί με άλλες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι αναμνήσεις από τον πόνο και η ανάκληση πραγματικών γεγονότων αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες (Granja et al., 2005, Jones et al., 2001).

Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, η σχέση μεταξύ απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, νοσηλείας και μετατραυματικής διαταραχής του στρες απασχολεί τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια, με απώτερο σκοπό την ευαισθητοποίηση του προσωπικού υγείας και τη διερεύνηση κατάλληλων παρεμβάσεων.

2.3 Η αποκατάσταση του ασθενούς μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ

Ως αποκατάσταση περιγράφεται η διαδικασία που αποσκοπεί στη χρήση εκπαιδευτικών, ιατρικών, τεχνικών και άλλων μέσων παρέμβασης για την ανάκτηση της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας των ασθενών έπειτα από ασθένεια ή τραυματισμό. Στόχος είναι η εντοπισμός και η απομάκρυνση των αιτιών που προκαλούν αδυναμία συμμετοχής των ασθενών αλλά και η βοήθεια να αξιοποιηθεί η δυναμικότητά τους ώστε να ζήσουν μια λειτουργική ζωή (Πατσάκη και συν., 2015).

Τελευταία, παρατηρείται πρόοδος στη διερεύνηση μεθόδων και τεχνικών για την αποτελεσματικότερη υποστήριξη των βαρέως πασχόντων και τη βελτίωση της πρόγνωσης της ασθένειάς τους. Επίσης πρόσφατες μελέτες διερευνούν την αποτελεσματικότητα που έχουν άρτια δομημένα προγράμματα αποκατάστασης μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ (Rawal et al., 2017, Myers et al., 2016).

Ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες, έχουν συχνά αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα συμμετοχής των ασθενών στη διαδικασία αποκατάστασης (Jones, 2014).

Μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ και εφόσον η οξεία φάση της κρίσιμης νόσου έχει παρέλθει, ο βαρέως πάσχων, εντάσσεται σε εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης, αναλόγως των δυνατοτήτων του και της γενικότερης κατάστασης της υγείας του. Η αποκατάσταση αποτελεί μια σύνθετη και δυναμική διαδικασία, η οποία αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ασθενούς, ο οποίος αξιολογείται σε τακτικά χρονικά διαστήματα ενώ οι θεραπευτικοί στόχοι επαναπροσδιορίζονται ανάλογα με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Επί της ουσίας πρόκειται για μια διεπιστημονική προσέγγιση που επιτελείται από μια εξειδικευμένη ομάδα αποκατάστασης, στην οποία συμμετέχουν ο ψυχολόγος, ο εργοθεραπευτής, ο φυσικοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, ο νοσηλεύτης και ο ιατρός (Jackson et al., 2012). Μελέτες διαπιστώνουν ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση τόσο στο είδος όσο και στη συχνότητα της παρέμβασης, με βασική παράμετρο τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς (Connolly et al., 2015).

Γενικά, ένα πρόγραμμα αποκατάστασης ολιστικής προσέγγισης περιλαμβάνει κυρίως πέντε φάσεις: 1) της νοσηλείας στη ΜΕΘ, 2) της εξόδου από τη ΜΕΘ, 3) της νοσηλείας στον θάλαμο, 4) της εξόδου από το νοσοκομείο, και 5) δύο-τρεις μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ (Πατσάκη και συν., 2015).

Αρχικά, ο ασθενής στη ΜΕΘ αξιολογείται εβδομαδιαίως και αν κρίνεται αναγκαίο, επαναπροσδιορίζονται οι θεραπευτικοί στόχοι. Ο βασικός στόχος των παρεμβάσεων, είναι η πρόωμη κινητοποίησή του και η σταδιακή αποκατάσταση (Salisbury et al., 2010).

Όσον αφορά στους ασθενείς οι οποίοι έχει ήδη εκτιμηθεί ότι έχουν μειωμένη πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων, κρίνεται απαραίτητη η επαναξιολόγησή του σε σύντομο χρονικό διάστημα για να καθοριστεί η πιθανή ανάπτυξη σωματικής ανικανότητας στο μέλλον, καθώς και η πρόοδος της αποκατάστασης (Jackson et al., 2012).

Η αποκατάσταση ξεκινά με τη βοήθεια του φυσικοθεραπευτή, ενώ ο ασθενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, και στοχεύει στην έγκαιρη κινητοποίησή του με τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και λειτουργίας. Η κινητοποίηση του νοσηλευόμενου ασθενούς είναι μια σταδιακή διαδικασία που περιλαμβάνει παθητικές ασκήσεις των άκρων, ενώ η κλινική του κατάσταση είναι σταθερή (Aitken et al., 2014).

Οι μελέτες που αφορούν στην αποκατάσταση του βαρέως πάσχοντα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο είναι σχετικά περιορισμένες. Τρόποι ενίσχυσης της φροντίδας του ασθενούς, αλλά και των φροντιστών του, είναι η παροχή πληροφοριών και η εκπαίδευση μέσω της χορήγησης «ενημερωτικού φυλλαδίου αποκατάστασης», η

περιοδική παρακολούθηση με τη χρήση των νέων επιτευγμάτων της τεχνολογίας, όπως την εφαρμογή της τηλεϊατρικής και ειδικότερα της τηλε-αποκατάστασης (Storli & Lind, 2009, Πατσάκη και συν., 2015, Jones, 2014).

Συμπερασματικά, η πρόωμη αντιμετώπιση και η πρόληψη διαταραχών, η συνεχιζόμενη φροντίδα και αποκατάσταση των προβλημάτων και μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ και από το νοσοκομείο, σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική στήριξη και εκπαίδευση, αποτελούν τα σημαντικότερα συστατικά μιας ολιστικής αποκατάστασής του. Ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας είναι να προλαμβάνει επιπλοκές, να στηρίζει, να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τον ασθενή, καθώς και να αξιολογεί τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων, επαναπροσδιορίζοντας τους στόχους.

2.4 Ποιότητα ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει σχεδόν όλες τις πτυχές της ζωής. Συγκεκριμένα αφορά στην αίσθηση ικανοποίησης που έχει ένα άτομο σε τομείς της ζωής του που είναι σημαντικοί για αυτό. Η ποιότητα ζωής όταν σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας στοχεύει σε τρεις βασικές διαστάσεις: 1) τη σωματική ευεξία, 2) την ψυχική ευεξία και 3) την κοινωνική ευεξία. Στην έννοια αυτή της ποιότητας ζωής, που καθορίζεται από τις τρεις αυτές διαστάσεις, περιλαμβάνονται και κάποιον συγκεκριμένοι τομείς της ζωής που έχουν άμεση σχέση με την ποιότητα όπως είναι η υγεία (γενικά), η οικογενειακή ζωή, οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, η εργασία, η οικονομική κατάσταση και το βιοτικό επίπεδο (Οικονόμου και συν., 2001).

Η σημασία της μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή των αλλαγών που πιθανόν να επέρχονται σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο έχει αναγνωριστεί από την επιστημονική κοινότητα. Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί αρκετά εργαλεία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αξιολογώντας διαστάσεις του ανθρώπου όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία και το φυσικό περιβάλλον. Επιπλέον, υπάρχουν εργαλεία που εστιάζουν σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη νόσο μελετώντας την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη θεραπεία που ακολουθεί ο ασθενής ή τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η νόσος στη ζωή του. Το πιο γνωστό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι το SF-36 το οποίο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας

του ερωτώμενου, με ένα σύνολο 36 ερωτήσεων οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγορίθμου, συνοψίζονται σε 8 κλίμακες:

1. PF: Σωματική λειτουργικότητα (Physical Functionary)
2. RP: Σωματικός ρόλος (Role-Physical)
3. BP: Σωματικός πόνος (Bodily Pain)
4. GH: Γενική υγεία (General Health)
5. VT: Ζωτικότητα (Vitality)
6. SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functionary)
7. RE: Συναισθηματικός ρόλος (Role-Emotional)
8. MH: Ψυχική υγεία (Mental Health).

Υπάρχει επιπλέον μία μεταβατική ερώτηση σχετική με την υγεία και μία ακόμη πιο γενική που αφορά στην αντίληψη του εξεταζόμενου για την υγεία του. Οι περισσότερες ερωτήσεις αναφέρονται στις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες, ενώ κάποιες σχετίζονται με το παρόν (Anagnostopoulos et al., 2005).

Η εμπειρία ενός ασθενούς από τη νοσηλεία του σε νοσοκομείο και κυρίως σε ΜΕΘ, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής του μετά την έξοδό του από αυτήν. Η μακρόχρονη παραμονή του στον αναπνευστήρα, η παραμονή στη Μονάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, η μυϊκή αδυναμία και η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών αποτελούν κριτήρια που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής και την αποκατάσταση (Ringdal & Rose, 2012).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν μελετηθεί διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ηλικία και οι αναμνήσεις των ασθενών από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τα ευρήματα, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που λειτουργούν τόσο θετικά όσο και αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα, η προοπτική μελέτη των Khouli και συνεργατών (2011), όσον αφορά στην ποιότητα ζωής 484 ασθενών, 6 μήνες μετά από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, ανέδειξε τη συσχέτιση της ηλικίας με την ποιότητα ζωής. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είχαν μειωμένη ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία συγκριτικά με τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς που εμφάνισαν μεγάλη βελτίωση.

Οι Tabah και συνεργάτες (2010), διερεύνησαν την ποιότητα ζωής 106 ασθενών άνω των 80 ετών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ, έναν χρόνο μετά την έξοδό τους, από τη ΜΕΘ. Σε αντίθεση με τα ευρήματα των Khouli και συνεργατών (2011), η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έδειξε ότι οι ασθενείς είχαν βελτιωμένη ψυχική υγεία,

καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, ένιωθαν λιγότερο φόβο για τον θάνατο και ανταποκρίνονταν καλύτερα στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Άλλες μελέτες παρέχουν ενδείξεις συσχέτισης των αναμνήσεων από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και της ποιότητας ζωής μετά την έξοδο και την επιστροφή στο σπίτι. Στη μελέτη των Zetterlund και συνεργατών (2012), διερευνήθηκε η συσχέτιση των αναμνήσεων και της ποιότητας ζωής, σε 41 μηχανικά υποστηριζόμενους ασθενείς, ένα έως και πέντε χρόνια μετά τη νοσηλεία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αναμνήσεις των ασθενών ήταν σταθερές με την πάροδο του χρόνου ενώ οι περισσότεροι ασθενείς θυμόνταν τον πανικό και το άγχος. Ποσοστό 37% θυμόταν τον πόνο έναν χρόνο μετά το τραύμα, και το 46% μετά από πέντε χρόνια. Η πλειοψηφία των ασθενών θυμόνταν επίσης την παρουσία της οικογένειας. Το ένα τέταρτο των ασθενών εμφάνισε σαφή συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης έναν χρόνο μετά. Πέντε χρόνια μετά το τραύμα, τα ανεξήγητα αισθήματα πανικού ή άγχους είχαν αυξηθεί κατά τρεις φορές σε σύγκριση με τον επανέλεγχο του ενός έτους μετά το τραύμα. Οι μνήμες παρέμειναν σταθερές και συνέβαλαν στο να μειωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ποιότητα ζωής μετά από πέντε χρόνια ήταν στο ίδιο επίπεδο με αυτή του ενός έτους, σε έξι από τις οκτώ διαστάσεις. Οι δύο διαστάσεις στις οποίες φάνηκε σημαντική διαφορά και ήταν σε καλύτερο επίπεδο ήταν η σωματική και η συναισθηματική κατάσταση.

Ομοίως, οι Orwelius και συνεργάτες (2016), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ των αναμνήσεων και της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής 234 ασθενών 6 μήνες μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, από 9 γενικές ΜΕΘ στην Πορτογαλία, που νοσηλεύθηκαν για περισσότερο από 48 ώρες. Χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια το EuroQol 5-Dimensions (EQ-5D) που αξιολογεί την κατάσταση της υγείας μέσω 5 διαστάσεων (κινητικότητα, αυτοφροντίδα, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος/ δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη) και του ICU Memory Tool ένα εργαλείο αξιολόγησης της ανάκλησης πραγματικών και παραληρηματικών αναμνήσεων από την παραμονή στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι 78 ασθενείς είχαν αναμνήσεις σχετικές με την παραμονή στη ΜΕΘ. Οι ασθενείς που δεν ανέφεραν αναμνήσεις είχαν 2,1 υψηλότερες πιθανότητες ($P=0,011$) να βρίσκονται στο κατώτερο μισό της βαθμολογίας HRQoL ($<0,5$ βαθμολογία δείκτη Ευρω-Qol 5 διαστάσεων). Αντίθετα, οι ασθενείς που ανέφεραν αναμνήσεις είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ($P=0,022$). Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή δείχνει ότι οι επιζώντες της ΜΕΘ έχουν αναμνήσεις

σχετικά με τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και συνδέονται με καλύτερη ποιότητα ζωής, 6 μήνες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.

Άλλες συσχετίσεις που έχουν μελετηθεί αφορούν στην ποιότητα ζωής με την επιστροφή στην εργασία. Η μελέτη των Ringdal και συνεργατών (2010), περιγράφει τις επιδράσεις παραγόντων στην ποιότητα ζωής 153 ασθενών σε σχέση με το άγχος, την κατάθλιψη και την επιστροφή στην εργασία, 6 μήνες έως και 5,5 έτη μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δύο παράγοντες, οι παραληρηματικές αναμνήσεις (delusional memories) και η προϋπάρχουσα νόσος, είχαν τη μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε επιστρέψει στην εργασία του κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Myhren και συνεργατών (2010). Οι ασθενείς που είχαν λιγότερο μετατραυματικό στρες και περισσότερη αισιοδοξία είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και είχαν επιστρέψει στην εργασία τους στο διάστημα του ενός έτους.

Ερευνητές προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν και πώς διαφορετικές παρεμβάσεις επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Φαίνεται ότι παρεμβάσεις όπως η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η γνωστική ψυχοθεραπεία, η ψυχολογική υποστήριξη και η τήρηση ημερολογίων μπορούν να βελτιώσουν τις διαταραχές των ασθενών και συμβάλλουν εξίσου αποτελεσματικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Cuthbertson et al., 2009).

Αντίθετα με τα συμπεράσματα της προηγούμενης μελέτης, η πρόσφατη προοπτική μελέτη παρατήρησης των Daniels και συνεργατών (2018), διεξήχθη σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν το σύνδρομο μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ (Post-intensive Care Syndrome-PICS). Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν: 1) ο προσδιορισμός των εμποδίων που σχετίζονται με τη μειωμένη ποιότητα ζωής, 2) ο σχεδιασμός αποτελεσματικών παρεμβάσεων και 3) η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε ασθενείς που επιβιώνουν από μια σοβαρή νόσο και διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης PICS. Συστάθηκε μια διεπιστημονική ομάδα, συμπεριλαμβανομένων συμβούλων ψυχικής υγείας, φυσικοθεραπευτών, νοσηλευτών και ιατρών για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης PICS. Η έρευνα διεξήχθη μέσω συνεντεύξεων. Οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς και φροντιστές, δηλαδή, όσοι είχαν βιώσει κρίσιμη κατάσταση της υγείας τους ή είχαν φροντίσει κάποιον ασθενή του

οποίου η υγεία βρισκόταν σε κρίσιμη κατάσταση. Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ως βασική αιτία/εμπόδιο την έλλειψη κατανόησης των παραγόντων που σχετίζονται με το PICS. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς και οι φροντιστές αντιμετώπισαν δυσκολία να θυμηθούν και να κατανοήσουν τι συνέβη σε αυτούς ενώ ήταν στη ΜΕΘ και τι να περιμένουν μετά την έξοδό τους από αυτή. Επιπλέον, φάνηκε ότι ένιωσαν απομονωμένοι, με αποτέλεσμα να δυσκολευτούν να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια και να λάβουν συμβουλές. Για να ξεπεραστούν τα εμπόδια, η διεπιστημονική ομάδα φροντίδας ανέπτυξε παρεμβάσεις που στόχευαν στην εκπαίδευση σχετικά με τη θεραπεία του PICS. Η ομάδα αποφάσισε ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες, εξατομικευμένες, να συμπεριλαμβάνουν τους φροντιστές και να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φάση της αποκατάστασής τους. Γι' αυτόν τον λόγο, οι παρεμβάσεις περιελάμβαναν: 1) εκπαιδευτικά βίντεο, 2) διαδικτυακό υλικό εκπαίδευσης και θεραπείας και 3) διαδικτυακές και προσωπικές ομάδες υποστήριξης για θεραπευτικούς λόγους. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι ασθενείς και οι φροντιστές που συμμετείχαν στην παρέμβαση κατανόησαν καλύτερα το νόημα της ζωής μετά από μια εμπειρία νοσηλείας στη ΜΕΘ και έλαβαν σημαντική υποστήριξη από το προσωπικό, γεγονός που καλλιέργησε το αίσθημα της ασφάλειας, ότι δεν έμειναν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αλλά ότι εντάχθηκαν σε μια «κοινότητα», που ενίσχυσε την αυτοπεποίθησή τους. Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά και η εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν αποτελεσματική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Μετατραυματική Ανάπτυξη

3.1.1 Ορισμός

Ως μετατραυματική ανάπτυξη (Post Traumatic Growth - PTG), ορίζεται η υποκειμενική εμπειρία θετικών ψυχολογικών αλλαγών που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα της διαχείρισης μιας τραυματικής εμπειρίας ή εξαιρετικά δύσκολης συνθήκης ζωής. Περιλαμβάνει αλλαγές όσον αφορά α) στην αντίληψη για τη ζωή β) στον εαυτό, γ) στους άλλους, δ) στον προσδιορισμό νέων προτεραιοτήτων και ε) σε πνευματικές αναζητήσεις (Tedeschi & Calhoun, 1995). Η μετατραυματική ανάπτυξη αναφέρεται στην εμπειρία των ατόμων που επιβιώνουν από ένα τραυματικό γεγονός την οποία χρησιμοποιούν ως «ευκαιρία» για περαιτέρω προσωπική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun 2004, Tedeschi et al., 2018). Ο συγκεκριμένος όρος δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1995 από τους Tedeschi και Calhoun που αναφέρθηκαν στο Post-Traumatic Growth (PTG). Όλοι οι ορισμοί της μετατραυματικής ανάπτυξης που έχουν διατυπωθεί μέχρι σήμερα, τείνουν να συγκλίνουν γύρω από μια διαδικασία ή έναν μηχανισμό με τον οποίον οι άνθρωποι που έχουν υποστεί σοβαρά «σεισμικά» ή τραυματικά γεγονότα αποκομίζουν ένα παράδοξο, πολύπλευρο όφελος (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Τα τελευταία 30 χρόνια, στη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί όροι, αναφορικά με την περιγραφή της μετατραυματικής ανάπτυξης μεταξύ των οποίων είναι: «θετικές ψυχολογικές αλλαγές» ή «άντληση δύναμης από τις αντιξοότητες» (Yalom & Lieberman, 1991), η «εύρεση οφέλους» ή «αντιλαμβανόμενα οφέλη» και περιλαμβάνουν συμπεριφορές που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας (π.χ. τακτικός προληπτικός έλεγχος υγείας) αλλά και στην προσωπική «ανάπτυξη» του ατόμου. Ο όρος «ανάπτυξη» αναφέρεται στις αντιλαμβανόμενες θετικές, βαθιές και πραγματικά μετασχηματιστικές αλλαγές που βιώνουν οι άνθρωποι και περιλαμβάνουν: βελτιωμένη ψυχολογική προσαρμογή, στενότερες σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους και πνευματική διεύρυνση και εμπάθυση. Οι ερευνητές της μετατραυματικής ανάπτυξης έχουν διατυπώσει τη θεωρία ότι σοβαρά, απειλητικά ακόμη και τραυματικά συμβάντα της ζωής μπορεί να προκαλέσουν την επιθυμία στο άτομο να συμβάλει με κάποιον τρόπο στη βελτίωση του εαυτού. Δηλαδή, ένα αντικειμενικά ανατρεπτικό γεγονός στη ζωή τους, όπως η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ή η εμπειρία μιας καταστροφής ή ενός πολέμου, τους δίνει την ευκαιρία να αναπτύξουν

νέους τρόπους σκέψης, αίσθησης και συμπεριφοράς, να επανεκτιμήσουν τις προτεραιότητες της ζωής και να αντλήσουν οφέλη από την εμπειρία αυτή (Occhipinti et al., 2015).

3.1.2 Τραύμα και μετατραυματική ανάπτυξη

Η έννοια του τραύματος σύμφωνα με την ιατρική οπτική αναφέρεται στις συνέπειες που έχει στον οργανισμό μια κάκωση που προκαλείται από εξωτερική βία. Το ψυχικό τραύμα αφορά σε μια οξεία αιφνίδια κατάσταση ή απειλή, η οποία κατακλύζει το άτομο με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ψυχική του ισορροπία και η συμπεριφορά του (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Η ένταση, η σοβαρότητα και η διάρκεια της τραυματικής εμπειρίας ή απειλής επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων, με αποτέλεσμα να εμφανίσουν διαταραχές οι οποίες μπορεί να επιμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και αν έχει απομακρυνθεί η εκάστοτε «απειλή». Παράλληλα, οι δύσκολες αυτές καταστάσεις ενδέχεται να επιφέρουν μια σειρά θετικών μόνιμων αλλαγών ως αποτέλεσμα των ψυχολογικών και γνωστικών διαδικασιών που ενεργοποιούνται από τα άτομα για να τις αντιμετωπίσουν αλλά και για να τις εντάξουν στην ιστορία της ζωής τους. Οι Tedeschi & Calhoun (2004), αναφέρουν ότι *«ο αγώνας του ατόμου για τη διαχείριση της νέας πραγματικότητας που έπεται του ψυχικού τραυματισμού του είναι καθοριστικής σημασίας καθώς προσδιορίζει τον βαθμό της μετατραυματικής ανάπτυξης»*.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν αναδείξει το θέμα της μετατραυματικής ανάπτυξης σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι ασθενείς με καρκίνο, με εγκεφαλικά επεισόδια, λευχαιμία, καρδιολογικά νοσήματα, χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα, ή άτομα που πενθούν ή αντιμετωπίζουν φυσικές καταστροφές, τυφώνες, σεισμούς και τσουνάμι (Danhauer et al., 2013). Τα αναφερόμενα ποσοστά ατόμων που εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη κυμαίνονται από 30% έως 80%. Πρόσφατα, το επίκεντρο της έρευνας έχει μετατοπιστεί τόσο στις γνωστικές διαδικασίες, όσο και στους βιολογικούς παράγοντες, που επιδρούν στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Taku, et al., 2015).

3.1.3 Η διεπιστημονική φιλοσοφική προσέγγιση της μετατραυματικής ανάπτυξης

Η μετατραυματική ανάπτυξη αποτελεί ένα πεδίο διεπιστημονικού ενδιαφέροντος. Πριν ξεκινήσει η έρευνα για τη μετατραυματική ανάπτυξη το θέμα της «προσωπικής ανάπτυξης» (personal growth) μετά από τα κρίσιμα γεγονότα ζωής, αποτελούσε αντικείμενο ενδιαφέροντος στις τέχνες, τη λογοτεχνία, τη θρησκεία και τη φιλοσοφία. Η φιλοσοφική έρευνα, και το έργο των μυθιστοριογράφων, δραματουργών και ποιητών, επικεντρώθηκαν στην κατανόηση της έννοιας του ανθρώπινου πόνου και στην υπέρβασή του. Όμως, η συστηματική έρευνα στο πεδίο αυτό οφείλεται στην επιστήμη της ψυχολογίας, και ιδιαίτερα των ειδικεύσεων της γνωστικής ψυχολογίας, της ψυχολογίας της υγείας και της κλινικής ψυχολογίας που εστιάζει στον ψυχικό τραυματισμό.

Παράλληλα η μετατραυματική ανάπτυξη έχει σημαντική θέση και στην ειδίκευση της κοινωνικής ψυχολογίας καθώς το άτομο επηρεάζει και επηρεάζεται από το κοινωνικό δίκτυο, τις υποστηρικτικές υποδομές και την ομάδα κοινωνικής φροντίδας (Mattson, James & Engdahl, 2018, Tedeschi et al., 2018).

Τέλος, μελέτες υποστηρίζουν ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίον οι άνθρωποι προσαρμόζονται σε τραυματικά συμβάντα. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να αποτελέσουν ένα πλαίσιο για να βοηθήσουν την επανεκτίμηση των καταστάσεων που ορίζονται ως «απειλή» και να τις επαναπροσδιορίσουν ως «πρόκληση», που συμβάλλει σε θετικά διδάγματα και αλλαγές ζωής (Shaw, Joseph & Linley, 2005, Tedeschi et al., 2018).

Η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος ενδέχεται να οδηγήσει σε μια εμβάθυνση της πνευματικότητας του θρησκευόμενου όσο και του άθεου ατόμου, η οποία βοηθά τους επιζώντες να αποδώσουν νόημα στην τραυματική εμπειρία, και σκοπό στη ζωή τους (Tedeschi et al., 2018).

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει περιγραφεί μια πνευματική εμπειρία που αποκαλείται «επιθανάτια εμπειρία» Near-Death Experiences (*NDEs*), που μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματική ανάπτυξη. Μελέτες έχουν αναφέρει περιπτώσεις ατόμων που όταν βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός, αισθάνονται ότι «πλησιάζουν στον θάνατο» ή ότι βρίσκονται ανάμεσα στο όριο που χωρίζει τη ζωή από τον θάνατο. Η εμπειρία αυτή περιλαμβάνει συχνά, χαρακτηριστικά όπως βαθιά συναισθήματα ειρήνης και αγάπης. Το άτομο οδηγείται σε υπαρξιακές αναθεωρήσεις με αποτέλεσμα να προσδίδει νέο νόημα και σκοπό στη ζωή του, καθώς αναθεωρεί τη φιλοσοφία και τις αξίες ζωής και τη σημασία που έχουν γι' αυτούς η φήμη, τα υλικά αγαθά και η εξουσία. Δεν είναι

όμως πάντα θετική η εμπειρία αυτή, γιατί το άτομο ανάλογα με τα βιώματα της ζωής του μπορεί να παρουσιάσει θλίψη, θυμό ή και απογοήτευση (Khanna & Greyson, 2015, Tassell-Matamua & Lindsay, 2016, Bosson, Kelley & Jones, 2012, Sleutjes, Moreira-Almeida & Greyson, 2014).

3.1.4 Μετατραυματική ανάπτυξη ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα

Η μετατραυματική ανάπτυξη εκτός από «αποτέλεσμα» (outcome) ενός τραυματικού γεγονότος στη ζωή του ατόμου, μπορεί να είναι ταυτόχρονα και μια «διαδικασία» (process) συνεχούς γνωστικής επεξεργασίας. Σε αυτήν την περίπτωση δύσκολα ξεχωρίζει κανείς τη μετατραυματική ανάπτυξη ως «διεργασία» από τη μετατραυματική ανάπτυξη ως «αποτέλεσμα» (Tedeschi et al., 2018). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της δυσκολίας διαχωρισμού της μετατραυματικής ανάπτυξης ως διαδικασία ή ως αποτέλεσμα, περιγράφεται από τους Hefferon και συνεργάτες (2010), στην ποιοτική φαινομενολογική μελέτη με δείγμα 10 γυναίκες με καρκίνο μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το σώμα των γυναικών, αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της διαδικασίας αλλά και του αποτελέσματος της μετατραυματικής ανάπτυξης, που αποδίδεται μέσω τριών θεματικών κατηγοριών: α) φόβος για την εικόνα του νέου σώματος, β) αρνητικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στο σώμα τους και γ) «επανασύνδεση» με το σώμα τους. Η τελευταία θεματική αναφέρεται στο ότι το σώμα υπενθυμίζει τον θάνατο αλλά ταυτόχρονα και τη ζωή. Η μετατραυματική ανάπτυξη, εκτός από το γεγονός ότι είναι το αποτέλεσμα ενός τραυματικού γεγονότος στη ζωή του ατόμου, μπορεί να είναι ταυτόχρονα και μια διαδικασία συνεχούς γνωστικής επεξεργασίας (Tedeschi & Calhoun, 2004, Calhoun et al., 2000).

3.1.5 Διαστάσεις μετατραυματικής ανάπτυξης

Οι διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορούν να επηρεαστούν και από τον τύπο του τραύματος, δηλαδή αν πρόκειται για σεξουαλική επίθεση, πόλεμο, φυσική καταστροφή (π.χ. σεισμός), τροχαίο ατύχημα κ.λπ. (Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010).

Οι θετικές αλλαγές μετά το τραυματικό γεγονός συνήθως emπίπτουν σε τρεις βασικούς τομείς: την αντίληψη του εαυτού, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη φιλοσοφία της ζωής (Shaw et al., 2005). Οι πρώτες μελέτες σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη επικεντρώθηκαν στις διαστάσεις της οι οποίες ταξινομήθηκαν σε τρεις τομείς: 1. Αναθεωρημένη αντίληψη για τη ζωή, 2. Προσωπική δύναμη, 3. Νέες ευκαι-

ρίες. Πρόσφατα όμως, χάρη στην ανάπτυξη του εργαλείου αξιολόγησης των θετικών αποτελεσμάτων μετά από τραυματικό γεγονός, εντοπίστηκαν οι ακόλουθες πέντε διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi et al., 2018, Walsh et al., 2018):

1. Προσωπική δύναμη (Personal strength)
2. Σχέσεις με τους άλλους (Relating to others)
3. Νέες δυνατότητες (New possibilities)
4. Εκτίμηση της ζωής (Appreciation of life)
5. Πνευματική αλλαγή (Spiritual strenght).

3.1.5.1 Προσωπική δύναμη

Η διάσταση αυτή μπορεί να συνοψιστεί με τη φράση "Είμαι πιο ευάλωτος από όσο πίστευα, αλλά ταυτόχρονα πολύ πιο δυνατός από όσο φανταζόμουν". Η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να δώσει στο άτομο μια αυξημένη αίσθηση αυτοπεποίθησης, μια αίσθηση δύναμης, εμπιστοσύνης, αυτοαποτελεσματικότητας καθώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως «επιζώντα» ή «νικητή» και όχι ως «θύμα». Το άτομο συνειδητοποιεί ότι ο κόσμος αλλάζει, γίνεται απρόβλεπτος, επικίνδυνος και ότι οι προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει το καθιστούν ικανό να διαχειρίζεται δοκιμασίες μέσα από τις οποίες μόνο οι δυνατοί επιβιώνουν (Tedeschi et al., 2018). Η συνειδητοποίηση ότι οι καταστάσεις στη ζωή του έχουν αλλάξει και ότι ο κόσμος, μέσα από τη δική του οπτική, έχει «ανακατασκευαστεί» βοηθούν το άτομο να αναπτύξει μια αίσθηση αυτοεπάρκειας και προσωπικής δύναμης ώστε να ξεπερνά όλες τις δυσκολίες καθώς υιοθετεί μια θετική συμπεριφορά απέναντι στις δυσκολίες που προκύπτουν. Η προσωπική δύναμη που εκδηλώνει το άτομο κατά τη φάση της μετατραυματικής ανάπτυξης σχετίζεται με βασικές αρετές και αξίες όπως είναι η σοφία, το θάρρος, η ελπίδα, η αισιοδοξία, ο σεβασμός και η ευγνωμοσύνη που δρουν προστατευτικά και διευκολύνουν την ανασυγκρότηση του ατόμου μετά από μια τραυματική εμπειρία που βιώνει (Peterson et al., 2008, Schwarzer, Luszczynska et al., 2006).

3.1.5.2 Σχέσεις με τους άλλους

Η διάσταση αυτή αντικατοπτρίζει την εμπειρία των θετικών αλλαγών στις σχέσεις, καθώς το άτομο αισθάνεται μεγαλύτερη σύνδεση με τους άλλους ανθρώπους, είναι πιο πρόθυμο να δεχτεί τη βοήθειά τους και αφιερώνει περισσότερο χρόνο με τον/τη σύντροφό του, την οικογένεια και τους φίλους του. Οι σχέσεις με τους άλλους αντανακλούν την αγάπη, το ενδιαφέρον και την ευγνωμοσύνη του (Tedeschi et al.,

2018, Canevello et al., 2016). Παράλληλα είναι δεκτικό στη βοήθεια και στήριξη άλλων ακόμα και όταν προβαίνουν στις πιο απλές πράξεις. Η συναισθηματική στήριξη που λαμβάνει το άτομο πηγάζει από πράξεις αγάπης, φροντίδας και στοργής όχι μόνο από τους σημαντικούς άλλους αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον (Nenova et al., 2013, Rzeszutek, 2017). Όμως, η σχέση της κοινωνικής στήριξης και της μετατραυματικής ανάπτυξης παραμένει ασαφής καθώς από τη μία πλευρά η κοινωνική στήριξη σχετίζεται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη αλλά και αρνητικά. Οι αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους περιλαμβάνουν και αποφάσεις αποδέσμευσης από σχέσεις που το άτομο δεν θεωρεί θετικές ή ευεργετικές. Παρότι «χάνει σχέσεις», η απώλεια αφορά σε αυτές που το επιβαρύνουν, με συνέπεια τη βελτίωση της ζωής του. Το άτομο διατηρεί τις σχέσεις που πιστεύει ότι αξίζουν και διακρίνει τους ανθρώπους που μπορούν να το στηρίξουν στις δύσκολες στιγμές. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα κάθε είδους κοινωνική στήριξη ενισχύει την προσωπική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, το προστατεύει από την κατάθλιψη και βελτιώνει το επίπεδο της υγείας του (Rzeszutek, 2017, Tedeschi et al., 2018).

3.1.5.3 Νέες Δυνατότητες

Η διάσταση αυτή εμφανίζεται στις επιλογές του ατόμου, στην αναγνώριση νέων δυνατοτήτων ή στην απόφαση να ακολουθήσει ένα νέο και διαφορετικό μονοπάτι στη ζωή του. Μπορεί επίσης να αναπτύξει νέες δραστηριότητες, συνήθειες ή κοινωνικά ενδιαφέροντα, να επιλέξει μια νέα καριέρα ως αποτέλεσμα της τραυματικής του εμπειρίας (Tedeschi et al., 2018, Calhoun & Tedeschi, 2013). Η διάσταση των νέων δυνατοτήτων φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι σχετίζεται με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία (οι νεότεροι σε ηλικία που προσδοκούν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, απολαμβάνουν το παρόν και επαναπρογραμματίζουν το μέλλον τους), το επάγγελμα (άτομα με πλήρη ή μερική απασχόληση παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης καθώς η εργασία αποτελεί προστατευτικό παράγοντα απέναντι στο άγχος), και το επίπεδο εκπαίδευσης (άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ικανά να ξεπεράσουν πιο εύκολα τις δυσκολίες μετά από μια τραυματική εμπειρία και να «οικοδομήσουν» σταθερές κοινωνικές σχέσεις) (Cormio et al., 2017).

3.1.5.4 Εκτίμηση της ζωής

Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει μια μεγαλύτερη εκτίμηση για όλα όσα η ζωή προσφέρει, «πράγματα» που προηγουμένως το άτομο θεωρούσε δεδομένα. Μετά το τραυματικό βίωμα, ορισμένοι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη ζωή ως μια δεύτερη ευκαιρία. Διαθέτουν περισσότερο ποιοτικό χρόνο στις οικογενειακές και στις φιλικές τους σχέσεις, και εκτιμούν περισσότερο την κάθε μέρα με τις μικρές ευχάριστες στιγμές της. Αναθεωρούν τις προτεραιότητές τους, και τοποθετούν ψηλά στην ιεραρχία των αξιών τους, την επαφή με τους σημαντικούς άλλους αντί την απόκτηση υλικών αγαθών. Ταυτόχρονα, αναζητούν απαντήσεις σε θεμελιώδη υπαρξιακά ερωτήματα, ενώ ορισμένοι ανακαλύπτουν «την αποστολή τους» σε αυτόν τον κόσμο (Lotfi-Kashani et al., 2014, Tedeschi et al., 2018, Joseph & Linley, 2006).

3.1.5.5 Πνευματική αλλαγή

Το άτομο ανάλογα με την πνευματικότητά του αναζητά τον σκοπό της ζωής μέχρι να φτάσει στην επίτευξη μιας εσωτερικής αρμονίας. Αυτό μπορεί να το οδηγήσει σε μια υπέρβαση κατά την οποία ο εαυτός εισέρχεται σε κάτι ευρύτερο. Στη διάσταση αυτή περιγράφεται ουσιαστικά η θρησκευτική αναζήτηση που βιώνει το άτομο είτε ανήκει είτε όχι σε κάποια θρησκεία. Περιγράφονται οι πνευματικές και θρησκευτικές αλλαγές ανάλογα με το πολιτισμικό του υπόβαθρο καθώς και οι υπαρξιακές αναζητήσεις, μέσω των οποίων, το άτομο επιδιώκει να αποδώσει νόημα. στη δική του ύπαρξη καθώς και στο τραυματικό γεγονός που έχει βιώσει (Tedeschi et al., 2018).

Συχνά ανακαλύπτει κρυμμένες εσωτερικές δυνάμεις που αντιστοιχούν σε μια εσωτερική πνευματικότητα, μια αυξημένη τάση σύνδεσης με τους άλλους ανθρώπους και μια αναζήτηση απαντήσεων σε υπαρξιακής φύσης ερωτήματα. Οι κοινότητες πιστών είναι ικανές να παρέχουν πολύ σημαντική στήριξη στο άτομο που βρίσκεται στη διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης, καθώς αναγνωρίζουν και αποδέχονται τη νέα εικόνα εαυτού. Παράλληλα, οι αφηγήσεις που πραγματοποιούνται σε διάφορες συναντήσεις θρησκευτικού περιεχομένου μπορεί να λειτουργήσουν ως μέσο ψυχοθεραπείας (Behzadi et al., 2018).

3.1.6 Θεωρητικό Μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Ορισμένοι θεωρητικοί αντιλαμβάνονται τη μετατραυματική ανάπτυξη ως μηχανισμό αυτορρύθμισης που συνδέεται με την έμφυτη βιολογική τάση του ατόμου να προστατεύεται από την ταλαιπωρία που προκαλείται από δυσμενείς συνθήκες, μια

διαδικασία που μπορεί να επεξηγηθεί από τις προσπάθειες του ατόμου να αντιμετωπίσει το τραυματικό γεγονός. Τα πλέον κυρίαρχα μοντέλα στη βιβλιογραφία για τη μετατραυματική ανάπτυξη διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται σε μοντέλα που αντιλαμβάνονται τη μετατραυματική ανάπτυξη ως «αποτέλεσμα» μιας τραυματικής εμπειρίας ενώ η δεύτερη αναφέρεται σε μοντέλα που θεωρούν τη μετατραυματική ανάπτυξη «στρατηγική αντιμετώπισης» (Taylor et al., 2000).

Οι Tedeschi & Calhoun το 1995 για πρώτη φορά πρότειναν ένα θεωρητικό μοντέλο που περιγράφει τις ψυχικές διεργασίες που οδηγούν στη μετατραυματική ανάπτυξη. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα αρνητικά συμβάντα της ζωής, όπως οι χρόνιες ασθένειες, μπορούν να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα, καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως «δυνατό» άτομο και «ανθεκτικό» έχοντας ξεπεράσει τις δυσκολίες (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Σε αυτό το αρχικό μοντέλο, ενσωματώθηκαν έννοιες που αναφέρονται στις στρατηγικές αντιμετώπισης, τη δημιουργικότητα και την αλλαγή. Οι Tedeschi & Calhoun παρουσίασαν μια σειρά από επτά προτάσεις, ουσιαστικά ένα γνωστικό πλαίσιο για την περιγραφή της διαδικασίας ανάπτυξης (Tedeschi et al., 2018).

Οι τρεις πρώτες προτάσεις καθιερώνουν την αλλαγή σχήματος ως βάση για την ανάπτυξη, ανατρέχοντας στις κονστρουκτιβιστικές θεωρίες των Neimeyer (1993), Janoff-Bulman (1992) και Kelly (1955). Αυτές οι προτάσεις τονίζουν πως η βάση για ανάπτυξη είναι η ανασυγκρότηση του ατόμου μέσω θετικών εκτιμήσεων της τραυματικής εμπειρίας του. Σύμφωνα με την *πρώτη* πρόταση μπορεί να επιτευχθεί ανάπτυξη, όταν τα γνωστικά σχήματα αλλάζουν μετά από την αντιμετώπιση ενός τραυματικού γεγονότος. Στηρίζεται στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να ανακατασκευάσουν τα γνωστικά σχήματα (re-construct) που διαθέτουν προκειμένου να κατανοήσουν τον κόσμο και την πραγματικότητα. Το τραυματικό συμβάν ανατρέπει τα θεμελιώδη ερμηνευτικά σχήματα του ατόμου που κρίνονται πλέον ανεπαρκή και ελλιπή. Επομένως, οι τροποποιήσεις είναι απαραίτητες για την επιτυχή αναθεώρηση των σχημάτων και την ανάπτυξη (Janoff-Bulman, 1992, Neimeyer, 1993). Σύμφωνα με τη *δεύτερη* πρόταση, τόσο οι άκαμπτες όσο και οι πολύ ευέλικτες πεποιθήσεις δεν ευνοούν τη μετατραυματική ανάπτυξη μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός (Tedeschi & Calhoun, 1995). Η *τρίτη* πρόταση στηρίζεται στην πεποίθηση ότι είναι αναγκαίες κάποιες θετικές αξιολογήσεις στη διαδικασία ανακατασκευής των γνωστικών σχημάτων μετά το τραύμα, για να υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης. Σύμφωνα με την

τέταρτη πρόταση, διαφορετικοί τύποι τραυμάτων μπορεί να παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα ανάπτυξης, ενώ σύμφωνα με την *πέμπτη* πρόταση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν την ανάπτυξη. Χαρακτηριστικά όπως η αίσθηση της αυτο-επάρκειας, η ανθεκτικότητα, η αισιοδοξία, η δημιουργικότητα και η γνωστική ευελιξία μπορεί να κάνουν τα άτομα ικανά να ανταποκριθούν στα τραύματα με τρόπους που οδηγούν σε ανάπτυξη. Η *έκτη* πρόταση αναφέρει ότι «η ανάπτυξη συμβαίνει όταν το τραύμα αποκτά κεντρική θέση στην «ιστορία της ζωής» ενός ατόμου. Τέλος, η *έβδομη* πρόταση υποστηρίζει ότι η σοφία είναι προϊόν ανάπτυξης (Tedeschi et al., 2018).

Η διαδικασία που αναφέρεται πιο πάνω έχει το εξής αποτέλεσμα: η κατάσταση που αντιμετωπίζει το άτομο να θεωρείται πιο κατανοητή και διαχειρίσιμη, χάρη στη μετατραυματική ανάπτυξη που επιτρέπει μια στοχαστική διαδικασία σχετικά με τις αντιξοότητες της ζωής και των επιπτώσεων στη ζωή του ατόμου. Η κατάσταση που αντιμετωπίζει το άτομο είναι περισσότερο κατανοητή και εμπεριέχει λιγότερη συναισθηματική δυσφορία ενώ η ανάπτυξη που βιώνει ταυτίζεται με τη σοφία η οποία συμβάλλει επίσης στη θετική αλλαγή της προσωπικότητας (Jayawickreme & Blackie, 2014). Στο μοντέλο Tedeschi & Calhoun του 1995, υπάρχει συναισθηματική ηρεμία, βαθιά εκτίμηση της ζωής αλλά και χαρά από την αναγνώριση ότι ο εαυτός είναι ευάλωτος και ταυτόχρονα ισχυρός. Οι γνωστικές αλλαγές συνδέονται με μια ανασκόπηση και αναθεώρηση του αφηγήματος της ζωής μέσα από μία αναστοχαστική διαδικασία που οδηγεί σε συμπεριφορικές αλλαγές που συμβάλλουν σε βελτιωμένες προσωπικές σχέσεις, οι οποίες εμβαθύνονται χάρη στην ενσυναίσθηση, την υποστήριξη και τη φροντίδα από τους άλλους (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Το μοντέλο αυτό έχει αναθεωρηθεί μέσα στον χρόνο όμως οι κεντρικές ιδέες παραμένουν σταθερές με διαφορετικές σχηματικές απεικονίσεις. Ακολούθησαν αναθεωρήσεις κατά τα έτη 1998, 2004, 2006, 2010, 2013 (Tedeschi et al., 2018). Στο τελευταίο αναθεωρημένο κείμενο περιλαμβάνονται τα ακόλουθα εννέα στοιχεία:

- 1.** Τα χαρακτηριστικά του ατόμου πριν από το τραύμα, (η μέτρια ευεξία, το ανοιχτό ενεργό ελπιδοφόρο γνωστικό στυλ επιτρέπουν τη μετατραυματική ανάπτυξη).
- 2.** Το σεισμικό τραυματικό συμβάν.
- 3.** Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο σε σχέση με τους μη ρεαλιστικούς στόχους και πεποιθήσεις αλλά και η ικανότητα διαχείρισης της συναισθηματικής δυσφορίας, καθορίζουν για το τι είναι «σεισμικό συμβάν».
- 4.** Η επιτυχία αποδέσμευσης από δύσκολους, απρόσιτους στόχους και αβάσιμες πεποιθήσεις.
- 5.** Η μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας χάρη στην υιοθέτηση

αποτελεσματικών στρατηγικών ρύθμισης των συναισθημάτων. **6.** Η μετατροπή του «μηρυκασμού» από «αυτόματο» σε «σκόπιμο». **7.** Η φύση της κοινωνικής υποστήριξης που εκφράζεται μέσω της «συντροφικότητας» αντί μιας γενικής υποστήριξης. **8.** Η μετατραυματική ανάπτυξη που σχετίζεται με τις διαστάσεις: σχέσεις με άλλους, νέες δυνατότητες, προσωπική δύναμη, πνευματική αλλαγή, εκτίμηση της ζωής, αφηγηματική ανάπτυξη αλλά και σοφία. **9.** Η διαρκής δυσφορία εμποδίζει την εστίαση του ατόμου στην αλλαγή και την ανάπτυξη.

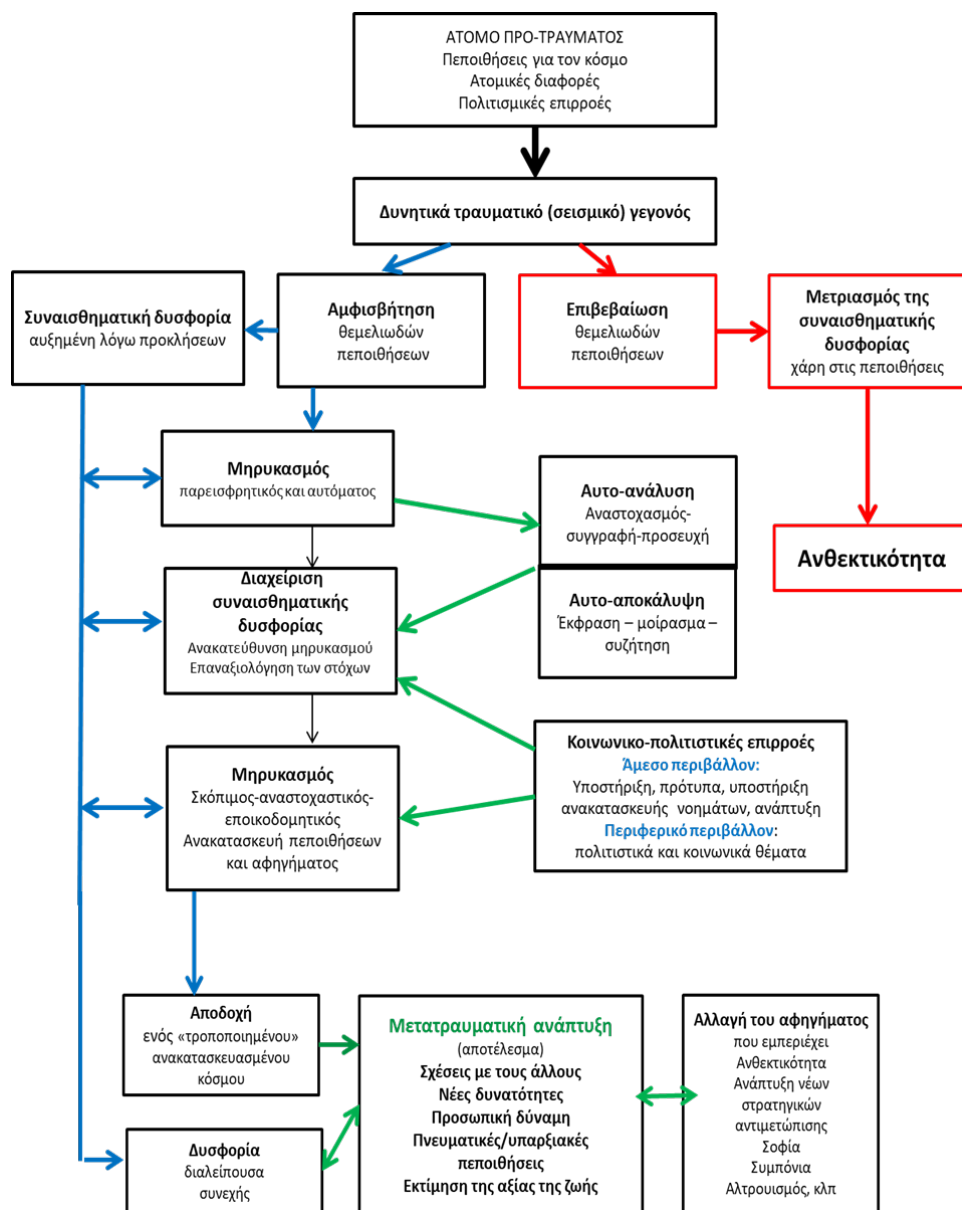
Συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά του ατόμου προ-τραύματος αναμένεται να επηρεάσουν τον τρόπο που το άτομο βιώνει τα τραυματικά γεγονότα, τα οποία ανατρέπουν τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις του και οδηγούν σε μια αναπόφευκτη γνωστική επεξεργασία («αυτόματος-σκόπιμος μηρυκασμός») σχετικά με όσα έχει βιώσει. Η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην επιτυχία της αντιμετώπισης και τους δύο τύπους μηρυκασμού. Η μετατραυματική ανάπτυξη βιώνεται / αναπτύσσεται μέσα από αλληλεπιδράσεις μεταξύ σκόπιμων μηρυκασμών, αφηγηματικής ανάπτυξης, σοφίας και κάποιας διαρκούς δυσφορίας από το τραυματικό συμβάν.

Στο πρόσφατο αναθεωρημένο μοντέλο (Σχήμα 2) παρόλο που αλληλοσυνδέονται και αλληλοεπικαλύπτονται, η μετραυματική ανάπτυξη, η ανάπτυξη μιας αναθεωρημένης αφήγησης και η σοφία, δεν θεωρούνται πανομοιότυπες. Επίσης η κοινωνική υποστήριξη έχει χαρακτηριστεί ως «αυτο-αποκάλυψη» που διενεργείται μέσω της συγγραφής και της αφήγησης των εμπειριών σε άλλους. Επιπλέον, αναγνωρίστηκαν τα κοινωνικοπολιτιστικά στοιχεία, τόσο από το πιο απομακρυσμένο περιβάλλον όσο και το άμεσο. Παράλληλα υποδηλώνεται η συνύπαρξη μετατραυματικής ανάπτυξης και δυσφορίας. Η αίσθηση ευεξίας μπορεί επίσης να προκύψει από τη μετατραυματική ανάπτυξη παρόλο που παραμένει κάποια δυσφορία. Αυτή η τελευταία έκδοση απεικονίζει ότι ένα γεγονός μπορεί να προκαλέσει και να ανατρέψει τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις ή τους στόχους της ζωής κάποιων ανθρώπων, οδηγώντας σε ενοχλητικό μηρυκασμό που μετατρέπεται σε εσκεμμένο μηρυκασμό χάρη στη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ το ίδιο γεγονός μπορεί να μην απειλήσει τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις άλλων ατόμων και έτσι να μην ενεργοποιηθούν οι διαδικασίες μετατραυματικής ανάπτυξης.

Επίσης, διευκρινίζει τους πολλαπλούς ρόλους της συναισθηματικής δυσφορίας, υποστηρίζοντας ότι η επιβαρυντική δυσφορία αμέσως μετά την εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι πιθανό να αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική δυσφορία που προκαλείται από την ανατροπή των θεμελιωδών πεποιθήσεων. Ωστόσο,

όταν οι πιο ενοχλητικές μηρυκαστικές σκέψεις μετατρέπονται σε εποικοδομητικές και εσκεμμένες σκέψεις, τότε αν και η συναισθηματική δυσφορία υπάρχει, αποκτά δυνητικά διαφορετικό νόημα. Αυτή η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των αμφισβητούμενων θεμελιωδών πεποιθήσεων, της αμφιβολίας και της δυσφορίας είναι το κλειδί για την εμπειρία της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi et al., 2018).

Τέλος, διασαφηνίζει ότι υπάρχει μια διαδρομή μέσω της επιβεβαίωσης των θεμελιωδών πεποιθήσεων η οποία οδηγεί στον μετριασμό της συναισθηματικής δυσφορίας και στη δημιουργία ανθεκτικότητας η οποία συνοδεύεται από μια αίσθηση ευεξίας χωρίς μεγάλη προσωπική αλλαγή ή ανάπτυξη (Tedeschi et al., 2018).



Σχήμα 2. Το αναθεωρημένο μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης, 2013 (Tedeschi et al., 2018).

3.1.7 Παράγοντες που επιδρούν στη μετατραυματική ανάπτυξη

Η μετατραυματική ανάπτυξη αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο στη βιβλιογραφία, ωστόσο οι μελέτες σχετικά με τους παράγοντες που προβλέπουν ή προκύπτουν από αυτήν τη διαδικασία δεν είναι απόλυτα σαφείς. Πρόκειται για μια διαδικασία που επηρεάζεται από την κουλτούρα και το πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο και έχει συσχετιστεί με μια σειρά παραγόντων όπως α) περιβαλλοντικοί παράγοντες (προσωπικές σχέσεις, κοινωνική υποστήριξη, κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές, διαθεσιμότητα οικονομικών πόρων) β) ατομικοί παράγοντες (χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, διαχείριση του άγχους, τρόπος αντιμετώπισης, συναισθηματικές εκδηλώσεις) γ) κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, οικονομική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία και επάγγελμα) (Yi et al., 2015, Tedeschi et al., 2018, Wang et al., 2014).

Άλλοι παράγοντες, που μπορούν εύκολα να επηρεάσουν την πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης είναι, επίσης: 1) οι νοητικές κατασκευές και βασικές πεποιθήσεις που προϋπήρχαν του τραυματικού γεγονότος. 2) η κοινωνική υποστήριξη 3) το είδος του τραύματος και 4) ο χρόνος από το τραυματικό γεγονός (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Ηλικία και αναπτυξιακό στάδιο

Τα παιδιά είναι πολύ πιθανό να μη μπορούν να αναγνωρίσουν τη μετατραυματική ανάπτυξη που ενδέχεται να εμφανίσουν μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα παιδιά πρέπει να βρίσκονται στην ηλικία των 9 ετών τουλάχιστον ή και λίγο μεγαλύτερα ώστε να μπορούν να αντιληφθούν τις αντιλήψεις τους και να θέσουν έναν συγκεκριμένο στόχο ζωής. Μελέτη των Yi και συνεργατών (2015) αναφέρει ότι τα νεαρά άτομα που επέζησαν από καρκίνο στην παιδική ηλικία σε ποσοστό 85% αναφέρουν τουλάχιστον ένα θετικό αποτέλεσμα από την εμπειρία που είχαν. Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία κατά την οποία έγινε η διάγνωση τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Οι έφηβοι αρχίζουν να έχουν υπαρξιακά ερωτήματα στην ηλικία των δώδεκα ετών, όπως αυτά που μπορεί κάποιος να έχει όταν αντιμετωπίζει έναν καρκίνο και προσπαθεί να βρει το νόημα της ζωής και να αναπτυχθεί μέσα από την εμπειρία του. Οι Boyle και συνεργάτες (2017), συσχέτισαν την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση 175 γυναικών, όταν διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού με την εμφάνιση της μετατραυματικής

ανάπτυξης. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη από τις νεότερες.

Φύλο

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σε σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική διαταραχή έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία και έχει επισημανθεί ότι ο τύπος του τραύματος μπορεί να επηρεάσει περισσότερο το ένα από τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί οι γυναίκες να αναπτύξουν μετατραυματική δυσφορία σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες. Στη διαδικασία αυτή σημαντικό ρόλο παίζει και η γνωστική επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών. Οι γυναίκες έχουν την τάση να αντιδρούν άμεσα στο τραύμα, βιώνοντας φόβο, αδυναμία, πανικό και άγχος. Σε μια μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε και συμπεριέλαβε άρθρα από το 2006 και μετά, φάνηκε ότι υπάρχει μια μικρή έως μέτρια διαφορά, όσον αφορά στο φύλο, στην εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης, με τις γυναίκες να αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης από τους άνδρες (Vishnevsky et al., 2010).

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου σύμφωνα με τα τελευταία αναθεωρημένα μοντέλα που αφορούν στην προσωπικότητα όπως είναι η εξωστρέφεια, η αισιοδοξία, η ευχάριστη διάθεση, η δημιουργικότητα, και η συναισθηματική σταθερότητα, φαίνεται ότι έχουν άμεση σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Trull & Widiger, 2013). Ιδιαίτερα, η εξωστρέφεια και η δημιουργικότητα συμβάλλουν στη μετατραυματική ανάπτυξη. Η συνεχής διήγηση των τραυματικών γεγονότων διευκολύνει τη γνωστική επεξεργασία της εμπειρίας η οποία γίνεται κατανοητή από τους άλλους, με αποτέλεσμα το άτομο είναι διατεθειμένο να δεχτεί άλλες απόψεις. Μέσα από τη συναισθηματική αποκάλυψη του ατόμου μπορεί να αναδυθούν λεπτομέρειες ή γεγονότα που τα «έκρυβε» για λόγους αυτοπροστασίας. Επίσης, γίνεται αποφόρτιση των συναισθημάτων, όπου σταδιακά οδηγεί σε γνωσιακές μετατοπίσεις δηλαδή το άτομο δίνει νέα ερμηνεία σε κάτι τραυματικό.

Η συναισθηματική αποκάλυψη σχετίζεται άμεσα με μειωμένη δυσφορία και ενισχυμένη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Η εξωστρέφεια του ατόμου και η αισιοδοξία του σχετίζονται θετικά με τις νέες δυνατότητες που προκύπτουν και την προσωπική του δύναμη. Αντίθετα, τα άτομα που έχουν χαμηλή

ψυχική ανθεκτικότητα πριν από ένα τραυματικό γεγονός είναι πολύ πιθανό να μην είναι σε θέση να διαχειριστούν τη συναισθηματική τους δυσφορία και να αναπτύξουν στρατηγικές όπως είναι η αποφυγή (Karanci et al., 2012, Tedeschi et al., 2018, Ramos & Leal, 2013).

Η αισιοδοξία, επιπλέον, έχει περιγραφεί και ως η αντιληπτική ικανότητα διαχείρισης ενός τραυματικού γεγονότος. Τα αισιόδοξα άτομα σε αντίθεση με τα απαισιόδοξα έχουν την τάση να αντλούν ένα όφελος από μια δύσκολη κατάσταση (Prati & Pietrantonio, 2009).

Επιπλέον, η δημιουργικότητα φαίνεται να αποτελεί μια διέξοδο που βοηθάει το άτομο να επεξεργαστεί το τραυματικό γεγονός και να διευκολύνει την πορεία του προς τη μετατραυματική ανάπτυξη. Οι δημιουργικοί άνθρωποι μπορούν να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους ως πηγή έμπνευσης για τους άλλους αλλά και ως κίνητρο για να συνεχίσουν την επαγγελματική τους πορεία και τη ζωή τους (Tolleson & Zeligman, 2019). Ο χορός, η κίνηση, η μουσική και όλες οι υπόλοιπες μορφές τέχνης ενισχύουν την αυτοεκτίμηση, την αυτογνωσία και τη χαλάρωση του ατόμου. Οι δημιουργικές ή βιωματικές πρακτικές πολλές φορές συνοδεύονται και από παρεμβάσεις ή προγράμματα όπως οι ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να έχει μια αποτελεσματική επικοινωνία με την ομάδα φροντίδας υγείας αλλά και την οικογένειά του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη της Foregeard (2013), που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της δημιουργικότητας. Το δείγμα αποτέλεσαν 373 άτομα που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο μέσω διαδικτύου. Η πρόκληση για τα άτομα που βίωσαν ένα τραύμα ήταν να μετατρέψουν τις αρνητικές τους εμπειρίες σε πηγή έμπνευσης και αυτές να αποτελέσουν κίνητρα δημιουργίας στο μέλλον. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυτοαναφερόμενη υψηλή δημιουργικότητα φάνηκε να συμβάλει θετικά στη μετατραυματική ανάπτυξη.

Πνευματικότητα

Η πίστη και η πνευματικότητα, που είναι πολύπλοκα συνδεδεμένες, συντελούν επίσης στη μετατραυματική ανάπτυξη. Η πίστη αποτελεί πηγή δύναμης και υποστήριξης, συμβάλλει στη νοηματοδότηση, συντελεί στη μετάνοια στη μεταμόρφωση του ατόμου, ενισχύοντας την τάση αλτρουισμού προς τους άλλους. Μέσα από τα διδάγματα της θρησκείας εντοπίζονται παραδείγματα συμπεριφοράς και άνθρωποι που αποτελούν πρότυπα σοφίας, εξέλιξης και πνευματικής ανάπτυξης (McGrath, 2011,

Tedeschi et al., 2017). Η πνευματικότητα παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο. Σύμφωνα με τα ευρήματα μελέτης σε δείγμα 498 ζευγαριών, 3-8 χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας βρέθηκε να συσχετίζονται θετικά με αυξημένη μετατραυματική ανάπτυξη των επιβιωσάντων (Gesselman et al., 2016).

Η προ του τραύματος ψυχική υγεία του ατόμου

Επιπλέον, πολύ σημαντική επιρροή στη μετατραυματική ανάπτυξη έχει και η προ του τραύματος ψυχική υγεία του ατόμου. Τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι πολύ πιθανό να δυσκολεύονται να επεξεργαστούν την προ-τραύματος συναισθηματική δυσφορία και ως αποτέλεσμα αυτών, στη συνέχεια, να αδυνατούν να μετατρέψουν την τραυματική εμπειρία σε μια «εποικοδομητική διαδικασία». Στρατηγικές αποφυγής και απόθησης εμποδίζουν την ανάπτυξη της μετατραυματικής ανάπτυξης. Αντίθετα, οι άνθρωποι που διατηρούν καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας πριν από τον τραυματισμό είναι πιθανότερο να είναι σε θέση να επεξεργάζονται πιο αποτελεσματικά νέες πληροφορίες (Tedeschi et al., 2018, Ramos & Leal, 2013).

Νοητικές κατασκευές και βασικές πεποιθήσεις

Ένας άλλος παράγοντας είναι το σύνολο των βασικών πεποιθήσεων που είχε ένα άτομο πριν από το συμβάν, ιδιαίτερα σε σχέση με την αίσθηση ότι μπορεί να επηρεάσει τα γεγονότα και τη ζωή του. Ένα τραυματικό συμβάν συμβάλλει στην αμφισβήτηση της πεποίθησης, ότι ο κόσμος είναι δίκαιος, καθώς καλά πράγματα, συμβαίνουν σε καλούς ανθρώπους. Επίσης, μπορεί να αμφισβητηθούν πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο που μπορεί να έχει ένα άτομο στα γεγονότα της ζωής, και να ανατραπούν προσωπικά κίνητρα, οι μελλοντικές προσδοκίες καθώς και η αίσθηση ενός ατόμου για την προσωπική του αξία. Οι τραυματικές εμπειρίες επίσης μπορεί να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση των προηγούμενων πνευματικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων αλλά και του νοήματος της ζωής (Cann et al., 2010, Tedeschi et al., 2018).

Ο χρόνος που μεσολαβεί από το τραυματικό γεγονός

Υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα για τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον χρόνο που μεσολαβεί από το τραυματικό γεγονός μέχρι το άτομο να εκδηλώσει μετατραυματική ανάπτυξη. Παρατηρείται μια ανάλογη σχέση

μεταξύ του χρόνου που μεσολαβεί από το τραύμα μέχρι την εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από το τραυματικό γεγονός τόσο πιο μεγάλη είναι η μετατραυματική ανάπτυξη και τόσο πιο ισχυρή είναι η σχέση μεταξύ ανάπτυξης και καλής ψυχικής υγείας. Αντίθετα, όσο συντομότερο είναι το διάστημα που μεσολαβεί, τόσο ισχυρότερη είναι η σχέση μεταξύ ανάπτυξης και αρνητικής προσαρμογής (Sawyer et al., 2010).

Ο μέσος χρόνος που μεσολαβεί κυμαίνεται, βάσει της βιβλιογραφίας, μεταξύ τριών εβδομάδων έως και περισσότερο από δύο χρόνια (Morgan & Desmarais, 2017, Helgeson et al., 2006). Οι Zernicke et al., (2013), μελέτησαν 64 ασθενείς που διαγνώστηκαν με καρκίνο σε χρονικό διάστημα 36 μηνών και υποβάλλονταν σε θεραπεία της νόσου. Εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα ευαισθητοποίησης (mindfulness intervention) παρέμβασης 8 εβδομάδων μετά τη διάγνωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη ήταν εμφανής πριν από την παρέμβαση και ήταν υψηλότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Μετά την παρέμβαση, η μετατραυματική ανάπτυξη αυξήθηκε και η αύξηση ήταν σημαντικά διαφορετική στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.

Η συμβολή λοιπόν του χρόνου που μεσολαβεί είναι σημαντική γιατί η μετατραυματική ανάπτυξη εδραιώνεται στον χρόνο και έχει ισχυρό θετικό αντίκτυπο στην αίσθηση ευεξίας που βιώνει το άτομο. Αυτό που διερευνάται έντονα τα τελευταία χρόνια στις μελέτες που πραγματοποιούνται είναι ο βαθμός στον οποίο διατηρείται η μετατραυματική ανάπτυξη με την πάροδο του χρόνου. Φαίνεται ότι η ανάπτυξη διατηρείται ακόμα και δύο ή τρία χρόνια μετά την έναρξη της διαδικασίας. Μελετητές προτείνουν ότι πρέπει η μετατραυματική ανάπτυξη να αξιολογείται σε πολλαπλά χρονικά διαστήματα και να δίνεται στα άτομα αυτά ο απαραίτητος χρόνος εκδήλωσης οποιασδήποτε μορφής ανάπτυξης (Morgan & Desmarais, 2017, Danhauer et al., 2013).

3.1.8 Στρατηγικές αντιμετώπισης σχετικές με τη μετατραυματική ανάπτυξη

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να αποτελούν καθοριστικό παράγοντα καθώς το άτομο αντλεί δυνάμεις από εσωτερικά και εξωτερικά αποθέματα, ανάλογα με το πώς διαχειρίζεται στρεσογόνα γεγονότα και ποια κοινωνική υποστήριξη διαθέτει. Φαίνεται ότι στρατηγικές όπως η θετική επαναανοηματοδότηση των γεγονότων, η αποδοχή, η οργανωμένη δράση, η επίλυση του προβλήματος, αλλά και η υποστήριξη που αντλείται από τη θρησκευτικότητα και πνευματικότητα (π.χ. πίστη στον Θεό,

πνευματική σύνδεση, επαναξιολόγηση των αρνητικών γεγονότων και εξομολόγηση) συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (He et al., 2013).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

1. Στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα (problem-focused strategies) και στην αντιμετώπισή του, και
2. Στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα (emotion-focused strategies) δηλαδή στη διαχείριση της συναισθηματικής δυσφορίας και τη ρύθμιση των συναισθημάτων.

Το άτομο που έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός χρησιμοποιεί παράλληλα στρατηγικές και από τις δύο κατηγορίες, προκειμένου να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις των γεγονότων (Rajandram et al., 2011).

Μία από τις πρόσφατα αναφερόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ο μηρυκασμός ο οποίος επιτρέπει μια σκόπιμη επανεξέταση του τραυματικού γεγονότος μέσω της οποίας πραγματοποιείται μια γνωστική επεξεργασία στη προσπάθεια να βρεθούν πιθανές λύσεις στο πρόβλημα και να αποδοθεί νόημα στο τραύμα. Λειτουργεί ως αναστοχασμός των γεγονότων αλλά και ως ενοχλητική παρείσφρηση στη γνωστική διεργασία του ατόμου (Lindstrom et al., 2013).

Ο μηρυκασμός οδηγεί στη μετατραυματική ανάπτυξη καθώς δίνει την ευκαιρία στο άτομο να επεξεργαστεί συνειδητά τις θετικές πλευρές του γεγονότος αλλά ταυτόχρονα μπορεί να προκαλεί και δυσφορικό συναίσθημα και να συμβάλει στη διαιώνιση της μετατραυματικής διαταραχής. Από τη μία πλευρά οι παρεισφρητικές σκέψεις έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία του ατόμου (διαταραχή μετατραυματικού στρες) και από την άλλη αποτελούν απαραίτητο και αναπόσπαστο τμήμα της γνωστικής επεξεργασίας και προσαρμογής του ατόμου στο τραυματικό γεγονός (μετατραυματική ανάπτυξη) (Wu et al., 2015).

Ομοίως οι Tedeschi & Calhoun υποστηρίζουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να συνυπάρχει με το δυσφορικό συναίσθημα. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, τα τραυματικά γεγονότα λειτουργούν ως προκλήσεις για το άτομο που τα βιώνει. Το άτομο, μέσα από το τραύμα, βιώνει μια ψυχική διαταραχή και για να μη συνεχίζει να βιώνει αυτήν την κατάσταση εισέρχεται στη φάση του μηρυκασμού (υπερανάλυση). Ο Tedeschi θεωρεί τον μηρυκασμό ως γνωστική διεργασία που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις και εικόνες ώστε να προκαλέσει υπερανάλυση των μετατραυματικών γνωστικών σχημάτων. Αυτό βοηθά το άτομο να

ανακαλύψει τι συνέβη και πώς πρέπει να αντιδράσει συναισθηματικά ενάντια στο τραύμα (Lotfi-Kashani et al., 2014, Cann et al., 2011).

Μια άλλη στρατηγική αντιμετώπισης είναι η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου μέσω συγκεκριμένων προσωπικών χαρακτηριστικών όπως η ευτυχία, η αισιοδοξία και η ελπίδα, στοιχεία που παίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης της τραυματικής εμπειρίας. Η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται με την ευτυχία που νιώθει το άτομο, αν και δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Τα θετικά συναισθήματα μπορούν να υποστηρίξουν τις διαδικασίες αντιμετώπισης του τραυματικού γεγονότος διευρύνοντας τη σκέψη και τις δεξιότητες του ατόμου. Η αισιοδοξία βοηθάει το άτομο να έχει αυτοέλεγχο και να αναμένει στη ζωή του να συμβεί κάτι θετικό. Έτσι, τα άτομα έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, ανακάμπτουν πιο γρήγορα από μία νόσο, έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής καθώς αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα προβλήματα ως διαχειρίσιμα και όχι ως καταστροφικά (Wu et al., 2015).

Η αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης συμβάλλει στη μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς βοηθά τους ανθρώπους να αντεπεξέλθουν αποτελεσματικά στο τραυματικό συμβάν. Δημιουργεί την αίσθηση της σύνδεσης με τους άλλους και με την κοινωνία, ενώ το άτομο έχει ταυτόχρονα τη δυνατότητα να μοιράζεται τις σκέψεις του με όσους εμπιστεύεται ενώ πολλές φορές οι ακροατές του λειτουργούν ως πρότυπο στην περίπτωση που έχουν βιώσει παρόμοιο γεγονός (Wu et al., 2015). Τρεις πλευρές του κοινωνικού δικτύου φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μετατραυματική ανάπτυξη του ατόμου: 1) η ανταπόκριση των σημαντικών άλλων στη διήγηση του τραύματος και τη διαδικασία ανάπτυξης, 2) η συνάφεια (χρονική και ουσιαστική) της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος μεταξύ του ατόμου και των σημαντικών άλλων, 3) η επαφή (ή γνώση της ύπαρξης) με άτομα που αποτελούν πρότυπο μίμησης, καθώς έχουν εμφανίσει μετατραυματική ανάπτυξη. Τα άτομα διαφέρουν ως προς τον ρυθμό με τον οποίο θέλουν να μιλήσουν για το τραυματικό γεγονός. Φαίνεται πως όσοι επεξεργάζονται γνωστικά με συστηματικό τρόπο το τραυματικό γεγονός και μοιράζονται τις σκέψεις τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να επηρεαστούν από την ανταπόκριση των δικών τους ανθρώπων. Αντιθέτως, μεγάλο ποσοστό της δυσφορίας που βιώνει το άτομο δημιουργείται από την απογοήτευση που νιώθει όταν δεν λαμβάνει την υποστήριξη που προσδοκούσε από τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Επιπλέον, όταν τα άτομα που βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός γνωρίζουν ένα άτομο που αποτελεί πρότυπο μετατραυματικής ανάπτυξης, είναι πιθανό να

ακολουθήσουν το παράδειγμά του. Η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει τη διαδικασία αντιμετώπισης και την επιτυχή προσαρμογή στις τραυματικές εμπειρίες. Από τις έρευνες καταδεικνύεται ότι ένα καλά οργανωμένο, υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο πριν το τραυματικό γεγονός αλλά και μετά ενισχύει το άτομο ώστε να μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα την κατάσταση, να εμφανίσει μετατραυματική ανάπτυξη και να δώσει νόημα στη ζωή του (Prati & Pietrantonì, 2009, McDonough 2014, Cao et al., et al., 2018, Steger, et al., 2008, Krause, 2007, Nenova et al., 2013).

3.1.9 Σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης

Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες υποδηλώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις μιας τραυματικής εμπειρίας ενώ οι εκδηλώσεις μετατραυματικής ανάπτυξης αναφέρονται στα θετικά αποτελέσματα, οπότε μπορούν να θεωρηθούν κατά κάποιον τρόπο, ως αντίθετα. Στην πραγματικότητα, όμως, μελέτες δείχνουν ότι τα συμπτώματα της διαταραχής και της μετατραυματικής ανάπτυξης συχνά συνυπάρχουν. Η σχέση μεταξύ τους εξηγείται καλύτερα ως μία καμπύλη όπου ενώ διακινείται η διαδικασία ανάπτυξης, τα υψηλά επίπεδα δυσφορίας παρεμποδίζουν τη διαδικασία αυτή (Kleim & Ehlers, 2009, Taku et al., 2008).

Σύμφωνα με τους Tedeschi & Calhoun (2004), όσο πιο έντονη είναι η εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες, τόσο πιο πιθανό είναι να βιώσει το άτομο θετικά αποτελέσματα. Αυτό σχετίζεται άμεσα με την ανάγκη του ατόμου να επεξεργαστεί το γεγονός και να το κατανοήσει. Πολλές μελέτες, έδειξαν ότι τα άτομα μπορεί να βιώσουν ταυτόχρονα μετατραυματικό στρες και μετατραυματική ανάπτυξη. Η φύση του συμβάντος και η ηλικία του ατόμου έχουν αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης (Loiselle et al., 2011, Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

Ωστόσο, υπάρχουν αντιφατικά ευρήματα στην επιστημονική βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης. Για παράδειγμα, μία μελέτη διαπίστωσε θετική συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες που βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά στο Ισραήλ η οποία επηρεάζεται από την ταυτότητα του δράστη. Δηλαδή, όταν ο δράστης ήταν μέλος της οικογένειας, οι συμμετέχουσες ανέφεραν σημαντικά υψηλά επίπεδα διαταραχής μετατραυματικού

στρες, τα οποία με τη σειρά τους επηρέασαν τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης τους (Lev-Wiesel et al., 2005).

Σε αντίθεση, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα αυστραλιανό δείγμα ενηλίκων επιζώντων παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες, και της μετατραυματικής ανάπτυξης (Shakespeare-Finch & Dassel, 2009). Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και στη μελέτη των Triplett et al., (2012), που υποστηρίζουν ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη.

3.1.10 Σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και ψυχικής ανθεκτικότητας

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία ορίζει την ανθεκτικότητα ως μια διαδικασία «μετατόπισης» από δύσκολες εμπειρίες και «αποτελεσματική προσαρμογή» στις συνθήκες που έπονται μιας αντίξοης ή τραυματικής κατάστασης. Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει το χαρακτηριστικό της «μετατόπισης», το οποίο ορισμένοι ερευνητές προτείνουν ως μία από τις βασικές ιδιότητες της ανθεκτικότητας, η οποία κυμαίνεται από χαμηλή, σε υψηλή και εξαιρετικά υψηλή, (ευημερία) και αντικατοπτρίζει την ικανότητα ενός ατόμου να ανακτήσει το ανώτερο επίπεδο λειτουργίας μετά από ένα δυσμενές ή στρεσογόνο συμβάν (Joyce et al., 2018). Η υψηλότερη αυτοαναφερόμενη ανθεκτικότητα συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, ψυχολογικής δυσφορίας και κατάθλιψης (Sood et al., 2011, Steinhardt & Dolbier, 2008).

Η ανθεκτικότητα αντιπροσωπεύει μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει την αποτελεσματική προσαρμογή του ατόμου σε δύσκολες συνθήκες ζωής χάρη στην ικανότητα να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις αντιξοότητες, τις στρεσογόνες καταστάσεις, τις κρίσεις. Η ψυχική ανθεκτικότητα βοηθά τα άτομα να έχουν αυτοπεποίθηση, να είναι λιγότερο επιρρεπή στο στρες, την κατάθλιψη, να δημιουργούν θετικές και εποικοδομητικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους και να επωφελούνται από νέες ευκαιρίες (Ramos & Leal, 2013).

Η μετατραυματική ανάπτυξη διακρίνεται από την ανθεκτικότητα, καθώς σχετίζεται μόνο με τις θετικές αλλαγές και όχι με τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα της προσαρμογής που έπονται ενός τραυματικού γεγονότος. Αυτή η διάκριση έχει αποτελέσει αντικείμενο διαμάχης μεταξύ των ερευνητών. Οι Calhoun & Tedeschi (2004) υπογραμμίζουν ότι το επίπεδο αντιξοότητας που αντιμετωπίζουν όσοι αναπτύσσουν μετατραυματική ανάπτυξη είναι υψηλότερο από αυτό των ανθεκτικών ατόμων. Ως εκ τούτου, η μετατραυματική ανάπτυξη υπάρχει μόνο σε εξαιρετικά

στρεσογόνες και κατακλυσμικές για τον ψυχισμό καταστάσεις, συνδέεται με μια μετασχηματιστική διαδικασία που επιτρέπει μια σαφή διάκριση μεταξύ του «πριν» και «μετά» από το τραυματικό συμβάν. Η ψυχική ανθεκτικότητα επίσης, μπορεί να σχετίζεται είτε θετικά είτε αρνητικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Ramos & Leal, 2013, Levine, et al., 2009, Bensimon, 2012).

3.1.11 Κλίμακες μέτρησης της μετραυματικής ανάπτυξης

Η μετατραυματική ανάπτυξη, αρχικά αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory) (PTGI: Tedeschi & Calhoun, 1996) η οποία μεταφράστηκε διεθνώς (π.χ. Ιαπωνικά, Ισπανικά, Κινεζικά, Ελληνικά κ.ά.) και χρησιμοποιήθηκε σε χιλιάδες ερευνητικές μελέτες μέχρι σήμερα. Παράλληλα υποβλήθηκε σε έναν αυστηρό έλεγχο σχετικά με τις ψυχομετρικές της ιδιότητες ενώ πολυάριθμες μελέτες με ποικίλα δείγματα επιβεβαίωσαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Επίσης τεκμηριώθηκε η ικανότητά της να αποτυπώνει τις πολυδιάστατες πτυχές της προσωπικής ανάπτυξης ως φαινόμενο (Tedeschi et al., 2018).

Αρχικά, για τη δημιουργία της κλίμακας, δημιουργήθηκε ένα μεγάλο σύνολο δεδομένων, βασισμένο σε μια λεπτομερή ανασκόπηση της μέχρι τότε διαθέσιμης βιβλιογραφίας ποσοτικών μελετών αλλά και σε ποιοτικά δεδομένα από συνεντεύξεις ατόμων μετά την απώλεια του συζύγου τους καθώς επίσης και άτομα που είχαν σωματικές αναπηρίες. Στη συνέχεια τα δεδομένα ταξινομήθηκαν σε τρεις μεγάλες περιοχές που αφορούν σε αντιλήψεις σχετικά με αλλαγές α) τον εαυτό, β) τις σχέσεις με άλλους και γ) τη φιλοσοφία ζωής. Με βάση τα αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης, αναπτύχθηκε η κλίμακα αυτοαναφοράς μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) 21 στοιχείων με πέντε υποκλίμακες: α) προσωπική δύναμη (3 στοιχεία), β) σχέση με άλλους (7 στοιχεία), γ) νέες δυνατότητες (4 στοιχεία), δ) πνευματική αλλαγή (2 στοιχεία) και ε) εκτίμηση της ζωής (5 στοιχεία). Οι αλλαγές στις επιμέρους διαστάσεις, επέρχονται μετά από ένα ιδιαίτερα αγχογόνο ή τραυματικό συμβάν στη ζωή ενός ατόμου (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Οι οδηγίες ζητούν από τους ερωτώμενους να υποδείξουν για κάθε μία από τις προτάσεις τον βαθμό στον οποίον η αλλαγή αυτή εμφανίστηκε στη ζωή τους ως αποτέλεσμα της εμπειρίας τους μετά από ένα συγκεκριμένο τραυματικό συμβάν. Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα Likert 6 σημείων, από το 0 (δεν γνώρισα

αυτήν την αλλαγή ως αποτέλεσμα της κρίσης μου) στο 5 (έχω βιώσει αυτήν την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα της κρίσης μου). Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0-105 και οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλότερο επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξης. Η συνολική κλίμακα και οι υποκλίμακες έχουν μεγάλη αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ($\alpha = 90$) (Rodgers, 2014, Tedeschi et al., 2018).

Άλλες μορφές της κλίμακας μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης

Οι Cann et al., (2010) ανέπτυξαν μια σύντομη μορφή της κλίμακας PTGI την (PTGI-SF) στην οποία περιλαμβάνονται δέκα στοιχεία, δύο στοιχεία από κάθε μία από τις πέντε υποκλίμακες του αρχικού PTGI. Οι οδηγίες είναι οι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιούνται για την PTGI. Οι ερωτώμενοι απαντούν στην κλίμακα των 10 στοιχείων σε μια κλίμακα 6 βαθμών Likert (0 = καμία αλλαγή έως 5 = πολύ μεγάλος βαθμός). Η PTGI-SF έχει εσωτερική αξιοπιστία ελαφρώς χαμηλότερη από αυτήν της πλήρους PTGI ενώ εμπειρικές μελέτες επιβεβαίωσαν την εγκυρότητά της.

Πρόσφατα από τους Tedeschi et al., (2017) αναπτύχθηκε μια εκτεταμένη μορφή της κλίμακας PTGI η (PTGI-X 25) η οποία αποτυπώνει μέσα σε διάφορα πολιτιστικά πλαίσια μεγαλύτερη ποικιλία θετικών αλλαγών όσον αφορά στις πνευματικές-υπαρξιακές εμπειρίες μετατραυματικής ανάπτυξης. Στη μορφή αυτή, ενώ διατηρούνται οι αρχικές τέσσερις υποκλίμακες της PTGI, προστέθηκαν τέσσερα στοιχεία/items στον υπαρξιακό-πνευματικό τομέα τα οποία επιτρέπουν στα άτομα που δεν έχουν ισχυρές θρησκευτικές αντιλήψεις ή που δεν ανήκουν σε κάποιο θρησκευτικό δόγμα να αναφέρουν εμπειρίες μετατραυματικής ανάπτυξης στον τομέα αυτόν. Έχει αναφερθεί καλή εσωτερική συνοχή για τη νέα υποκλίμακα του πνευματικού-υπαρξιακού τομέα ($\alpha = .91$).

Η κλίμακα μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης (PTGI-42)

Τα άτομα μετά από τραυματικά γεγονότα αντιμετωπίζουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές αλλαγές. Ωστόσο, οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες που αφορούν στη μετατραυματική ανάπτυξη εστιάζονται στη μέτρηση μόνο των θετικών αλλαγών, ενώ οι αρνητικές μετατραυματικές επιπτώσεις έχουν συνήθως εκτιμηθεί ως συμπτώματα μετατραυματικού στρες, δυσφορία, κατάθλιψη και άγχος. Ερευνητές υποστήριξαν ότι υπήρχε ανάγκη δημιουργίας μιας κλίμακας που θα μπορούσε να μετρήσει ένα

μεγαλύτερο εύρος εμπειριών που βιώνουν τα άτομα μετά από ένα τραυματικό γεγονός και επίσης να μπορεί να μετρήσει τις αυτοαναφορές θετικών και αρνητικών αλλαγών στους διαφορετικούς ή στους ίδιους τομείς (Baker et al., 2008, Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

Οι Baker et al., (2008) πρότειναν την κλίμακα (PTGI-42), μια αναθεωρημένη μορφή της κλίμακας μέτρησης μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) η οποία μετρά τη μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) και τη μετατραυματική έκπτωση σε αντίστοιχους τομείς. Η κλίμακα PTGI-42 περιλαμβάνει τα 21 στοιχεία από το αρχικό PTGI και 21 αντίστοιχα στοιχεία αρνητικά διατυπωμένα για τη μέτρηση της μετατραυματικής έκπτωσης. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να εξετάζουν ταυτόχρονα τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές αλλαγές. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως ζεύγη, γεγονός που επιτρέπει στους ερωτώμενους να αναστοχαστούν και να εξετάσουν σφαιρικά, για κάθε στοιχείο ταυτόχρονα, την ανάπτυξη και την έκπτωση. Με αυτόν τον τρόπο, ο ερευνητής με μία κλίμακα συγκεντρώνει μια ευρύτερη ποσότητα πληροφοριών σχετικά με τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες τους. Επίσης σε μια κλίμακα Likert, οι ερωτώμενοι καλούνται να αναφέρουν τον βαθμό στον οποίο βίωσαν την αλλαγή η οποία περιγράφεται από κάθε στοιχείο χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 6 σημείων που κυμαίνεται από 0 (Δεν βίωσα αυτήν την αλλαγή ως αποτέλεσμα της κρίσης μου) στο 5 (βίωσα αυτήν την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα της κρίσης μου). Τα 21 θετικά στοιχεία μετατραυματικής ανάπτυξης και τα 21 αρνητικά αθροίζονται ξεχωριστά για τη δημιουργία σύνθετων αποτελεσμάτων (πιθανό εύρος από 0 -105). Η εσωτερική αξιοπιστία και για τις δύο βαθμολογίες ήταν ($\alpha = .89$).

Μελέτες, επίσης, έδειξαν ότι η συνολική αλλά και οι επιμέρους βαθμολογίες είναι συνήθως υψηλότερες για τη μετατραυματική ανάπτυξη από ό,τι για την μετατραυματική έκπτωση. Επίσης, η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση δεν συσχετίζονται αλλά αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες. Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι η κλίμακα PTGI-42 επιτρέπει στους ερωτηθέντες να εξετάσουν τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πτυχές της εμπειρίας τους, υποστηρίζεται ότι μειώνει τόσο την πιθανότητα της αντίδρασης θετικής προκατάληψης και την υπερβολή θετικών αυτοαναφορών όσο και τις υπερβολικά υψηλές βαθμολογίες επιπολασμού μετατραυματικής ανάπτυξης (Baker et al., 2008, Cann et al., 2010).

Τέλος, τελευταία, δοκιμάστηκε σε πολλαπλά πολιτισμικά πλαίσια η κλίμακα (PTGDI-50) ως μία αναθεωρημένη μορφή των κλιμάκων PTGI-42 και (PTGI-X 25). Περιλαμβάνει 25 στοιχεία/items που αξιολογούν τη μετατραυματική ανάπτυξη και

αντίστοιχα 25 στοιχεία/items που αξιολογούν την μετατραυματική έκπτωση (Tedeschi et al., 2018).

Όρια μετρήσεων και τιμές ουδού (cut-off point)

Μελέτες έχουν δείξει ότι η μετατραυματική ανάπτυξη εμφανίζεται σε ένα ευρύ φάσμα ατόμων αν και τα ποσοτικά δεδομένα μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Βασικό λόγο αποτελούν οι διαφορετικές τιμές ουδού (cut-off point) τις οποίες χρησιμοποιούν οι ερευνητές για να καθορίσουν την παρουσία μετατραυματικής ανάπτυξης. Οι Tedeschi & Calhoun υποστηρίζουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν παρατηρείται σε όλα τα άτομα τα οποία βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός αλλά σε κάποια μπορεί να παρατηρηθεί μετατραυματική ανάπτυξη σε μερικές μόνο από τις διαστάσεις της. Επίσης, σημειώνουν ότι αν τα άτομα αντιλαμβάνονται μια αλλαγή ως σημαντική ακόμη και σε έναν συγκεκριμένο τομέα, θα πρέπει να θεωρηθεί ότι τα άτομα βιώνουν μετατραυματική αλλαγή. Επιπροσθέτως, επισημαίνουν στους θεραπευτές ότι όταν παρατηρούν μια μεγάλη αύξηση σε ένα μόνο στοιχείο της κλίμακας PTGI αυτό μπορεί να υποδηλώνει μια σημαντική αλλαγή, ακόμη και αν η συνολική βαθμολογία είναι χαμηλή. Τέλος, ένα μέτριο συνολικό αποτέλεσμα το οποίο αποτελεί το άθροισμα πολλών σχετικά χαμηλών βαθμολογιών σε μεμονωμένα στοιχεία της PTGI μπορεί να υποδηλώνει μια μέτρια μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004, Tedeschi et al., 2018).

Ωστόσο, οι Tedeschi & Calhoun (1995), επεσήμαναν τη σχέση μεταξύ ψυχολογικής καταλληλότητας και αυτοαναφορών μετατραυματικής ανάπτυξης, ότι δηλαδή τα άτομα τα οποία είναι πολύ ευάλωτα ή πολύ άτρωτα στην επίδραση ιδιαίτερα τραυματικών γεγονότων μπορεί να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης από εκείνα με μέτρια επίπεδα ευαλωτότητας ή ανθεκτικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Μετατραυματική ανάπτυξη και νόσος

Ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ατόμου είναι και η διάγνωση μιας νόσου και η θεραπεία της. Η διάγνωση μπορεί να αποτελέσει θεμέλιο για θετικές ψυχολογικές αλλαγές που οδηγούν στη μετατραυματική ανάπτυξη η οποία λειτουργεί προστατευτικά, ενώ η απουσία της έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία του ασθενούς (Moore et al., 2011, Bellizzi et al., 2007, Kuenemund et al., 2016).

Καθώς η διάγνωση μιας σοβαρής νόσου συχνά βιώνεται ως τραυματική εμπειρία πολλοί άνθρωποι υποφέρουν από κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης ή διαταραχής μετατραυματικού στρες ενώ άλλοι εμφανίζουν θετικές αλλαγές οι οποίες αντικατοπτρίζουν την ψυχολογική τους προσαρμογή και σε συνδυασμό προσωπική ανάπτυξη (Barskova & Oesterreich, 2009, Danhauer et al., 2013, Holtmaat et al., 2017). Πρόσφατες ερευνητικές ανασκοπήσεις έδειξαν ότι η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης, οι στρατηγικές προγραμμάτων αντιμετώπισης των ασθενών καθώς και αρκετοί δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας σχετίζονται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Barskova & Oesterreich, 2009, Rogan, Donal & Prentice, 2013).

Μελέτες αναφέρουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται είτε αρνητικά είτε θετικά με δημογραφικά στοιχεία και ατομικές μεταβλητές όπως είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση και το φύλο. Δύο πολύ σημαντικές μεταβλητές που έχουν αναγνωριστεί από τις μελέτες που επηρεάζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη του ατόμου, είναι η βαρύτητα της νόσου και το χρονικό διάστημα από τη διάγνωσή της. Το άτομο που εκτίθεται σε μια σοβαρή ασθένεια όταν έχει περισσότερο χρόνο να επεξεργαστεί την εμπειρία του, τότε ωφελείται περισσότερο καθώς έχει χρόνο να αναλογιστεί και να εφαρμόσει θετικές αλλαγές που αφορούν στη ζωή του. Ο δείκτης σοβαρότητας της νόσου συνδέεται με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο είτε αυτό πρόκειται για περιπτώσεις καρκίνου είτε για ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης όσον αφορά στη σοβαρότητα της νόσου και της μετατραυματικής ανάπτυξης (Barskova & Oesterreich, 2009).

4.1.1 Τραύμα και εγκεφαλική νόσος

Η εμφάνιση μιας βλάβης που αφορά στο νευρολογικό σύστημα έχει βρεθεί από μελέτες ότι οδηγεί σε ριζικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου. Οι επίκτητες νευρολογικές διαταραχές προκύπτουν συνήθως από παθολογικά, χειρουργικά αίτια ή ατυχήματα. Η ζωή μετά από τα παραπάνω συγκλονιστικά συμβάντα συνδέεται με ανατρεπτικές αλλαγές που αφορούν στο κοινωνικό, γνωστικό και λειτουργικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο και συμβάλλουν στη μετατραυματική του ανάπτυξη (Grace et al., 2015, Fujisawa et al., 2015, Kuenemund et al., 2016, Ownsworth & Fleming, 2011).

Έρευνες την τελευταία πενταετία δείχνουν ότι ασθενείς με εγκεφαλικό τραύμα παρουσίασαν υψηλό βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης με ενδείξεις μεγαλύτερης πνευματικής ανάπτυξης και εκτίμησης της ζωής συγκριτικά με άλλες ομάδες πληθυσμού, στις οποίες η ανάπτυξη εμφανίζεται πιο αργά με την πάροδο του χρόνου (Collicutt, McGrath & Linley, 2006, Powell, Gilson & Collin, 2012).

Οι Grace et al., (2015), διερεύνησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε επιβίωσαντες εγκεφαλικού τραυματισμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μια βραχεία ψυχοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματική ανάπτυξη. Δείγμα 7 επιβιωσάντων συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφεραν μετατραυματική ανάπτυξη σε δύο διαστάσεις, αυτή της εκτίμησης της ζωής και βελτίωσης στον τρόπο διαβίωσής τους μετά το συμβάν αλλά και στις νέες δυνατότητες που προκύπτουν.

Μία άλλη συγχρονική μελέτη των Hawley & Joseph, (2008), σε 165 επιζώντες με τραυματική εγκεφαλική βλάβη ανέφερε ότι πάνω από το μισό δείγμα παρουσίασε θετική ψυχολογική ανάπτυξη χάρη στη διαχείριση καθημερινών προκλήσεων και αλλαγής σε στάσεις και απόψεις για τη ζωή. Επιπλέον, υπήρξε αρνητική σχέση μεταξύ θετικής ανάπτυξης και άγχους/κατάθλιψης στα πλαίσια μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών.

Πρόσφατα, οι Graff και συνεργάτες (2018), χρησιμοποίησαν θεματική ανάλυση στις ημιδομημένες συνεντεύξεις που διεξήγαγαν με 20 ασθενείς που είχαν εγκεφαλική βλάβη μετά από τραυματισμό. Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης προέκυψαν τρία κύρια θέματα: 1) μια νέα ζωή, 2) η συμμετοχή της οικογένειας και 3) τα εμπόδια αποκατάστασης. Οι συμμετέχοντες επανεκτίμησαν τις αξίες τους και όρισαν μια νέα ζωή μετά το τραυματικό γεγονός.

Ο χρόνος που έχει παρέλθει από τον εγκεφαλικό τραυματισμό φαίνεται ότι επηρεάζει τον βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης. Σε μελέτη που διερεύνησε τη μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με το χρονικό διάστημα μετά το τραυματικό

γεγονός, διαπιστώθηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη ήταν υψηλότερη στους ασθενείς μετά από 10-12 έτη, σε σχέση με τους ασθενείς μετά από 1-3 έτη από το συμβάν. Προφανώς, οι τελευταίοι δεν είχαν τον χρόνο να περάσουν στο στάδιο της προσαρμογής και να οδηγηθούν στην ανάπτυξη μέσα από αλλαγές σχετικές με τον τρόπο ζωής τους (Powell et al., 2012).

4.1.2 Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος

Για τους περισσότερους ανθρώπους η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα τρομακτικό γεγονός που κλονίζει το σύστημα των πεποιθήσεών του για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Ανάλογα με την υποκειμενική εκτίμηση δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τον «καρκίνο» θα διαμορφώσει και τη μετέπειτα συμπεριφορά.

Ενώ αρχικά μπορεί το άτομο να βιώνει αρνητικά συναισθήματα όπως θλίψη, μελαγχολία, απογοήτευση, συναισθηματική δυσφορία, κατάθλιψη, μεγάλο ποσοστό ασθενών σταδιακά μπορεί να εμφανίσει θετικές αλλαγές όσον αφορά την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του, τους σημαντικούς άλλους και τους τρόπους που απολαμβάνει τη ζωή, στην οποία αποδίδει ιδιαίτερη αξία.

Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τη μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με την εμπειρία των ασθενών με καρκίνο (Walsh et al., 2018, Kolokotroni et al., 2014, Shand et al., 2014, Smith et al., 2014). Πρόσφατα εξετάστηκε η ηλικία, το άγχος και οι αρνητικές επιπτώσεις του καρκίνου σε σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη σε 175 γυναίκες που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Η αρνητική επίδραση της εμπειρίας του καρκίνου συσχετίστηκε με την μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ενώ στις νεότερες γυναίκες, η μετατραυματική ανάπτυξη συνέβαλε στη χρήση μεγαλύτερης ποικιλίας στρατηγικών αντιμετώπισης (Boyle et al., 2017).

Μια πρόσφατη μελέτη διερεύνησε τον ρόλο της δυσφορίας και του άγχους ως προγνωστικούς παράγοντες για τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα αποτέλεσαν 253 πρόσφατα διαγνωσμένες με καρκίνο γυναίκες και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα χρονικά σημεία. Σύμφωνα με τα ευρήματα, το άγχος που προκαλεί ο καρκίνος σχετίζεται με υψηλότερη μετατραυματική ανάπτυξη έξι μήνες από τη διάγνωση, ενώ η γενική δυσφορία είχε ελάχιστη επίδραση στη μετατραυματική ανάπτυξη (Groarke et al., 2017).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 23 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου και σε 23 φροντιστές, προέκυψαν από τις περιγραφές τους θετικές αλλαγές σε πέντε διαστάσεις: 1) στενότερες σχέσεις με τους άλλους, 2) μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής, 3) επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων της ζωής, 4) μεγαλύτερη πίστη και 5) περισσότερη ενσυναίσθηση για τους άλλους. Οι ασθενείς αξιοποίησαν τις θετικές αλλαγές και το ίδιο συνέβη και στους φροντιστές τους (Mosher et al., 2017).

Επίσης, δείγμα 122 ασθενών που επιβίωσαν από καρκίνο του στομάχου εμφάνισαν μετατραυματική ανάπτυξη σε ποσοστό 53,3% με αλλαγές ως προς την αντίληψη για τον εαυτό τους, τις σχέσεις τους με τους άλλους, τις νέες δυνατότητες και τις πνευματικές τους πεποιθήσεις. Τα μειωμένα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης συνδέθηκαν με την ηλικία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και το χαμηλό οικονομικό επίπεδο (Sim et al., 2014).

4.1.3 Καρδιολογικά νοσήματα

Τα καρδιολογικά νοσήματα αποτελούν μία από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο καρδιακό επεισόδιο ή έχουν υποβληθεί σε επέμβαση καρδιάς αντιμετωπίζουν σωματικές επιπτώσεις όπως πόνο, θωρακική συμπίεση, δύσπνοια και βιώνουν έντονο άγχος, δυσφορία και κατάθλιψη. Οι Garnefski και οι συνεργάτες (2008), μελέτησαν 139 ασθενείς που είχαν υποστεί για πρώτη φορά οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με σκοπό τη διερεύνηση της προσωπικότητας, της ψυχικής υγείας και της γνωστικής αντιμετώπισης της μετατραυματικής ανάπτυξης (cognitive coping). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: α) Κλίμακα προσωπικής ανάπτυξης (Personal Growth Scale-PGS), β) Νευρωτισμός, εξωστρέφεια, δεκτικότητα- μοντέλο πέντε παραγόντων, Neuroticism Extraversion Openness-Five Factor Inventory (NEO-FFI), γ) Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), δ) Ερωτηματολόγιο ευεξίας (WHO-5 Well-being Questionnaire και ε) Ερωτηματολόγιο γνωσιακής ρύθμισης συναισθημάτων, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική 3-12 μήνες νωρίτερα και οι ερευνητές ήρθαν σε επαφή μαζί τους μέσω τηλεφώνου. Διαπίστωσαν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται με την προσαρμοστική γνωστική αντιμετώπιση (cognitive coping) καθώς και με την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία χωρίς να επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία και το χρονικό διάστημα μετά το

επεισόδιο του εμφράγματος. Συμπερασματικά, οι ερευνητές υποστήριξαν την ανάγκη παρεμβάσεων πρόληψης των προβλημάτων ψυχικής υγείας που μπορεί να προκύψουν μετά από επεισόδιο οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Άλλη έρευνα μελέτησε τις θετικές επιδράσεις που είχε η εμπειρία του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου σε δείγμα 145 γυναικών ηλικίας 62-80 ετών, σε διάστημα 3 μηνών έως 5 ετών μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε μία ερώτηση σχετικά με τις πιθανές θετικές επιπτώσεις της νόσου και ερωτηματολόγιο με τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η πλειοψηφία των γυναικών (65%) ανέφερε θετικές επιδράσεις από την εμπειρία της νόσου με αλλαγές όσον αφορά 1) στην εκτίμηση τη ζωής 2) στην πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο ζωής και 3) στη φροντίδα εαυτού (Norekvål et al., 2008).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης των Bluvstein και συνεργατών (2013), η οποία είχε σκοπό να διερευνήσει τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε 82 ασθενείς, 46-82 ετών που επιβίωσαν μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, ποσοστό 17,1% του δείγματος υπέφερε σημαντικά από συμπτώματα μετατραυματικού στρες ενώ 71,2% ανέφερε μετατραυματική ανάπτυξη. Το μετατραυματικό στρες συσχετίστηκε θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη και την ψυχική δυσφορία, αρνητικά με την ευεξία και την ποιότητα ζωής. Επίσης φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνέβαλε στη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.

Η ποιοτική μελέτη των Waight και συνεργατών (2015), αφορούσε στην εμπειρία αποκατάστασης σε δείγμα 14 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Στόχο είχε, με τη χρήση της θεμελιωμένης θεωρίας, την ανάπτυξη ενός μοντέλου που περιγράφει διακριτές και κοινές διαδικασίες ανάπτυξης ανάλογα με το αν οι ασθενείς ήταν συμπτωματικοί ή ασυμπτωματικοί πριν τη χειρουργική επέμβαση. Πραγματοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη 1-3 μήνες μετά την εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς παρουσίασαν μετατραυματική ανάπτυξη που αφορούσε σε δύο διαστάσεις: στην εκτίμηση της αξίας της ζωής και των νέων δυνατοτήτων. Η γνωστική ανάπτυξη σχετιζόταν τόσο με τη μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής όσο και με την αναγνώριση νέων δυνατοτήτων αλλά και με συμπεριφορικές αλλαγές σε θέματα υγείας. Άλλοι παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη ήταν οι διακριτές

διαδικασίες νοσηματοδότησης της εμπειρίας. Παρ'όλα ταύτα και οι δύο ομάδες νοσηματοδότησαν την εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης ως ένα «σήμα» αλλαγής στη ζωή τους.

Η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να μετριάζει την αρνητική επίδραση των μετατραυματικών συμπτωμάτων στρες. Οι ασθενείς με καρδιολογικά νοσήματα πολλές φορές δεν εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του επεισοδίου αλλά μήνες ή και χρόνια μετά.

Η μελέτη των Senol και συνεργατών (2010), που πραγματοποιήθηκε σε 426 συμμετέχοντες είχε σκοπό να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ του άγχους, της κατάθλιψης και του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης των ατόμων που είχαν υποστεί καρδιακό επεισόδιο ή είχαν υποβληθεί σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς. Μεσολάβησε τηλεφωνική επικοινωνία στο διάστημα των 12 και 24 μηνών από το επεισόδιο ή την επέμβαση, κατά την οποία συλλέχθηκαν οι σχετικές πληροφορίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν τρεις θεματικές θετικών αλλαγών στη ζωή των ασθενών 1) ευεξία, 2) ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, 3) εκτίμηση της αξίας της ζωής. Το άγχος και η κατάθλιψη ήταν εμφανή στους 12 και 24 μήνες κατά την τηλεφωνική επικοινωνία, σε συνδυασμό με τα θετικά αποτελέσματα τα οποία όμως είχαν μια διακύμανση ως προς τον βαθμό εμφάνισής τους ανάλογα με το εάν αφορούσε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή ανοικτή επέμβαση καρδιάς.

4.2 Μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωση και με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές

Η μετατραυματική ανάπτυξη έχει προκαλέσει αμφισβητήσεις από τους ερευνητές σχετικά με το πεδίο εφαρμογής της καθώς τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης περιλαμβάνουν μόνο τις θετικές αλλαγές χωρίς να γίνεται αναφορά σε όλο το εύρος των εμπειριών και συναισθημάτων του ατόμου. Από το 2008 άρχισαν να μελετώνται και οι αρνητικές αλλαγές στις αντιλήψεις ενός ατόμου όσον αφορά στον εαυτό του, στους άλλους και στον κόσμο. Τα ευρήματα οδήγησαν στην περιγραφή του φαινομένου της μετατραυματικής έκπτωσης Post-traumatic Depreciation (PTD) (Baker et al., 2008).

Αυτό που έχει παρατηρηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία είναι ότι οι ερευνητές ζητούν από τα άτομα που έχουν υποστεί ένα τραύμα στη ζωή τους να αναφέρουν τόσο την ανάπτυξη που έχει επέλθει όσο και την μετατραυματική έκπτωση

από το ίδιο γεγονός. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι, αν το άτομο δεν νιώσει δυσάρεστα συναισθήματα από τα αρνητικά γεγονότα, τότε δεν έχει κίνητρο για να αλλάξει.

Στα πλαίσια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διατυπώθηκε το ακόλουθο ερευνητικό ερώτημα: «Ποια η σχέση μεταξύ τραύματος μετατραυματικής ανάπτυξης, τη μετατραυματική έκπτωση και άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.».

Αναζητήθηκαν άρθρα στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Pubmed, Cinahl, Google Scholar, Cochrane Library αλλά και σε ελληνικά επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών. Τέθηκε ως χρονικός περιορισμός αναφορικά με την ημερομηνία δημοσίευσης των άρθρων η δεκαετία 2004-2019.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν trauma (τραύμα), post traumatic growth (μετατραυματική ανάπτυξη), post traumatic stress syndrome (μετατραυματικό σύνδρομο), post traumatic depreciation (μετατραυματική έκπτωση), intensive care unit (μονάδα εντατικής θεραπείας) και αφορούσε στην αναζήτηση στον τίτλο, την περίληψη ή τις λέξεις-κλειδιά (title-abstract-keywords) σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς.

Ως κριτήρια ένταξης χρησιμοποιήθηκαν τα εξής:

- Γλώσσα δημοσίευσης: Αγγλική ή Ελληνική
- Πρωτότυπες ποιοτικές, ποσοτικές ή μικτές έρευνες και μελέτες περίπτωσης
- Η χρονολογία συγγραφής των άρθρων να εκτείνεται από το 2004 μέχρι το 2019
- Ως κριτήρια αποκλεισμού εισήχθησαν τα παρακάτω:
- Άλλη γλώσσα πλην της Αγγλικής ή της Ελληνικής
- Γράμματα προς τον εκδότη ή άρθρα σύνταξης.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 12 μελέτες που αφορούσαν στη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές σε άτομα που βίωσαν κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή τους.

Οι Baker και συνεργάτες (2008), αναφέρουν δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης. Στην πρώτη συμμετείχαν 286 προπτυχιακοί φοιτητές εγγεγραμμένοι σε ένα μεγάλο δημόσιο πανεπιστήμιο στις νοτιοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Ποσοστό 79% ($n=226$) ήταν γυναίκες και 21% ήταν άνδρες ($n=60$) και ηλικίες που κυμαίνονταν από 18 έως 54 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στις επιπτώσεις απέναντι σε ένα μόνο τραυματικό γεγονός. Ο μέσος αριθμός μηνών από την εκδήλωση του στρεσογόνου γεγονότος ήταν 14,8 μήνες. Τα

γεγονότα περιελάμβαναν ένα ευρύ φάσμα εμπειριών ζωής, π.χ., θάνατο αγαπημένου προσώπου, τροχαία ατυχήματα, απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και σοβαρά ζητήματα σχέσεων. Όλα τα συμβάντα βαθμολογήθηκαν πάνω από 3 σε κλίμακα 7 σημείων (1-7=καθόλου-εξαιρετικά αγχωτικά). Στους συμμετέχοντες τέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν τη μετατραυματική ανάπτυξη και την μετατραυματική έκπτωση. Τους ζητήθηκε να επικεντρωθούν και να αναφέρουν το πιο στρεσογόνο γεγονός (Life Events Report) και να συμπληρώσουν την κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης και την κλίμακα μετατραυματικής έκπτωσης, πού εντοπίζουν τις θετικές και αρνητικές αλλαγές. Στα περισσότερα από τα 21 ζεύγη προτάσεων, πάνω από το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων θεώρησαν ότι είχαν βιώσει κάποια αλλαγή τόσο σε σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη όσο και με τη μετατραυματική έκπτωση στις επιμέρους υποκλίμακες που ερωτήθηκαν. Σαφώς, αυτοί οι συμμετέχοντες δεν δίστασαν να εκφράσουν τόσο θετική όσο και αρνητική αλλαγή. Παρ' όλα αυτά δεν υπήρξε αξιόπιστη συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών στο PTGI και συνολικών βαθμολογιών στο PTDI. Σε αυτήν τη μελέτη, οι δύο κλίμακες, η PTGI και η PTDI, παρουσιάστηκαν ως χωριστές κλίμακες με 21 επιμέρους προτάσεις (items).

Στη δεύτερη μελέτη συμμετείχαν 48 άνδρες και 136 γυναίκες από ένα μεγάλο δημόσιο πανεπιστήμιο στις νοτιοανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Αν και οι περισσότεροι ήταν προπτυχιακοί φοιτητές στην ψυχολογία, 48 ήταν προπτυχιακοί σε άλλα τμήματα, 7 ήταν μεταπτυχιακοί φοιτητές και 12 ήταν καθηγητές ή προσωπικό. Οι ηλικίες των ερωτώμενων κυμαίνονταν από 18 έως 62 έτη. Τα στρεσογόνα γεγονότα περιελάμβαναν τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, σχολικές δυσκολίες, δυσκολίες προσωπικής σχέσης και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Όλες οι βαθμολογίες ήταν πάνω από 3 σε κλίμακα 7 σημείων (1 = καθόλου άγχος, 7 = εξαιρετικά αγχωτική). Το PTGI και τα ίδια 21 στοιχεία PTDI από τη Μελέτη 1 χρησιμοποιήθηκαν επίσης σε αυτήν τη μελέτη. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να επικεντρωθούν στο στρεσογόνο γεγονός που είχαν αναφέρει. Για τη μελέτη αυτή, τα μεμονωμένα στοιχεία της PTGI και της PTDI συνδυάστηκαν και ορισμένοι συμμετέχοντες έλαβαν μια κλίμακα με τις αρνητικές διατυπώσεις πρώτα σε κάθε ζεύγος ερωτήσεων ενώ άλλοι συμμετέχοντες έλαβαν τις θετικές διατυπώσεις πρώτα σε κάθε ζεύγος ερωτήσεων. Η σειρά θετικών ή αρνητικών στοιχείων προσδιορίστηκε τυχαία. Οι προπτυχιακοί φοιτητές της ψυχολογίας συμμετείχαν γιατί το απαιτούσε το μάθημα, ενώ άλλοι ανταποκρίθηκαν εθελοντικά. Οι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να αναφέρουν μεταβολές τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην μετατραυματική έκπτωση

ακόμη και όταν οι ερωτήσεις παρουσιάστηκαν μαζί. Κατά μέσον όρο, το 27% των συμμετεχόντων ανέφερε κάποια αλλαγή και στις δύο διαστάσεις με ένα εύρος που κυμαινόταν από 10% έως 52%.

Στη μελέτη των Cann και συνεργατών (2010), συμμετείχαν φοιτητές της ψυχολογίας που ρωτήθηκαν αν είχαν βιώσει μια σειρά τραυματικών ή εξαιρετικά αγχωτικών γεγονότων, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή σοβαρής προσωπικής ασθένειας τα τελευταία 3 χρόνια. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωση σε ένα δείγμα φοιτητών, να καθορίσει εάν αυτές οι αλλαγές ήταν ανεξάρτητες και αν συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ευημερία του ατόμου. Συνολικά 118 άτομα έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 18 έως 44 έτη, με μέση ηλικία τα 20,7 έτη. Ο χρόνος από την εκδήλωση του στρεσογόνου γεγονότος κυμαινόταν από 0 έως 36 μήνες. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν διάφορα αγχογόνα γεγονότα, όπως θάνατο ενός στενού προσώπου, σοβαρή ασθένεια ενός φίλου ή μέλους της οικογένειας, προσωπική ασθένεια, τραυματισμό, επίθεση, ληστεία, διαζύγιο γονέων, και στρατιωτική θητεία. Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση αξιολογήθηκαν με τη χρήση του PTGI-42. Η ικανοποίηση από τη ζωή μετρήθηκε χρησιμοποιώντας αντίστοιχο ερωτηματολόγιο όπως και η νοηματοδότησή της. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των βασικών πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με τον κόσμο (Quality of Life Index, Meaning in Life Questionnaire, Core Beliefs Inventory). Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης είναι ανεξάρτητη, ωστόσο η μετατραυματική ανάπτυξη όσο και η μετατραυματική έκπτωση σχετίζονται με την ποιότητα ζωής όσο και με τη νοηματοδότηση. Επίσης υπογραμμίζουν ότι τόσο η μετατραυματική ανάπτυξη όσο και η μετατραυματική έκπτωση, σχετίζονται με άλλες παραμέτρους επηρεάζοντας την αίσθηση ευημερίας του ατόμου και όσα απολαμβάνει στο παρόν. Η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται θετικά με τη διαταραχή των βασικών πεποιθήσεων του ατόμου, θετικά με τον «σκοπίμο μηρυκασμό» (purposeful rumination) όταν δηλαδή το άτομο σκέφτεται διαρκώς το γεγονός που του συνέβη για να το επεξεργαστεί ενώ σχετίζεται αρνητικά με τον «ενοχλητικό μηρυκασμό» (intrusive rumination), όταν δηλαδή το άτομο καταφεύγει σε επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές σκέψεις που πολλές φορές είναι ανεπιθύμητες. Με τον τελευταίο τύπο μηρυκασμού σχετίζεται αρνητικά η μετατραυματική έκπτωση αλλά δεν σχετίζεται με τη διαταραχή των βασικών

πεποιθήσεων. Τέλος, η ποιότητα ζωής και η απόδοση του νοήματος στη ζωή φάνηκε να συνδέονται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη και αρνητικά με την μετραυματική έκπτωση.

Η σημασία της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης υπογραμμίστηκε και από τη μελέτη των Barrington & Shakespeare-Finch (2013), που θέλησαν να «αναπαράγουν» τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Baker et al., 2008, Cann et al., 2010), σε δείγμα 104 Αυστραλών μιας πανεπιστημιακής κοινότητας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για τη μετατραυματική ανάπτυξη και την μετραυματική έκπτωση σχετικά με ένα τραυματικό γεγονός που έλαβε χώρα τα τελευταία 5 χρόνια. Επιπλέον, διερευνήθηκε η σχέση με παράγοντες όπως η ευημερία, η ψυχολογική άνθηση, ή δυσφορία με τη χρήση σχετικών ερωτηματολογίων (PTGI-42, Depression Anxiety Stress Scales, Satisfaction Life Scale, Psychological Flourishing Scale, Scale of Positive and Negative Experience). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος χρόνος από τον τραυματισμό ήταν 26,21 μήνες. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αξιολόγησε τη σοβαρότητα του τραύματος ως υψηλή (33,7%) ή σοβαρή (33,7%), ακολουθούμενη από πολύ σοβαρή (21,2%) και μέτρια (11,5%). Τα τραυματικά συμβάντα που αναφέρθηκαν ομαδοποιήθηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες: α) ατύχημα με αυτοκίνητο ή μοτοσικλέτα (15,4%), β) πένθος (23,1%) και γ) ασθένεια και τραυματισμό (30,8%). Άλλα αναφερόμενα τραύματα, τα οποία δεν προσχώρησαν σε καμία από τις προαναφερθείσες ομάδες, περιελάμβαναν απόπειρα αυτοκτονίας, επίθεση, φυσική καταστροφή, ληστεία, οικογενειακές ή νομικές συγκρούσεις και εμπειρίες κοντά στον θάνατο. Η μετραυματική έκπτωση συσχετίστηκε με την ευημερία, την ψυχολογική άνθηση, και το άγχος, και εμφανίστηκε ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης της βαθμολογίας σε αυτές τις παραμέτρους. Ωστόσο, η μετατραυματική ανάπτυξη έδειξε ελάχιστες συσχετίσεις με την ευημερία, την άνθηση και το άγχος.

Μια άλλη μελέτη της Forgeard (2013), διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της αυτοαναφερόμενης μετατραυματικής ανάπτυξης, της αυτοαναφερόμενης μετραυματικής έκπτωσης, καθώς και την αυτο-αναφερόμενη δημιουργικότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η μελέτη επικεντρώθηκε στην επίδραση των περισσότερων τραυματικών γεγονότων που βίωσαν οι συμμετέχοντες οποιαδήποτε χρονική στιγμή της ζωής τους. Η πρόκληση για τα άτομα που βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός ήταν να διοχετεύσουν τις αρνητικές τους εμπειρίες ως πηγή έμπνευσης και κίνητρα για να δημιουργήσουν στο μέλλον. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 373 συμμετέχοντες οι οποίοι χρησιμοποίησαν δύο ιστοσελίδες προκειμένου να

συμπληρώσουν 7 ερωτηματολόγια μέσα σε 20 λεπτά, ανάμεσά τους και το Life Events Checklist, PTGI-42, Event Related Rumination Inventory και Creative Domains Questionnaire. Το μεγαλύτερο δείγμα ήταν γυναίκες (78%). Από το κάθε ερωτηματολόγιο εξάγονται μεταβλητές όπως το είδος του τραυματικού γεγονότος, αν το βίωσε ο ίδιος ή ήταν μάρτυρας, ή αν αυτό που έμαθε το βίωσε κάποιος κοντινός του άνθρωπος. Μια επιπλέον κατηγορία που προστέθηκε ήταν «οι ψυχολογικές διαταραχές». Στην περίπτωση που κάποιος συμμετέχων είχε βιώσει περισσότερα από ένα τραυματικά γεγονότα τότε καλούνταν να υποδείξουν ποιο γεγονός είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή τους. Με τη βοήθεια της κλίμακας τύπου Likert 5 σημείων (1:όχι καθόλου-5: εξαιρετικά) ανέφεραν πόσο στενάχωρο ήταν γι' αυτούς το γεγονός που έγινε πρώτα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PTGI-42, ένα ερωτηματολόγιο 42 στοιχείων σχεδιασμένο για να μετρά τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές αλλαγές μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Τέλος, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Creative Domains (CDQ), που είναι σχεδιασμένο για αξιολόγηση της αυτοαναφερόμενης δημιουργικότητας σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν και την ηλικία στην οποία άρχισαν τη δημιουργική απασχόληση, το είδος της απασχόλησης και κατά πόσο είχαν πετύχει τους στόχους που είχαν θέσει. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η αυτοαναφερόμενη δημιουργικότητα αποτελεί μια εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η δυσφορία που προκλήθηκε από αντιξοότητες προέβλεπε δημιουργική ανάπτυξη. Η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να εκδηλωθεί μέσω αντιλήψεων για αυξημένη δημιουργικότητα, αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην αντίληψη νέων δυνατοτήτων για τη ζωή.

Η Richardson (2015), στη μελέτη της διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της εύρεσης νοήματος της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης μετά από ένα τρομοκρατικό χτύπημα. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 118 άτομα με μέση ηλικία τα 57 έτη, που είχαν επηρεαστεί σε προσωπικό επίπεδο από τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου του 2001. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PTGI και PTDI, η κλίμακα IES (Impact of Event Scale), ένα ερωτηματολόγιο αυτο-συμπλήρωσης το οποίο αξιολογεί την υποκειμενική δυσφορία που προκλήθηκε από το τραυματικό γεγονός, καθώς και η αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου Revised (IES-R). Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 22 στοιχεία μέτρησης της υποκειμενικής απόκρισης σε ένα τραυματικό γεγονός, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων της αποφυγής και της υπερδιέγερσης. Οι απαντήσεις δίνονταν με βάση την

κλίμακα Likert 5 σημείων που κυμαίνεται από 0 (καθόλου) έως 4 (εξαιρετικά) με τις υψηλότερες βαθμολογίες (βαθμολογία 0-88) να υποδηλώνουν ότι το άτομο εξακολουθεί να βιώνει ανησυχητικές σκέψεις (troubling thoughts) σχετιζόμενες με το γεγονός και χαμηλότερες να υποδεικνύουν ανάκαμψη. Επιπλέον, εκτιμήθηκαν παράγοντες όπως η απόδοση νοήματος και η εύρεση οφέλους σχετικά με την εμπειρία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανότητα να νοηματοδοτήσει κανείς την εμπειρία της 11ης/9 δεν είχε σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ αντίθετα η ικανότητα να βρει κάποιο όφελος από την εμπειρία σχετιζόταν με την μετατραυματική ανάπτυξη. Δώδεκα χρόνια μετά τα γεγονότα που έλαβαν χώρα το 2001, η συγκεκριμένη έρευνα προσπαθεί να αναδείξει την ικανότητα του ατόμου να βρει όφελος μετά από την έκθεση σε μια τρομοκρατική επίθεση και τη σχέση που μπορεί να έχει με την μετατραυματική ανάπτυξη και την μετατραυματική έκπτωση. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι πάνω από μία δεκαετία μετά που σημειώθηκαν οι επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου, μερικά θύματα εξακολουθούν να έχουν ενοχλητικές σκέψεις και αναμνήσεις από εκείνη την ημέρα. Διερευνήθηκε η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης με την εύρεση οφέλους από το τραυματικό γεγονός και βρέθηκε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, δηλαδή οι συμμετέχοντες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία της PTGI κλίμακας όταν ανέφεραν ότι βρήκαν μεγάλο όφελος από την εμπειρία τους στις 11 Σεπτεμβρίου σε σχέση με εκείνους που βρήκαν μερικό όφελος, πολύ μικρό όφελος ή κανένα όφελος. Επίσης, η βαθμολογία μετατραυματική ανάπτυξη ήταν υψηλότερη για εκείνα τα άτομα που είδαν από κοντά τις επιθέσεις της 11/09 ενώ βρίσκονταν στο κέντρο του Μανχάταν σε σύγκριση με εκείνους που δεν ήταν εκεί.

Η μελέτη των Marshall και συνεργατών (2015), διερεύνησε τις διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης στην προσωπική δύναμη και στις προσωπικές σχέσεις μετά από δύο μεγάλους σεισμούς στη Νέα Ζηλανδία. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 354 συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν την κλίμακα PTGI-42, 1 μήνα μετά τον πρώτο σεισμό, 3 μήνες και 12 μήνες μετά τον πιο σοβαρό σεισμό. Χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοση επισκόπησης της υγείας [Short-Form 12-item Health Survey (SF-12)] για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης της υγείας, της ευημερίας και της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη καθώς και η κλίμακα καθημερινών «ενοχλήσεων» (Hassles Scale). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που παρουσίασαν μετατραυματική ανάπτυξη στη διάσταση «προσωπική δύναμη» ήταν νεότεροι σε ηλικία και είχαν καλύτερη ψυχική υγεία πριν από τον σεισμό

σε σχέση με αυτούς που εμφάνισαν μετατραυματική έκπτωση. Επίσης, το φύλο είχε πολύ σημαντικό ρόλο, με τους άνδρες να μην εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη.

Η σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης μελετήθηκε και από τους Blackie και συνεργατών (2015), οι οποίοι συμπεριέλαβαν στη μελέτη μετατραυματικής έκπτωσης τους 240 άτομα από τα οποία ζητήθηκε να περιγράψουν τραυματικά γεγονότα που βίωσαν τα τελευταία 5 χρόνια της ζωής τους. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει αν τα μέλη της οικογένειας του θεραπευόμενου και οι φίλοι μπορούν να επιβεβαιώσουν τις αλλαγές που μπορεί να παρουσιάζει το άτομο που βίωσε ένα τραυματικό γεγονός. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PTGI-42, η παρακολούθησή τους έγινε μέσω τηλεφώνου και ποσοστό 91% των ατόμων ολοκλήρωσε τη συγκεκριμένη μελέτη. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντικές αλλαγές στις πέντε διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης (θετικές αλλαγές) αλλά και στις πέντε διαστάσεις της μετατραυματικής έκπτωσης (αρνητικές αλλαγές) και ότι ένα άτομο μπορεί να μεταβάλει τη συμπεριφορά του μετά από ένα τραυματικό γεγονός, λόγω της ιδιοσυγκρασίας του.

Σε μια άλλη μελέτη των Kroemeke και συνεργατών (2017) συμμετείχαν 84 γυναίκες μετά από μαστεκτομή (μέση ηλικία: 62,27 έτη) και για τις οποίες μεσολαμβάνονταν κατά μέσον όρο 10 έτη από τη διάγνωση και κατά μέσον όρο 9 έτη από τη χειρουργική επέμβαση (εύρος τιμών: 6 μήνες έως 34 έτη). Οι περισσότερες γυναίκες (85,7%) υπέστησαν απλή και ριζική μαστεκτομή. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή και οι στρατηγικές αντιμετώπισης και υποστήριξης. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: PTGI-21 για τις δύο διαστάσεις (θετικές και αρνητικές-μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση). Χρησιμοποιήθηκε η συνολική βαθμολογία για τη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική έκπτωση (συνολική βαθμολογία: 0–105) η αποτελεσματικότητα κοινωνικής στήριξης [Social Support Effectiveness Questionnaire (SSE-Q)], και το ερωτηματολόγιο COPE Inventory για την εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει κλίμακας 6 σημείων (0: δεν έζησα αυτήν την αλλαγή-5: έζησα αυτήν την αλλαγή σε μεγάλο βαθμό).

Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση είναι ανεξάρτητες διαστάσεις, με ξεχωριστές τροχιές ανάπτυξης. Πάνω από τις μισές γυναίκες γνώρισαν μόνο ανάπτυξη, με τις υπόλοιπες

να μην αναφέρουν καμία αλλαγή, θετικές και αρνητικές αντιλήψεις ή μόνο αρνητικές. Το επίπεδο της μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν υψηλότερο στις περιπτώσεις των γυναικών που είχαν υψηλότερη θετική αντιμετώπιση της κατάστασης και είχε παρέλθει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τη διάγνωσή τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν τους παραπάνω παράγοντες ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης ενώ το συναίσθημα της αποφυγής και η αναποτελεσματική κοινωνική στήριξη βρέθηκε να είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για την εμφάνιση της μετατραυματικής έκπτωσης. Συμπερασματικά, η μελέτη καταλήγει και δίνει έμφαση στην ανάπτυξη περισσότερων εργαλείων για την παροχή επαρκούς ψυχολογικής υποστήριξης στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή.

Το ίδιο έτος, οι Kunz και συνεργάτες (2017), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης από τη μία πλευρά και η ικανοποίηση από τη ζωή, οι δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας από την άλλη πλευρά σε άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού μετά από την έξοδό τους από το κέντρο αποκατάστασης της Ελβετίας. Σκοπός της μελέτης των Kunz και συνεργατών (2017), ήταν η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης από τη μία πλευρά και της ικανοποίησης από τη ζωή και των δεικτών ψυχικής και σωματικής υγείας από την άλλη πλευρά σε άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού σε κέντρα αποκατάστασης της Ελβετίας. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της μελέτης ήταν (α) να διερευνηθούν εάν τα άτομα με τραυματισμό νωτιαίου μυελού αντιλαμβάνονται την μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική έκπτωση, (β) να εξετάσουν πώς συσχετίζεται η μετατραυματική έκπτωση με τη μετατραυματική ανάπτυξη και με διαφορετικούς δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή, την ψυχική υγεία και τη σωματική υγεία και (γ) για να ελέγξουν εάν η μετατραυματική έκπτωση μετριάξει τις σχέσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης με αυτούς τους διαφορετικούς δείκτες προσαρμογής.

Συνολικά 141 ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια αξιολόγησης της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης και διάφορους δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: Distress Thermometer για την ψυχική υγεία, World Health Organization Quality of Life Assessment για τη μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή, Spinal Cord Independence Measure version III για την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και τα ερωτηματολόγια PTGI-SF, PTGI-42 για την εκτίμηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και δυσφορίας.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε έναν, τρεις και έξι μήνες μετά τη διάγνωση της βλάβης του νωτιαίου μυελού, κατά την έξοδο από την πρώτη αποκατάσταση, και δύο έως πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Ωστόσο, η διάρκεια της πρώτης αποκατάστασης ποικίλλει ανάλογα, με τη σοβαρότητα του τραυματισμού.

Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση συσχετίστηκαν σημαντικά θετικά ενώ η μετατραυματική έκπτωση συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη ψυχική και σωματική υγεία και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η μετατραυματική ανάπτυξη συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης και υψηλότερης ικανοποίησης από τη ζωή σε άτομα που βιώνουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα μετατραυματικής έκπτωσης. Αντίθετα, η μετατραυματική ανάπτυξη δεν συσχετίστηκε σημαντικά με τις ίδιες μεταβλητές σε άτομα με χαμηλά επίπεδα μετατραυματικής έκπτωσης. Συμπερασματικά, η μελέτη καταλήγει στο γεγονός ότι η μετατραυματική ανάπτυξη εμφανίζεται σε άτομα που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής έκπτωσης.

Οι Michélsen και συνεργάτες (2017), διερεύνησαν τον τρόπο με τον οποίο επηρέασε η έκθεση σε μια φυσική καταστροφή (τσουνάμι) τους συμμετέχοντες όσον αφορά στη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική έκπτωση. Δηλαδή, αν ο τύπος της έκθεσης ήταν σημαντικός για την αυτοαξιολόγηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης 14 μήνες και έξι χρόνια μετά την καταστροφή. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν 14 μήνες και έξι χρόνια μετά το 2004 της καταστροφής από τσουνάμι ήταν τα εξής: General Health Questionnaire (GHQ-12), Impact of Event Scale για να εκτιμήσει την ψυχολογική δυσφορία των τελευταίων εβδομάδων, Revised (IES-R) για την εκτίμηση των συμπτωμάτων μετατραυματικού άγχους. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 848 επιζώντες από το τσουνάμι που ζούσαν στη Στοκχόλμη και απάντησαν σε σχετικές ερωτήσεις 14 μήνες και 6 χρόνια μετά το τσουνάμι. Ο τύπος της έκθεσης ήταν σημαντικός τόσο για τη μετατραυματική ανάπτυξη όσο και για την μετατραυματική έκπτωση έξι χρόνια αργότερα. Οι επιζώντες βίωσαν τέσσερεις διαφορετικούς τύπους έκθεσης στο τραυματικό συμβάν: α) παρουσία στην παραλία όταν «χτύπησε» το κύμα, β) απειλητική εμπειρία για τη ζωή, γ) σοβαρός σωματικός τραυματισμός, δ) απώλεια σημαντικού προσώπου. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν έναν συνδυασμό διαφόρων τύπων έκθεσης (συμπεριλαμβανομένης της απειλής για τη ζωή και πένθος) ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο όσον αφορά τη μετατραυματική ανάπτυξη όσο και την μετατραυματική έκπτωση σε σχέση με εκείνους που ο τύπος έκθεσής τους ήταν μόνο

η παρουσία τους στην πληγείσα περιοχή. Επιπλέον, όσοι ανέφεραν υψηλή βαθμολογία μετατραυματικού στρες, ανέφεραν επίσης, μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD), 14 μήνες μετά και της μετατραυματικής ανάπτυξης / μετατραυματικής έκπτωσης 6 χρόνια μετά. Από τη μελέτη φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση λειτούργησαν ως ξεχωριστές κλίμακες που αντικατοπτρίζουν την άποψη για τη ζωή μετά από μια φυσική καταστροφή και δείχνουν ότι οι δύο έννοιες μπορούν να συνυπάρχουν. Τόσο η μετατραυματική ανάπτυξη όσο και η μετατραυματική έκπτωση έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με το είδος της έκθεσης απέναντι σε ένα τραυματικό γεγονός.

Σύμφωνα με τους Zięba και συνεργάτες (2019), το τραύμα πιθανόν να έχει ταυτόχρονα θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Οι ερευνητές διερεύνησαν θετικές και αρνητικές επιδράσεις μιας τραυματικής εμπειρίας και προσδιόρισαν τους τομείς που είχαν επιδράσει στη ζωή των συμμετεχόντων. Διερεύνησαν, δηλαδή, τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης, μετατραυματικής έκπτωσης, κατάθλιψης, άγχους και μηρυκασμού. Συμπεριέλαβαν στη μελέτη τους 72 φοιτητές μεταπτυχιακού προγράμματος στην ψυχολογία που είχαν υποστεί ένα τραυματικό γεγονός και απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με το πώς το γεγονός επηρέασε τις αντιλήψεις που έχουν για τον εαυτό τους και τον κόσμο, συμπληρώνοντας την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης HADS καθώς και το Ενοχλητικού μηρυκασμού (16-item ERI questionnaire). Οι τομείς στους οποίους παρατηρήθηκαν θετικές αλλαγές ήταν η προσωπική δύναμη, η σχέση με τους άλλους και η εκτίμηση της ζωής. Οι αρνητικές αλλαγές επηρέασαν κυρίως τη σχέση με τους άλλους και την προσωπική δύναμη των συμμετεχόντων. Η ποσοτική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι αφηγήσεις τους περιείχαν περισσότερες λέξεις που εκφράζουν θετικά συναισθήματα παρά αρνητικά. Υπήρξε μια αρνητική σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης, μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και μια θετική σχέση μεταξύ μετατραυματικής έκπτωσης και κατάθλιψης. Δεν υπήρχαν επιδράσεις στην ηλικία. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση μπορεί να συνυπάρχουν και μπορούν να θεωρηθούν ως αποτελέσματα δύο ξεχωριστών διαδικασιών της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου.

Συνοψίζοντας, από τα ευρήματα όλων των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση και αφορούν στη μετατραυματική ανάπτυξη, προκύπτει ότι τα άτομα βιώνουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές αλλαγές μετά από τραυματικά

γεγονότα. Συχνά αναφέρουν και τις δύο ταυτόχρονα αν και οι αναφορές στις διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι συχνότερες από τις αναφορές στις διαστάσεις της μετατραυματικής έκπτωσης.

Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη μέτρηση των θετικών αλλαγών ενώ οι αρνητικές αλλαγές συνήθως, εκτιμώνται από τους ερευνητές ως συμπτώματα μετατραυματικού στρες ή συναισθηματικής δυσφορίας. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που συμμετέχουν σε μελέτες που αφορούν στη μετατραυματική ανάπτυξη και στην μετατραυματική έκπτωση, δεν μπαίνουν πάντα στη διαδικασία να αναζητήσουν και να αποδώσουν ένα μονάχα νόημα στο τραυματικό βίωμα, γεγονός που δυσχεραίνει την εξαγωγή αποτελεσμάτων όσον αφορά στη σχέση των δύο διαστάσεων.

Οι προγνωστικοί παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν είναι ίδιοι με τους προγνωστικούς παράγοντες των αρνητικών αλλαγών αλλά σύμφωνα με τα ευρήματα μπορεί να συνυπάρχουν.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, ο βαθμός της κοινωνικής στήριξης, το είδος της τραυματικής εμπειρίας που είναι καθοριστικοί για τη μετατραυματική ανάπτυξη του ατόμου αλλά και την εκδήλωση της μετατραυματικής έκπτωσης. Από τις μελέτες που εντάχθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση φάνηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο συνεπείς στη θεραπεία και εμφανίζουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη απ' ό,τι οι άνδρες. Επιπρόσθετα, η διαδικασία του μηρυκασμού επηρεάζει τη μετατραυματική κατάσταση του ατόμου, καθώς σχετίζεται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη και αρνητικά με την μετατραυματική έκπτωση. Επιπλέον, οι νεότεροι σε ηλικία και όσοι είχαν καλύτερη προ-τραύματος ψυχική υγεία εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη σε μεγαλύτερο βαθμό από όσους είναι σε προχωρημένη ηλικία και είχαν πτωχή ψυχική υγεία πριν από το τραυματικό γεγονός. Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας που προέκυψε από την ανασκόπηση είναι η θετική επίδραση του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου που φαίνεται να ενισχύει την ψυχολογική ευημερία του ατόμου μειώνοντας την μετατραυματική έκπτωση. Τέλος, ο παράγοντας χρόνος από τη διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες συνδέεται άμεσα με τη μετατραυματική ανάπτυξη η οποία εδραιώνεται με την πάροδο του χρόνου και έχει ισχυρό θετικό αντίκτυπο στην αίσθηση ευεξίας που νιώθει το άτομο αποτρέποντας συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας.

Οι πρώτες μελέτες απέτυχαν να αξιολογήσουν τις αρνητικές αλλαγές στους τομείς που τα άτομα συνήθως αναφέρουν ανάπτυξη. Για τον λόγο αυτόν, η μετατραυματική

ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση είναι δύο διαστάσεις που θα πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω και να συμπεριληφθούν κάποιες παράμετροι που μέχρι τώρα δεν έχουν ενταχθεί στις προγενέστερες έρευνες όπως είναι π.χ. η σοβαρότητα του τραύματος.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικός πίνακας ερευνών αναφορικά με τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης με άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.

Συγγραφείς / έτος / χώρα	Σκοπός μελέτης	Είδος μελέτης	Δείγμα μελέτης	Μέσα Συλλογής Δεδομένων Μεταβλητές που Σχετίζονται με τη Μετατραυματική Ανάπτυξη και την μετατραυματική έκπτωση	Αποτελέσματα-Συμπεράσματα για μετατραυματική ανάπτυξη-μετατραυματική έκπτωση	Αποτελέσματα-Συμπεράσματα για μετατραυματική ανάπτυξη-μετατραυματική έκπτωση και με άλλες παραμέτρους
Baker et al. (2008), ΗΠΑ	Σύγκριση και διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης	Ποσοτική Συγχρονική	286 προπτυχιακοί φοιτητές πανεπιστημίου (τραυματική εμπειρία από θάνατο αγαπημένου προσώπου, τροχαία δυστυχήματα και σοβαρά προβλήματα υγείας)	Ερωτηματολόγιο: PTGI-21 item: <i>αξιολόγηση θετικών αποτελεσμάτων μετά από βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος, μετατραυματική ανάπτυξη</i> PTDI-21 item negatives Life Events Report: <i>αξιολόγηση αρνητικών αποτελεσμάτων μετά από βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος</i>	Αναφέρθηκαν και θετικές και αρνητικές αλλαγές στα ίδια πεδία αλλά η μετατραυματική ανάπτυξη αναφέρθηκε σε πολύ υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την μετατραυματική έκπτωση και δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης. Οι δύο κλίμακες της ανάπτυξης και της δυσφορίας μετά το τραύμα παρουσιάστηκαν ως δύο ξεχωριστές ανεξάρτητες κλίμακες.	
Baker et al. (2008), ΗΠΑ	Σύγκριση και διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης	Ποσοτική Συγχρονική	184 φοιτητές, καθηγητές πανεπιστημίου (τραυματική εμπειρία από θάνατο αγαπημένου προσώπου, δύσκολιες στη σχολή και	Ερωτηματολόγιο: PTGI-21 item : <i>αξιολόγηση θετικών αποτελεσμάτων μετά από βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος, μετατραυματική ανάπτυξη</i> PTDI-21 item negatives(ptd) The Life Events Report: <i>αξιολόγηση αρνητικών αποτελεσμάτων μετά από</i>	Αναφέρθηκαν και θετικές και αρνητικές αλλαγές στα ίδια πεδία αλλά η μετατραυματική ανάπτυξη αναφέρθηκε σε πολύ υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την μετατραυματική έκπτωση και δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης.	

			σοβαρά θέματα υγείας)	<i>βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος</i>	Κατά μέσον όρο, το 27% των συμμετεχόντων ανέφερε κάποια αλλαγή και στις δύο διαστάσεις με ένα εύρος από 10% έως 52%.	
Cann et al. (2010), ΗΠΑ	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε δείγμα φοιτητών και τη σχέση με την ποιότητα ζωής και την ευημερία του ατόμου.	Ποσοτική Συγχρονική	118 φοιτητές πανεπιστημίου της ψυχολογίας (τραυματική εμπειρία μετά από θάνατο οικείου προσώπου, διαζύγιο, ασθένεια ή τραυματισμό)	Ερωτηματολόγια: PTGI-42,(μετατραυματική ανάπτυξη/ptd) Quality of Life Index: <i>δείκτης ποιότητας ζωής</i> Meaning in Life Questionnaire: <i>εκτίμηση νοήματος της ζωής</i> Core Beliefs Inventory: <i>εκτίμηση βασικών πεποιθήσεων</i>	Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση παρουσιάστηκαν ως ανεξάρτητες εμπειρίες.	Υπάρχει σχέση μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων και της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωσης μετά από ένα αγχωτικό συμβάν και οι μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση μπορεί να συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής του ατόμου, την απόδοση νοήματος στη ζωή αλλά και την αίσθηση ευημερίας του ατόμου. Επιπλέον, η μετατραυματική σχετίζεται θετικά με τον «σκόπιο μηρυκασμό», ενώ σχετίζεται αρνητικά με τον «παρενοχλητικό μηρυκασμό» αλλά και με τη διαταραχή των βασικών πεποιθήσεων
Barrington et al. (2013), Αυστραλία	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης και άλλων παραμέτρων όπως η ευημερία, η αισιοδοξία, η άνθηση και η ψυχολογική δυσφορία	Ποσοτική Συγχρονική	104 μέλη πανεπιστημιακής κοινότητας καθώς και άτομα από το ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον (28 μέλη της κοινότητας και 76 φοιτητές πανεπιστημίου)	Ερωτηματολόγια: PTGI-42 μετατραυματική ανάπτυξη/ptd) Depression Anxiety Stress Scales (the Satisfaction Life Scale: <i>κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή</i> the Psychological Flourishing Scale: <i>κλίμακα ψυχολογικής άνθησης</i> Scale of Positive and Negative Experience: <i>κλίμακα θετικών και αρνητικών εμπειριών</i>	Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση παρουσιάστηκαν ως ανεξάρτητες εμπειρίες.	Η μετατραυματική έκπτωση συσχετίστηκε σημαντικά με την ευημερία, την άνθηση και την αγωνία, και εμφανίστηκε ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης βαθμολογίας αυτών των παραμέτρων. Ωστόσο, η μετατραυματική ανάπτυξη έδειξε ελάχιστες συσχετίσεις με την ευημερία, την άνθηση και το άγχος.
Marshall et al. (2015), Ν. Ζηλανδία	Η διερεύνηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής	Μελέτη επιπολασμού Διαχρονική	354 άτομα που βίωσαν σεισμό	Ερωτηματολόγια: PTG-PTD 16-item scale, Short-Form 12 item Health Survey (SF-12), η κλίμακα		Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που παρουσίασαν μετατραυματική ανάπτυξη ήταν νεότεροι σε ηλικία και είχαν καλύτερη ψυχική υγεία

	έκπτωσης μετά από δύο μεγάλους σεισμούς της Νέας Ζηλανδίας (1 μήνα μετά τον πρώτο σεισμό, 3 μήνες και 12 μήνες μετά τον πιο σοβαρό σεισμό)			καθημερινών «ενοχλήσεων», Hassles Scale		πριν από το σεισμό σε σχέση με αυτούς που εμφάνισαν μετατραυματική έκπτωση. Επίσης, το φύλο έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο με τους άνδρες να μην εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη.
Blackie et al. (2015), Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου και της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης	Ποσοτική	240 άτομα, περιέγραψαν τραυματικά γεγονότα που βίωσαν τα τελευταία 5 χρόνια	Ερωτηματολόγιο: PTGI-42		Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντικές αλλαγές στις 5 διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης (θετικές αλλαγές) αλλά και στους 5 τομείς της μετατραυματικής έκπτωσης (αρνητικές αλλαγές) και ότι ένα άτομο μπορεί να μεταβάλει τη συμπεριφορά του μετά από ένα τραυματικό γεγονός, λόγω της ιδιοσυγκρασίας του.
Michélsen et al. (2017), Σουηδία	Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο επηρέασε η έκθεση σε μια φυσική καταστροφή (στη συγκεκριμένη μελέτη, το τσουνάμι) τους συμμετέχοντες όσον αφορά στη σχέση μεταξύ ψυχολογικής δυσφορίας και διαταραχής μετατραυματικού στρες 14 μήνες μετά την καταστροφή και όσον αφορά στην ανάπτυξη και τη	Ποσοτική	848 επιζώντες από τσουνάμι	Ερωτηματολόγια: PTGI-42 (μετατραυματική ανάπτυξη /ptd) General Health Questionnaire (GHQ-12): <i>ερωτηματολόγιο γενικής υγείας</i> , (Impact of Event Scale, Revised (IES-R): <i>κλίμακα επίδρασης γεγονότων</i>		Ο τύπος της έκθεσης συσχετίζεται σημαντικά τόσο με την μετατραυματική ανάπτυξη όσο και με την μετατραυματική έκπτωση έξι χρόνια αργότερα. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν έναν συνδυασμό διαφόρων τύπων έκθεσης (συμπεριλαμβανομένης της απειλής για τη ζωή και πένθος) ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο για την μετατραυματική ανάπτυξη όσο και για την μετατραυματική έκπτωση. Επιπλέον, όσοι ανέφεραν υψηλή βαθμολογία μετατραυματικού στρες ανέφεραν επίσης μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες 14 μήνες μετά και της μετατραυματικής ανάπτυξης/ μετατραυματικής έκπτωσης 6 χρόνια μετά.

	δυσφορία 6 χρόνια μετά την καταστροφή					
Kunz et al. (2017), Ελβετία	Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης από τη μία πλευρά και της ικανοποίησης από τη ζωή και των δεικτών ψυχικής και σωματικής υγείας από την άλλη πλευρά σε άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού	Προοπτική πολυκεντρική μελέτη	141 ασθενείς μετά από τραυματισμό νωτιαίου μυελού σε κέντρα αποκατάστασης της Ελβετίας	Ερωτηματολόγια: PTGI-SF, PTSDI- SF one-item Distress Thermometer: <i>θερμόμετρο δυσφορίας</i> , World Health Organization Quality of Life Assessment: <i>Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μέτρηση της ποιότητας ζωής</i> , (WHOQoL, (SCI QoL Basic Data Set Spinal Cord Independence Measure version III: <i>εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και λειτουργικότητας σε τρεις άξονες (αυτοφροντίδα, αναπνοή, κινητικότητα)</i> , Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): <i>κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο</i>		Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση συσχετίστηκαν σημαντικά θετικά ενώ η μετατραυματική έκπτωση συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη ψυχική και σωματική υγεία και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η μετατραυματική ανάπτυξη συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης και υψηλότερης ικανοποίησης κατά τη ζωή σε άτομα που βιώνουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα μετατραυματικής έκπτωσης. Αντίθετα, η μετατραυματική ανάπτυξη δεν συσχετίστηκε σημαντικά με αυτά τα αποτελέσματα σε άτομα με χαμηλά επίπεδα μετατραυματικής έκπτωσης.
Kroemeke et al. (2017), Πολωνία	Η διερεύνηση των ομοιοτήτων και των διαφορών μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή και οι	Ποσοτική Συγχρονική	84 γυναίκες μετά από μαστεκτομή	Ερωτηματολόγια: PTGI-21, PTSDI-21 Social Support Effectiveness Questionnaire (SSE-Q): <i>εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των προσπαθειών της κοινωνικής στήριξης</i> , COPE Inventory: <i>εκτίμηση των στρατηγικών</i>		Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση είναι ανεξάρτητες διαστάσεις, με ξεχωριστές τροχιές ανάπτυξης στη γνωστική και τη συμπεριφορική διεργασία του ατόμου. Οι γυναίκες που ερωτήθηκαν δεν εμφάνισαν ψυχολογικές αλλαγές μετά από μαστεκτομή με τον ίδιο τρόπο. Πάνω από τις μισές γυναίκες γνώρισαν μόνο ανάπτυξη, με τις υπόλοιπες μισές να μην αναφέρουν καμία αλλαγή, μικτές αντιλήψεις για αλλαγές ή

	στρατηγικές αντιμετώπισης και υποστήριξης			<i>αντιμετώπισης των προβλημάτων</i>		μόνο αρνητικές αντιλήψεις. Οι γυναίκες που νοσούσαν είχαν υψηλότερη μετατραυματική ανάπτυξη από την μετατραυματική έκπτωση, γεγονός που μπορεί να υποδεικνύει εξαιρετική ψυχολογική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
Zieba et al. (2019), Πολωνία	Η διερεύνηση της συνύπαρξης θετικών και αρνητικών επιδράσεων του τραύματος και επισήμανση των αλλαγών στις διαστάσεις	Μικτή	72 άτομα (Τραυματική εμπειρία από προσωπική ασθένεια, θάνατο σημαντικού προσώπου, εγκληματική επίθεση)	PTGI-42(μετατραυματική ανάπτυξη /ptd) HADS 16-item ERI questionnaire: κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο Ημιδομημένες συνεντεύξεις (θεματική ανάλυση)	Η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση μπορεί να συνυπάρχουν και μπορούν να θεωρηθούν ως αποτελέσματα δύο ξεχωριστών διαδικασιών της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου.	Οι τομείς στους οποίους παρατηρήθηκαν συχνότερα θετικές μεταβολές ήταν η προσωπική δύναμη, η σχέση με τους άλλους και η εκτίμηση της αξίας της ζωής. Οι αρνητικές αλλαγές επηρέασαν κυρίως τους άλλους και την προσωπική δύναμη του ατόμου. Η ποσοτική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι αφηγήσεις τους περιείχαν περισσότερες λέξεις που εκφράζουν περισσότερο θετικά συναισθήματα παρά αρνητικά.
Forgeard, (2013), ΗΠΑ	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της έκφρασης της δημιουργικότητας	Ποσοτική	373 άτομα (Τραυματική εμπειρία από φυσικές καταστροφές, ατυχήματα, ασθένεια, θάνατο)	PTGI-42 (μετατραυματική ανάπτυξη / μετατραυματική έκπτωση) Life events checklist, PTGI, Event Related Rumination Inventory, Creative Domains Questionnaire: <i>εκτίμηση παρεμβατικών σκέψεων</i>		Η αυτοαναφερόμενη δημιουργικότητα συνέβαλε στη μετατραυματική ανάπτυξη.
Richardson (2015), ΗΠΑ	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και υποτίμησης/δυσφορίας μετά από ένα τρομοκρατικό χτύπημα.	Ποσοτική	118 άτομα που βίωσαν τρομοκρατική επίθεση	PTGI-21 και PTDI- 21, κλίμακα IES (Impact of Event Scale), Revised (IES-R25)	Η μετατραυματική ανάπτυξη δεν συσχετίζεται με την μετατραυματική έκπτωση.	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανότητα να κατανοήσει κανείς την εμπειρία της 11ης/ 9 δεν είχε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ αντίθετα η ικανότητα να βρει κάποιο όφελος από την εμπειρία σχετιζόταν με την μετατραυματική ανάπτυξη. Η μετατραυματική ανάπτυξη σχετιζόταν με υψηλότερες βαθμολογίες της κλίμακας IES. Ορισμένα θέματα εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν ανησυχητικές σκέψεις (troubling thoughts) και αναμνήσεις από εκείνη την ημέρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του απαιτούν παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας του και θα ανακουφίσουν τον ίδιο αλλά και την οικογένειά του. Η νοσηλεία στη ΜΕΘ συνδέεται άμεσα με ακινητοποίηση για αρκετές ημέρες και ενδεχομένως με μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, γεγονός που προκαλεί σημαντικές αλλαγές στη σωματική και τη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Ο/Η νοσηλευτής/τρια συμμετέχει ενεργά στην έγκαιρη αναγνώριση και στον έλεγχο βλαπτικών παραγόντων, με τη χρήση διαφόρων μεθόδων και παρεμβάσεων, που αποσκοπούν στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Khalifezadeh et al., 2011).

5.1.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την παραμονή των ασθενών στη ΜΕΘ

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται στις ΜΕΘ η δέσμη μέτρων «ABCDEF» που περιλαμβάνει αξιολόγηση, πρόληψη και διαχείριση του πόνου, δοκιμασίες αυτόματης αναπνοής και αφύπνισης, αναλγησία και καταστολή, αξιολόγηση, πρόληψη και διαχείριση του ντελίριου, πρώιμη κινητικότητα και άσκηση που αποσκοπούν στην πρόληψη των συμπτωμάτων του συνδρόμου μετά από νοσηλεία στη ΜΕΘ (Post Intensive Care Syndrome-PICS) (Marra et al., 2017, Balas et al., 2012).

Όσον αφορά στην αποκατάσταση των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, χρησιμοποιείται συνδυαστικά ένα σύνολο τεκμηριωμένων πρακτικών (ABCDE bundle). Το σύνολο των πρακτικών αυτών δημιουργήθηκε το 2010 και αποτελείται από τεκμηριωμένες τεχνικές που στηρίζονται στα πρωτόκολλα του AACN (American Association of Critical-Care Nurses) και περιλαμβάνουν το ξύπνημα του ασθενούς από την καταστολή (Awakening), τον συντονισμό της αναπνοής (Breathing coordination), τον έλεγχο και τη διαχείριση του παραληρήματος (Delirium monitoring and management) και την πρώιμη κινητοποίηση (Early mobility). Το σύνολο των πρακτικών αυτών συγκεντρώνει τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των πιο συχνών επιπλοκών του βαρέως πάσχοντος ασθενούς (Pandharipande et al., 2013).

Παράλληλα, υπάρχουν διάφορα εργαλεία αξιολόγησης του συνδρόμου της ΜΕΘ. Όπως είναι η κλίμακα Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) και η κλίμακα Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Η κλίμακα CAM-ICU αποτελεί προσαρμογή της κλίμακας CAM για ασθενείς στις ΜΕΘ, η οποία αναπτύχθηκε το 1990 για διάγνωση του συνδρόμου από μη ψυχιατρικό προσωπικό. Αυτό συμβάλλει στην άμεση και αξιόπιστη διάγνωση του συνδρόμου ακόμα και όταν ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει σε περιπτώσεις που είναι διασωληνωμένος. Τα στοιχεία για τη συμπλήρωση των παραπάνω κλιμάκων συλλέγονται κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας που πραγματοποιείται από τους νοσηλευτές στο οκτάωρο εργασίας τους (Girard et al., 2008, Σιδηράς και συν., 2018).

Η θεραπευτική προσέγγιση, αφού αναγνωρισθεί το σύνδρομο για τους ασθενείς στις ΜΕΘ, περιλαμβάνει στρατηγικές όπως η αντιστροφή τυχόν αιτιολογικών παραγόντων, η τροποποίηση των περιβαλλοντικών συνθηκών και η βελτίωση της ποιότητας του ύπνου των ασθενών (McPherson et al, 2013).

Οι ασθενείς στις ΜΕΘ παρουσιάζουν πόνο και δυσφορία. Οι διεθνείς οδηγίες συστήνουν την εστιασμένη θεραπεία του πόνου και την ελαφρά καταστολή. Σε συνδυασμό και με τη μείωση του φωτισμού και την έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως το δυσάρεστο αυτό σύμπτωμα. Η νοσηλεία στις ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα αγχωτική για τους ασθενείς και η συνήθης θεραπεία για τη διαχείριση του στρες των ασθενών που βρίσκονται υπό μηχανική αναπνευστική υποστήριξη είναι η χορήγηση ενδοφλέβιων κατασταλτικών φαρμάκων για τη μείωση της δραστηριότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος και της ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ωστόσο, τα φάρμακα αυτά έχουν πολλές παρενέργειες όπως βραδυκαρδία, υπόταση, ακινησία, αδυναμία και παραλήρημα. Πλέον, συνιστάται να δοκιμάζονται και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας (πριν τη χορήγηση των κατασταλτικών) για τη μείωση του στρες. Η μουσική αποτελεί μια τέτοια παρέμβαση και έχει αποδειχθεί ότι ρυθμίζει το στρες και συντελεί στη χαλάρωση (Chlan et al., 2013, Chlan et al., 2013).

Τα αποτελέσματα όμως πρόσφατης μελέτης, που αφορούν στον θόρυβο στις ΜΕΘ, δείχνουν ότι υπάρχει μια συνεχόμενη τάση από τους επαγγελματίες υγείας να εναρμονίζουν στον χώρο της ΜΕΘ ήχους που αφορούν σε στοιχεία της φύσης (ήχους πουλιών, βροχής, ποταμιών, καταρρακτών κ.λπ.) υποστηρίζοντας ότι οι ήχοι αυτοί μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των επιπέδων άγχους και ανησυχίας των ασθενών αλλά και στη βελτίωση κλινικών δεικτών όπως είναι η μείωση των επιπέδων της

αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού. Παράλληλα, μειώνεται η χορήγηση των ηρεμιστικών φαρμάκων, η οποία μπορεί να καθυστερήσει τον απαλακτισμό του ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (Saadatmand et al., 2013).

Παρόμοια μελέτη των Engwall και συνεργατών (2015), επιχείρησε να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να βοηθήσει ο φωτισμός στο να υποστηριχτεί ο κερκάρδιος ρυθμός των ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ ενός νοσοκομείου της Σουηδίας. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις εμπειρίες των ασθενών που νοσηλεύονταν σε δύο διαφορετικά δωμάτια με διαφορετικό περιβάλλοντα φωτισμό. Στο ένα είχε εγκατασταθεί ένα σύστημα φωτισμού από ανακυκλωμένο υλικό με στόχο την προστασία του κερκάρδιου ρυθμού ενώ στο άλλο υπήρχε ο συνηθισμένος φωτισμός. Στο πρώτο δωμάτιο το σύστημα φωτισμού είχε στόχο να προσομοιώνεται στο φυσικό φως όσον αφορά στη φωτεινότητα και στο χρώμα. Το σύστημα αυτό ελεγχόταν αυτόματα από ένα λογισμικό όλο το 24ωρο. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στο δωμάτιο παρέμβασης είχαν μια θετική στάση απέναντι στον τρόπο φωτισμού και τα επίπεδα του φωτισμού τη νύχτα ήταν αποδεκτά. Οι εναλλαγές στο σύστημα φωτισμού επηρέαζαν θετικά την πορεία της υγείας του ασθενούς καθώς υπήρχε έντονο φως κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να στηρίζει τον κερκάρδιο ρυθμό του ασθενούς και να αυξάνει τα επίπεδα κορτιζόλης και χαμηλός φωτισμός κατά τη διάρκεια της νύχτας που επέτρεπε την έκκριση της μελατονίνης προκαλώντας αίσθημα ηρεμίας και ασφάλειας.

Τα συμπεράσματα μελετών που διερεύνησαν τις επιδράσεις των παρεμβάσεων στις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς στη ΜΕΘ, υποστηρίζουν ότι όταν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και της ομάδας φροντίδας παρατηρούνται σημαντικές βελτιώσεις όσον αφορά στα ζωτικά σημεία των ασθενών, τη μείωση του πόνου, του άγχους αλλά και της διάρκειας παραμονής των ασθενών στις ΜΕΘ. Η ανάγκη διαχείρισης των συναισθημάτων του ασθενούς είναι σημαντική κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ και πιο συγκεκριμένα η δυνατότητα στήριξης τόσο του ασθενούς όσο και του οικογενειακού του περιβάλλοντος (Parathanassoglou, 2010, Sharma et al., 2014, Kulkarni et al., 2011).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη που σκοπό είχε να διαφωτίσει τη βιωμένη εμπειρία ασθενών που είχαν συνείδηση κατά τη διάρκεια της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε 12 ασθενείς μία εβδομάδα μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ. Η φαινομενολογική ερμηνευτική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έδειξαν ότι η ταλαιπωρία τους θα μπορούσε να μετριαστεί μέσω μιας αποτελεσματικότερης επικοινωνίας με την ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη φρο-

ντίδα τους αλλά και με τη συντροφικότητα των συγγενών και των νοσηλευτών οι οποίοι ενθαρρύνουν τον ασθενή να αγωνιστεί για την επιβίωσή του (Karlsson et al., 2012a)

Οι έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις μπορεί να εκδηλωθούν ακόμα και έναν χρόνο μετά από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Η μελέτη των Peris και συνεργατών (2011), διερεύνησε το θέμα των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών και τη συμβολή ενός κλινικού ψυχολόγου, σε δείγμα ασθενών που νοσηλεύονταν στις ΜΕΘ που διαχωρίστηκε: α) στην ομάδα παρέμβασης που συμμετείχε σε πρόγραμμα συνεδριών με κλινική ψυχολόγο και β) στην ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης είχαν χαμηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης από την ομάδα ελέγχου. Ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου μετατραυματικού στρες ήταν χαμηλότερος στους ασθενείς που έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη απ' ό,τι στους ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου με στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκαν ψυχιατρική αγωγή στους 12 μήνες ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου απ' ό,τι στην ομάδα παρέμβασης. Συμπερασματικά, η μελέτη κατέληξε ότι η έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τις επιπτώσεις από την εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Τις ανάγκες πληροφόρησης με σκοπό τη δημιουργία ενημερωτικού φυλλαδίου διερεύνησαν οι Paul και συνεργάτες (2004), για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους σχετικά με την προετοιμασία της μεταφοράς τους από τη ΜΕΘ σε κάποιο νοσηλευτικό τμήμα. Μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων εντοπίστηκαν οι ανάγκες τους, στη συνέχεια σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε το ενημερωτικό φυλλάδιο, δόθηκε στους συμμετέχοντες και στη συνέχεια αξιολογήθηκε. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς και οι συγγενείς ήταν ικανοποιημένοι με τις γραπτές πληροφορίες. Οι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση του προσωπικού σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών και των συγγενών όταν μεταφέρονται από τη ΜΕΘ, στο νοσηλευτικό τμήμα.

5.1.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την έξοδο των ασθενών από τη ΜΕΘ

Η φροντίδα όμως του ασθενούς δεν περιορίζεται μόνο στη ΜΕΘ αλλά συνεχίζεται και μετά τη νοσηλεία του. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα χρόνια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς για μήνες ή και χρόνια μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Η αξιολόγηση του ασθενούς μετά την έξοδό του από τη ΜΕΘ περιλαμβάνει μια σύντομη ανασκόπηση της πορείας της υγείας του μέσα στον χώρο

της ΜΕΘ (διάγνωση, χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, χρονική διάρκεια μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης). Τα σωματικά προβλήματα αλλά και οι ψυχολογικές διαταραχές που προκύπτουν μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ λαμβάνονται υπόψη με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Volk & Grassi, 2009).

5.1.2.1 Προγράμματα αποκατάστασης

Το οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως οι φροντιστές των ασθενών αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας, μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Συχνά αγνοούν τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Αυτές οι δυσκολίες μπορούν να ξεπεραστούν με την εφαρμογή μιας αποτελεσματικής στρατηγικής αποκατάστασης όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, αλλά και στη συνέχεια όταν θα φροντίζεται στο σπίτι (Blair et al., 2017).

Μία από τις πιο σημαντικές συνέπειες της απειλητικής ασθένειας και της παραμονής στη ΜΕΘ είναι η σωματική αδυναμία από τη μυοπάθεια της ΜΕΘ και η προσβολή του μυϊκού και νευρικού συστήματος με τα επακόλουθα προβλήματα που προκύπτουν στη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Απλές καθημερινές δραστηριότητες όπως το περπάτημα η ατομική καθαριότητα ή το ντύσιμο μπορεί να γίνονται με δυσκολία (Svenningsen et al., 2014).

Ο ρόλος των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι πολυδιάστατος και συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και διαιτολόγοι. Ο ασθενής εισέρχεται σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο όπου ο ψυχολόγος μπορεί να τον εκπαιδεύσει κατάλληλα και να συμμετέχει και ο ίδιος ενεργά στην αποκατάστασή του (Merbitz et al., 2016, Lasiter et al., 2016, Haraldsson et al., 2015).

Τα διεπιστημονικά προγράμματα για την αποκατάσταση του ασθενούς περιλαμβάνουν συναντήσεις μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ, των ασθενών και των συγγενών, αποτελούν σημαντική ευκαιρία για ανταλλαγή εμπειριών και εντοπισμού των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, ιδίως όταν αυτά εκδηλώνονται τους 6 πρώτους μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ. Αποτελούν επίσης πηγή ανατροφολογίας για τους επαγγελματίες υγείας προσφέροντάς τους τη δυνατότητα για περαιτέρω βελτίωση της θεραπείας και της νοσηλευτικής φροντίδας (Svenningsen et al., 2016).

Μια άλλη οπτική της αποκατάστασης των ασθενών εκφράστηκε από τους Agård και συνεργάτες (2012) και βασίστηκε κυρίως στη συμβολή του οικογενειακού

περιβάλλοντος 12 μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ. Πραγματοποιήθηκαν 35 συνεντεύξεις με τους ασθενείς και τους οικείους τους στο διάστημα 3 και 12 μηνών μετά τη νοσηλεία. Οι ασθενείς φάνηκε ότι αγωνίζονταν για την ανεξαρτησία τους, για να ανακτήσουν τη σωματική τους δύναμη και τη λειτουργική τους ικανότητα. Η μελέτη αυτή συνέβαλε στον καθορισμό αποδοτικότερων, υποστηρικτικών μέτρων αποκατάστασης για τους ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ αλλά και στον καθορισμό του χρονικού διαστήματος που μπορεί να εφαρμοστεί το πρόγραμμα.

Οι Jensen και συνεργάτες (2017), σε πολυκεντρική ποιοτική μελέτη, διερεύνησαν τις εμπειρίες των ασθενών από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που ακολούθησαν μετά τη ΜΕΘ, σε τρία χρονικά σημεία (στους 1-3, 4-5, 9-11 μήνες). Η πρώτη συνάντηση πραγματοποιήθηκε πρόσωπο με πρόσωπο χρησιμοποιώντας φωτογραφίες ασθενών για να διευκολυνθεί η ανάκληση των αναμνήσεων. Η δεύτερη και η τρίτη πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικά χρησιμοποιώντας τον διάλογο. Χρησιμοποιήθηκε η θεματική ανάλυση και η αφηγηματική διαδικασία για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Η διαδρομή της ανάρρωσης περιεγράφηκε από τους ασθενείς ως μια διαδικασία «καθοδική», «σταθερή» ή με «μεγάλη πρόοδο».

Άλλες μελέτες αναφέρουν βιωματικές παρεμβάσεις σε ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται τηλεφωνικά, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Αποσκοπούν στον έλεγχο της προόδου της ανάρρωσής τους κατά τη παραμονή στο σπίτι, καθώς και την αξιολόγηση της φυσικής, διανοητικής και ψυχολογικής κατάστασής του κατόπιν τακτικών κατ'οίκον επισκέψεων. Η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία, που εφαρμόζονται βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ μειώνουν την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, οι ασθενείς λαμβάνουν ένα εγχειρίδιο που παρέχει γραπτές πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με την ασθένειά τους, καθώς και με τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση (Jones et al., 2003, Jónasdóttir et al., 2016). Ωστόσο, επιστημονικές μελέτες για την αποκατάσταση του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο εστιάζουν κατά κανόνα στην παροχή θεραπευτικής παρέμβασης στον χώρο του, μέσω της χορήγησης «φυλλαδίου αποκατάστασης» ή μέσω της εκπαίδευσής του και των φροντιστών του και τακτικής παρακολούθησής τους. Κάποιες φορές, η αποκατάσταση περιλαμβάνει σύγχρονες πρακτικές, μέσω της τηλεϊατρικής και ειδικότερα της τηλεαποκατάστασης (Jones et al., 2003, Πατσάκη και συν., 2015).

Μια άλλη παρέμβαση που φαίνεται να βοηθά τους ασθενείς να ξεπεράσουν την τραυματική εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ είναι και η επιστροφή στον χώρο της

ΜΕΘ, όπου είχαν νοσηλευτεί. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, καλούνται από τους επαγγελματίες υγείας να επιστρέψουν και να επισκεφθούν τη ΜΕΘ. Με αυτό τον τρόπο τους δίνεται η δυνατότητα να θυμηθούν και να μιλήσουν για τις αναμνήσεις από τη νοσηλεία τους, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, με απώτερο σκοπό να κατανοήσουν το βίωμά τους. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και παροτρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει σε αυτήν τη διαδικασία ενεργά (Storli & Lind, 2009, Engström et al., 2008).

Αρκετά προγράμματα παρακολούθησης των ασθενών σε κλινικές μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ (follow-up clinics) έχουν ξεκινήσει από το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά δεν είναι ακόμη ευρέως διαδεδομένα. Στις σκανδιναβικές χώρες, αναπτύχθηκαν διαφορετικά μοντέλα παρακολούθησης από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με τη χρήση ημερολογίων (Haraldsson et al., 2015).

Ο Deacon, (2012) διερεύνησε τις απόψεις των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ σχετικά με τις βασικές συνιστώσες ενός προγράμματος αποκατάστασης μετά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Το δείγμα της ποιοτικής μελέτης του αποτέλεσαν 35 ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί σε ΜΕΘ των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου, του Καναδά, της Αυστραλίας οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αναδύθηκαν τρεις θεματικές: «Πληροφόρηση και εκπαίδευση», «Προσωπική υποστήριξη» και «Αξιολόγηση της θεραπείας».

Συμπερασματικά, αναγνωρίζοντας τα ποικίλα προβλήματα και τις ανάγκες του βαρέως πάσχοντος ασθενούς κατά την αποκατάσταση, τίθεται αναγκαία η ολιστική φροντίδα του, σε οργανικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο από την πρώτη ημέρα εισαγωγής του στη ΜΕΘ. Σημαντικό ρόλο συντελεί η διεπιστημονική ομάδα που εκτελεί τις απαραίτητες παρεμβάσεις, προλαμβάνει επιπλοκές, στηρίζει, ενημερώνει και εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένειά του και αξιολογεί τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων, θέτοντας νέους στόχους όταν κριθεί απαραίτητο. Πέρα από την εκπαίδευση των ασθενών, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η συνεχιζόμενη επιμόρφωση της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης όσον αφορά στις νεότερες τεχνικές παρέμβασης και την ολιστική φροντίδα του ασθενούς.

5.1.2.2 Ημερολόγια ασθενών στη ΜΕΘ

Τα ημερολόγια της ΜΕΘ έχουν χρησιμοποιηθεί, ευρέως στις ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές από τη δεκαετία του 1970 και του 1980 ως εργαλείο χαμηλού κόστους, αλλά και ως ένα θεραπευτικό μέσο, για τη βελτίωση της ποιότητας

ζωής του, μετά από βαριά ασθένεια και νοσηλεία στη ΜΕΘ (Combe, 2005, Egerod & Bagger, 2010).

Το ενδιαφέρον στράφηκε προς τη συγγραφή των ημερολογίων όταν οι νοσηλευτές αναγνώρισαν την ανάγκη να βοηθήσουν τους ασθενείς να συμπληρώσουν τα κενά στις αναμνήσεις τους, δεδομένης της βαθιάς καταστολής και του παραληρήματος από τη χορήγηση φαρμάκων. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ανάγνωση των ημερολογίων επέτρεψε στους επιζώντες να αποκτήσουν συνοχή και κατανόηση της εμπειρίας τους, με τη διευκρίνιση των κενών στις αναμνήσεις τους και ενδεχόμενων παραισθήσεων. Επίσης μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιληφθούν ποια ήταν πραγματικά η κατάσταση της υγείας τους, ποια η φροντίδα που δέχτηκαν, να εξηγήσουν κάποια σημάδια στο σώμα τους από τραύματα και να εξοικειωθούν τελικά με την ασθένειά τους (Strandberg et al., 2018, Ewens et al., 2014, Egerod & Christensen, 2009). Επίσης, από τη σκοπιά των επιζώντων, τα ημερολόγια θεωρήθηκαν μια πράξη υποστήριξης και φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό πέραν των συνήθων καθηκόντων τους. Η συγγραφή και χρήση των ημερολογίων και από τα μέλη της οικογένειας φαίνεται να ενισχύει την επούλωση του ψυχικού τραύματος του ασθενούς καθώς δίνεται αφορμή για συζήτηση της εμπειρίας της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Αν και αναγνωρίζεται από τους επιζώντες ότι η πρώτη ανάγνωση του ημερολόγιου μπορεί να είναι οδυνηρή οι περισσότεροι είναι διατεθειμένοι να μοιραστούν το περιεχόμενο των ημερολογίων τους με την οικογένεια και τους φίλους (Egerod & Christensen, 2009, Ewens, et al., 2017).

Η δομή των ημερολογίων είναι συγκεκριμένη και περιλαμβάνει μια περίληψη για την αιτία εισαγωγής του ασθενούς στη ΜΕΘ, την καθημερινή κλινική του κατάσταση αλλά και μια περιγραφή που αφορά στην έξοδό του από τη ΜΕΘ. Περιλαμβάνονται επίσης, σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν στη ΜΕΘ αλλά και γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο κατά το χρονικό διάστημα που νοσηλεύεται ο ασθενής. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται είναι απλή, κατανοητή, χωρίς ιατρικούς όρους. Όλα τα ημερολόγια είναι χειρόγραφα και μπορεί να περιλαμβάνουν εικόνες ή ένα ποίημα με συμβολική σημασία. Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνουν φωτογραφίες της ζωής των ασθενών πριν από τη νοσηλεία τους οι οποίες ζητιούνται από τους συγγενείς αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ με τη τήρηση αυστηρών καθορισμένων κριτηρίων για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Στην τελευταία περίπτωση δίνεται έμφαση στην οπτική γωνία του ασθενούς, για παράδειγμα γίνεται φωτογράφιση της οροφής της ΜΕΘ, του χώρου δηλαδή στον οποίο βρίσκεται ο ασθενής, παρ' όλο που επαγγελματίες υγείας έχουν

εκφράσει ανησυχίες σχετικά με ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από μια τέτοια ενέργεια (Ullman et al., 2015, Ewens et al., 2014, Aitken et al., 2013).

Ένα ζήτημα που τίθεται όσον αφορά στη χρήση ημερολογίων είναι το χρονικό σημείο έναρξης της τήρησης ημερολογίου και το χρονικό σημείο επιστροφής του στον ασθενή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κατάλληλη χρονική στιγμή είναι οι πρώτες 24 ώρες μετά την αποσωλήνωση του ασθενούς. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις το ημερολόγιο επιστρέφεται είτε μετά την έξοδό του ασθενούς από τη ΜΕΘ ή από το νοσοκομείο ή λίγους μήνες αργότερα. Αν ο ασθενής δεν επιβίωσε, τότε το ημερολόγιο επιστρέφεται στους συγγενείς αυτοπροσώπως, είτε μέσω ταχυδρομείου (Egerod et al., 2011).

Ποιοτικές μελέτες διερεύνησαν τις εμπειρίες των μελών της οικογένειας, όταν τηρούσαν ένα ημερολόγιο για τον ασθενή τους που νοσηλευόταν στη ΜΕΘ. Σύμφωνα με τα ευρήματα τα μέλη της οικογένειας ενσωμάτωναν τις εμπειρίες τους από τη νοσηλεία του ασθενούς στη ΜΕΘ, δίνοντας χαρακτήρα προσωπικής αφήγησης (Nielsen & Angel, 2016,) ενώ παράλληλα κατέγραφαν τα έντονα συναισθήματά τους όπως την αγάπη τους για τον ασθενή (Egerod & Christensen, 2009).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Johansson και συνεργατών (2015), η τήρηση του ημερολογίου ανταποκρίνεται σε διαφορετικές ανάγκες των μελών της οικογένειας όπως για παράδειγμα να είναι δίπλα στον ασθενή, να του παρέχουν φροντίδα και να μοιράζονται πληροφορίες που αφορούν την υγεία του. Οι αρνητικές πτυχές που εντοπίστηκαν ήταν ότι η διαδικασία συγγραφής προκάλεσε άγχος, αισθήματα ενοχής και αποτυχίας, σε μερικούς συγγενείς. Συμπερασματικά, το ημερολόγιο είναι ένας τρόπος να διατηρείται η σχέση της οικογένειας με τον ασθενή και να βελτιώνεται η επικοινωνία τους. Το γεγονός ότι εντοπίστηκαν και αρνητικές επιπτώσεις υπογραμμίζει τη σημασία της εξατομικευμένης προσέγγισης.

Τέλος, έχει προταθεί ότι είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς να παρακολουθούνται και να υποστηρίζονται για μακρό χρονικό διάστημα και κατά τη φάση της αποκατάστασης για την ενδεχόμενη αντιμετώπιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Jones et al., 2010). Παράλληλα με τη χρήση ημερολογίων μπορούν να εφαρμοσθούν εξατομικευμένα προγράμματα με συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους. Οι συναντήσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα με τον ασθενή και την οικογένεια είναι πολύ βοηθητικές και έχουν σκοπό την παροχή φροντίδας και διασφάλιση μιας ζωής με ποιότητα. Επιπλέον, δίνουν την ευκαιρία στους ασθενείς και στους συγγενείς να

υποβάλλουν ερωτήσεις σχετικά με τη φροντίδα και να κατανοήσουν την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ.

Συμπερασματικά, η χρήση των ημερολογίων ΜΕΘ μπορεί να έχει πολλά οφέλη για τους επιζώντες και την οικογένειά τους, κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης. Τα ημερολόγια εντατικής θεραπείας αποτελούν μια εξελισσόμενη πρακτική και απαιτείται η διαρκής επικοινωνία μεταξύ κλινικής εφαρμογής και έρευνας.

5.1.3 Παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση της διαδικασίας της μετατραυματικής ανάπτυξης

5.1.3.1 Η συμβολή του «συνοδοιπόρου/συντρόφου» -“*companion*”

Η διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και αν δεν υπάρχει παρέμβαση από κάποιον επαγγελματία υγείας. Στη διευκόλυνση της συγκεκριμένης διαδικασίας, πολύ σημαντικό ρόλο για τους περισσότερους ανθρώπους παίζει ακόμα και ένα άτομο από το οικείο περιβάλλον τους. Οι Tedeschi και Calhoun (2006), έχουν περιγράψει το άτομο αυτό ως «συνοδοιπόρο» ή «σύντροφο». Τα άτομα που επιβιώνουν μετά από ένα τραυματικό γεγονός πολύ συχνά καταφεύγουν στη διαδικασία του μηρυκασμού και γι' αυτό ο συνοδοιπόρος πρέπει να είναι πρόθυμος να ακούσει όλα όσα έχει να αφηγηθεί, όσες φορές κι αν επαναλάβει την ιστορία του ή τα γεγονότα. Γι' αυτόν τον λόγο, απαιτείται χρόνος και υπομονή από εκείνον που μπορεί να είναι είτε εκπαιδευμένος επαγγελματίας είτε μέλος της οικογένειας είτε φίλος ή φροντιστής. Η υποστήριξη του ατόμου που έχει βιώσει μια τραυματική εμπειρία δεν είναι απλή διαδικασία καθώς προϋποθέτει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μέσω προγραμμάτων διαβίου επιμόρφωσης. Αντίθετα, στην περίπτωση του συνοδοιπόρου, που είναι ένας φίλος ή κάποιο μέλος της οικογένειας, δεν απαιτείται ειδική εκπαίδευση (Tedeschi & Moore, 2021).

Ωστόσο, οι Calhoun & Tedeschi (1999) έχουν τονίσει πιθανά προβλήματα από τη διαδικασία της διευκόλυνσης της μετατραυματικής ανάπτυξης μέσω αυτού που συνοδεύει τον ασθενή στο οδοιπορικό του, καθώς πρέπει να είναι πρόθυμος να δεχτεί ότι κατά τη διάρκεια της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι πιθανό το άτομο να παρουσιάζει ψευδαισθήσεις ή άλλες ενδείξεις που προϋποθέτουν την παρέμβαση ψυχοθεραπευτή ο οποίος, με τη σειρά του, καλείται να δημιουργήσει το κατάλληλο κλινικό περιβάλλον για την επεξεργασία του τραυματικού βιώματος και της καλλιέργειας της μετατραυματικής ανάπτυξης και ψυχικής ανθεκτικότητας του ατόμου (Norcross et al., 2011).

5.1.3.2 Η χρήση της κατάλληλης γλώσσας

Η επιλογή των κατάλληλων λέξεων στη διαπροσωπική επικοινωνία με τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός συμβάλλει στη διευκόλυνση της διαδικασίας της μετατραυματικής ανάπτυξης (Wachtel, 2011). Η απλή και κατανοητή γλώσσα, χωρίς πολλές ιατρικές ορολογίες είναι αυτό που πρέπει να χαρακτηρίζει την επικοινωνία. Επιπλέον, η στοχευμένη συζήτηση αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία. Ιδιαίτερα σημασία έχει η επικέντρωση των θεραπειών στον αγώνα που δίνει το άτομο που έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός και όχι στο ίδιο το γεγονός.

5.1.3.3 Η συμβολή των μοντέλων παρέμβασης

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα παρεμβάσεων για τη διευκόλυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ένα τέτοιο μοντέλο έχει προταθεί από τους Tedeschi & McNally (2011), και περιλαμβάνει πέντε πεδία που αντιπροσωπεύουν κατά κύριο λόγο το θεωρητικό μοντέλο της μετατραυματικής ανάπτυξης. Το πρώτο πεδίο της παρέμβασης αφορά στην εμβάθυνση στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου προκειμένου να προωθηθεί η κατανόηση της αντίδρασής του στο τραύμα. Το δεύτερο πεδίο περιλαμβάνει τη διαχείριση της συναισθηματικής δυσφορίας. Το τρίτο πεδίο, την αυτοαποκάλυψη και το τέταρτο πεδίο την ανάπτυξη μιας συνεκτικής αφήγησης που ενσωματώνει και συνδέει τη ζωή πριν από το τραυματικό γεγονός, με το ίδιο το γεγονός και τη ζωή του ατόμου μετά από αυτό. Το πέμπτο και τελευταίο πεδίο αφορά στην αφήγηση των νέων ή αναθεωρημένων απόψεων για το νόημα της ζωής (Calhoun et al., 2010, Calhoun & Tedeschi, 2013, Tedeschi & Calhoun, 1995).

Μια άλλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στο πεδίο της τραυματολογίας αφορά τη μέθοδο Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) η οποία αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1980 από τη Shapiro Francine με σκοπό να θεραπεύσει και εξαλείψει τις τραυματικές αναμνήσεις που συνδέονται με συμπτώματα στρες. Το θεραπευτικό πρωτόκολλο αποτελείται από οκτώ βήματα που ακολουθούνται με τη σειρά σε κάθε περίπτωση. Διακρίνονται σε τρεις κυρίως φάσεις: τη φάση σταθεροποίησης, τη φάση της επεξεργασίας και τη φάση της προσαρμογής ή ενσωμάτωσης. Μετά την αρχική αξιολόγηση και την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, αφιερώνεται χρόνος ώστε ο θεραπευόμενος να νιώσει ασφαλής στο «εδώ και τώρα» και να επανασυνδεθεί με «θετικά στοιχεία» (τις πηγές του). Στη φάση αυτή

εκπαιδεύεται σε τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνεται να τις εξασκεί καθημερινά. Στην επόμενη φάση ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος καθορίζουν ποια θα είναι η τραυματική ανάμνηση την οποία θα επεξεργαστούν. Στη συνέχεια ο θεραπευόμενος εστιάζει στο πιο οδυνηρό τμήμα της τραυματικής εμπειρίας ενώ παράλληλα επικεντρώνει την προσοχή του σε μια σειρά ρυθμικών και διεστιακών αισθητηριακών ερεθισμάτων (τα ερεθίσματα αυτά μπορεί να είναι οπτικά, ακουστικά ή ακουστικά). Κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας, ο θεραπευόμενος αφήνεται ελεύθερος στους συνειρμούς τους και καλείται να εκφράσει οτιδήποτε σχετίζεται με το τραύμα (ανάμνηση, εικόνα, σκέψη, σωματική αίσθηση), ενώ παράλληλα παρακολουθεί τα δάκτυλα του θεραπευτή, που κάνουν γρήγορες και ρυθμικές κινήσεις διασχίζοντας το οπτικό πεδίο του θεραπευόμενου από τα δεξιά ως τα αριστερά. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου η τραυματική ανάμνηση πάψει να συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα. Στην τελική φάση της ενσωμάτωσης, στόχος είναι η αφομοίωση της εμπειρίας και η ανασκόπηση της θεραπείας (Κοτρώτσου, 2018, Shapiro, 2014).

5.1.3.4 Η συμβολή της αφήγησης

Κατά τη διαδικασία της αφήγησης το άτομο περιγράφει το τραυματικό γεγονός και σε συνεργασία με τον «σύντροφο» στο οδοιπορικό του, ή έναν θεραπευτή «επανασυνδέεται» κατά κάποιον τρόπο με τη ζωή και θέτει νέους στόχους για το μέλλον, αναπτύσσοντας μια «νέα αίσθηση του εαυτού» του. Ανάλογη μελέτη των Hijazi και συνεργατών (2014), διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της πραγματοποίησης τριών συνεδριών αφήγησης σε δείγμα προσφύγων του Ιράκ. Η παρέμβαση είχε σκοπό να ενισχύσει την αφήγηση ιστοριών ζωής με λεπτομέρεια και ιδιαίτερη έμφαση στις τραυματικές συνθήκες που βιώνουν οι πρόσφυγες. Οι συναντήσεις θεραπευτή-ατόμου πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικό δωμάτιο και κατά τη διάρκεια αυτών ο πρόσφυγας αφηγείτο με χρονολογική σειρά τη ζωή του, ξεκινώντας από την παιδική ηλικία και καταλήγοντας στις τραυματικές εμπειρίες κατά την ενήλικη ζωή του (1^η συνεδρία). Στη συνέχεια, αναθεωρούσε ή βελτιώνει την αφήγησή του, η οποία καταγραφόταν από τον θεραπευτή που τη διάβαζε δυνατά. Στο τέλος (3^η συνεδρία), επαναλαμβάνονταν η αφήγηση και ο θεραπευτής μαζί με τον πρόσφυγα συζητούσαν τους φόβους, τις ελπίδες αλλά και τους στόχους του για το μέλλον. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, δινόταν αντίγραφο της αφήγησης στον συμμετέχοντα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι όσοι έλαβαν αφηγηματική θεραπεία είχαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη σε διάστημα 2 έως 4 μηνών.

5.1.3.5 Η συμβολή της θεραπείας μέσω δραστηριοτήτων

Οι θεραπείες που έχουν σαν βάση μια δραστηριότητα (καλλιτεχνική, σωματική κ.λπ.) έχουν δείξει ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη διαχείριση των συμπτωμάτων του άγχους αλλά και στη διευκόλυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Wood et al., 2011). Μέσα από την τέχνη, το άτομο που έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, ανεξαρτήτου ηλικίας, εκφράζεται συναισθηματικά και επικοινωνεί εμπειρίες που «κρύβει» στον εσωτερικό ψυχικό του κόσμο. Τα προγράμματα που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία αφορούν σε κάθε μορφή τέχνης όπως, μουσική, δημιουργική γραφή, σχέδιο αλλά και ζωγραφική. Ο Mohr (2014), περιέγραψε μια παρέμβαση εικαστικής ψυχοθεραπείας σε μια ομάδα νέων ατόμων που είχαν βιώσει τον σεισμό στο Περού, τρία χρόνια πριν από την παρέμβαση. Η εικαστική ψυχοθεραπεία περιελάμβανε την εφαρμογή της τέχνης της φωτογραφίας επί εννέα μήνες. Πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μέσω της φωτογραφίας ανέπτυξαν μια ισχυρότερη αντίληψη για το νόημα της ζωής και μια αυξημένη ενσυναίσθηση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η νοσηλεία βαρέως πασχόντων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας συνετέλεσε στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, αλλά η παρατεταμένη νοσηλεία και η σοβαρότητα της νόσου συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Ως αίτια έχουν ενοχοποιηθεί, η απειλητική για τη ζωή νόσος ή ατύχημα, καθώς και το περιβάλλον της ΜΕΘ, η αισθητηριακή απομόνωση και το σωματικό στρες της καθήλωσης. Μία από τις διαταραχές που ενδέχεται να αναπτύξουν όσοι νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Κατά την ανάρρωση των εν λόγω ασθενών έχουν αναφερθεί εφιάλτες, ψευδαισθήσεις, αλλά και θετικές αλλαγές. Οι συμπεριφορές αυτές των ασθενών έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας να μελετήσουν τόσο την μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση όσο και την διαταραχή μετατραυματικού στρες.

6.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εις βάθος διερεύνηση της εμπειρίας α) της μετα-τραυματικής ανάπτυξης και της μετα-τραυματικής έκπτωσης, που βιώνουν άτομα που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ λόγω απειλητικής για τη ζωή τους ασθένειας ή τραυματισμού, β) των επιπτώσεων που είχε η εμπειρία αυτή στη ζωή τους και γ) τη συσχέτιση με δυνητική μετατραυματική διαταραχή του στρες.

Επιμέρους στόχοι - Ερευνητικά ερωτήματα

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα στα οποία επιδιώκει να απαντήσει η μελέτη είναι τα ακόλουθα:

1. Πώς βίωσαν την κρισιμότητα της κατάστασης υγείας τους και της νοσηλείας στη ΜΕΘ;
2. Πώς βιώνουν και νοηματοδοτούν το πρόβλημα της υγείας τους;
3. Αν και πώς άλλαξε ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τους άλλους και τη ζωή και ποιοι παράγοντες συνέβαλαν στις αλλαγές αυτές;
4. Πώς οι αφηγήσεις τους, όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση συγκλίνουν ή διαφοροποιούνται από τις απαντήσεις τους στην κλίμακα PTGI-42;

5. Πως σχετίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη ή και έκπτωση με εκδηλώσεις δυναμικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες;

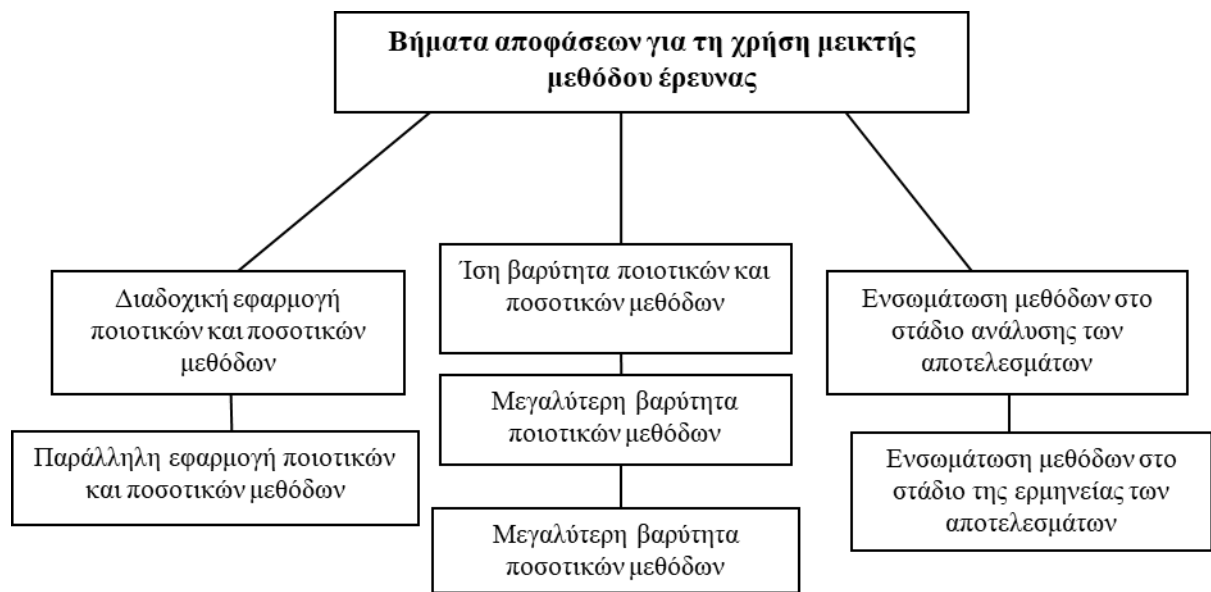
6.2 Μεθοδολογικός σχεδιασμός της μελέτης

Ένα σημαντικό ερώτημα που ήταν αναγκαίο να απαντηθεί, πριν αποφασιστεί η μεθοδολογία που θα εφαρμοστεί στη μελέτη, είναι ποια προσέγγιση εξυπηρετεί καλύτερα τον ερευνητικό σκοπό.

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε ως η πιο κατάλληλη, η *μικτή μέθοδος έρευνας* (mixed method design) η οποία συνδυάζει στοιχεία ποιοτικών και ποσοτικών ερευνητικών προσεγγίσεων με σκοπό την ευρεία και σε βάθος διερεύνηση και κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου (Johnson et al., 2007). Σύμφωνα με τους Tashakkori & Creswell, (2007), η χρήση μικτών μεθόδων επιτρέπει στον ερευνητή να συλλέγει, να αναλύει, να ενσωματώνει τα στοιχεία και να εξάγει συμπεράσματα, χρησιμοποιώντας τις ποιοτικές και ποσοτικές προσεγγίσεις ή μεθόδους σε μία ενιαία μελέτη.

Η μικτή μέθοδος, ως προσέγγιση, έχει να προσφέρει πολλά στον χώρο της Υγείας και στις Κοινωνικές Επιστήμες καθώς ο σκοπός της είναι η ευρύτερη και η εις βάθος κατανόηση πολύπλοκων ερευνητικών προβλημάτων (Creswell et al., 2007). Στην ουσία, επιχειρεί να υπερκεράσει τις βασικές διαφορές των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων και να προσφέρει λειτουργικές λύσεις. Ο ερευνητής πριν την εφαρμογή της μεικτής μεθόδου έρευνας θα πρέπει να αναλογιστεί μία σειρά θεμάτων. Οι Creswell και οι συνεργάτες (2007) παρουσιάζουν μία αλληλουχία τριών αποφάσεων οι οποίες είναι αναγκαίες να ακολουθήσει, πριν επιλέξει ένα τύπο μεικτής μεθόδου. Η όλη διαδικασία, αναπαρίσταται σχηματικά και ονομάζεται το «δέντρο αποφάσεων» (decision tree, Σχήμα 3) (Πουρκός & Δαφέρμος, 2010).

Η πρώτη απόφαση της «διαδοχής» αφορά εάν οι ποσοτικές και οι ποιοτικές μέθοδοι θα διεξαχθούν παράλληλα ή διαδοχικά. Η δεύτερη απόφαση «της προτεραιότητας» αφορά στο αν και οι δύο μέθοδοι θα έχουν την ίδια βαρύτητα στην έρευνα ή αν κάποια θα αποτελέσει το βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων. Η τρίτη απόφαση «της σύγκλισης ή μείξης των μεθόδων», προσδιορίζει πότε και σε ποια φάση το στάδιο της ανάλυσης ή ερμηνείας των αποτελεσμάτων θα υλοποιηθεί.



Σχήμα 3. Βήματα αποφάσεων για τη χρήση μεικτής μεθόδου έρευνας (πηγή: Πουρκός & Δαφέρμος, 2010).

Οι περισσότερες μικτές έρευνες ακολουθούν, συχνότερα, τη διαδοχική σειρά εφαρμογής ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, δίνουν βαρύτητα στα ποσοτικά παρά στα ποιοτικά και η ενσωμάτωσή τους πραγματοποιείται στο στάδιο της ερμηνείας παρά στο στάδιο της ανάλυσης (O 'Cathain, et al., 2007).

Στην παρούσα μελέτη η χρήση μιας μικτής μεθοδολογίας ποιοτικών και ποσοτικών προσεγγίσεων (μεθοδολογικός πλουραλισμός) αποσκοπούσε να συμβάλλει στη τριγωνοποίηση δεδομένων (data triangulation), τα οποία συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν ανεξάρτητα τα μεν από τα δε. Κατά την ερμηνεία, επιδιώχθηκε η σύγκριση και η επικύρωση των ποιοτικών αποτελεσμάτων με τα ποσοτικά ευρήματα προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων

Επίσης, η μελέτη ήταν μια κατ' εξοχήν ποιοτική καθώς δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στα ποιοτικά δεδομένα από τα ποσοτικά, δεδομένου ότι ο βασικός σκοπός της ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων (μετατραυματική ανάπτυξη) του βιώματος των ασθενών από τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ. Η ποιοτική μέθοδος κρίθηκε ως η καταλληλότερη επειδή ενδείκνυται στην προσέγγιση φαινομένων που αφορούν στον τρόπο ζωής των ανθρώπων και στις βιωμένες εμπειρίες τους.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι η ποιοτική έρευνα έχει συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση της μετατραυματικής ανάπτυξης που έπεται τραυματικών εμπειριών. Σύμφωνα με τους ερευνητές Tedeshi και Calhoun που περιέγραψαν και ανέδειξαν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης, η ποιοτική έρευνα θέτει ερωτήσεις που

«δυναμώνουν» τις φωνές των ανθρώπων, που βίωσαν τέτοιες εμπειρίες. Οι ποιοτικές προσεγγίσεις είναι χρήσιμες για να αποκαλυφθούν οι τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι βιώνουν αλλαγές που συμβάλλουν στη μετατραυματική ανάπτυξη, που ενδεχομένως να μην αποτυπώνονται στις τυποποιημένες κλίμακες που χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές έρευνες.

Επίσης, η ποιοτική έρευνα μπορεί να προσφέρει μια πλουσιότερη συλλογή δεδομένων που βοηθά στην κατανόηση των βασικών μηχανισμών και των παραγόντων που συντελούν στη μετατραυματική ανάπτυξη καθώς και των διαδρομών που οδηγούν στην εκδήλωσή της. Επιπλέον, βοηθά τους ερευνητές να κατανοήσουν τις ατομικές, διαπολιτισμικές και αναπτυξιακές διαφορές όσον αφορά στην αντίληψη και εκδήλωση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Tedeschi et al., 2018). Επιπροσθέτως, η ποιοτική έρευνα έχει αποδειχτεί ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική στη μελέτη φαινομένων για τα οποία λίγα στοιχεία είναι γνωστά, ή για την αποκάλυψη επί μέρους πτυχών σε φαινόμενα που έχουν μελετηθεί ευρέως (Strauss & Corbin, 1998). Συνεπώς, η ποιοτική προσέγγιση είναι η πιο κατάλληλη για τη μελέτη αυτού του σύνθετου, δυναμικού φαινομένου

Όσον αφορά την μέθοδο συλλογής των ποιοτικών δεδομένων στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η *φαινομενολογική περιγραφική*, που στηρίζεται στη φιλοσοφία και στις αρχές του Husserl, η δε ανάλυση τους ακολούθησε τη *περιγραφική φαινομενολογική ψυχολογική μέθοδο του Giorgi* (Giorgi, 1985, 2001, 2009, 2012).

Κατά τον Husserl όλες οι μορφές της γνώσης συμπεριλαμβανομένης και της επιστήμης, εδράζονται στην ανθρώπινη εμπειρία και στις δομές της συνείδησης. Βασικός σκοπός είναι η μελέτη των βαθύτερων γνωστικών και των ουσιαστικών δομών της ανθρώπινης συνείδησης. Για τον λόγο αυτό εισήγαγε στρατηγικές, ώστε να επιτευχθούν πιο πλούσιες επιστημονικές περιγραφές της ανθρώπινης συνείδησης δια μέσου της βιωμένης εμπειρίας. Μέσω της έρευνας, ο ερευνητής μελετά και διερευνά σε βάθος την ουσία του φαινομένου προβαίνοντας σε μια προσεχτική και εξαντλητική περιγραφή του (Giorgi, 2009).

Η περιγραφική φαινομενολογική μέθοδος του Giorgi (2009), αντανακλά το πραγματικό περιβάλλον του συμμετέχοντα και εστιάζει στην οπτική του. Επίσης επιτρέπει στον ερευνητή να κρατήσει τη "φωνή" των συμμετεχόντων στην έρευνα χωρίς να αφαιρέσει την άποψή τους μέσω της ανάλυσης. Επιπλέον είναι προσανατολισμένη στην αποκάλυψη του φαινομένου-βιώματος και όχι στην επαλήθευσή του. Η υποκειμενική-ψυχολογική αντίληψη του συμμετέχοντος

προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ως εκ τούτου, δεν είναι μόνο οι "αντιδράσεις" και "συμπεριφορές" που περιλαμβάνονται στα δεδομένα, αλλά και οι σκέψεις, εντυπώσεις, συναισθήματα, ερμηνείες, και η κατανόηση των εμπειριών των συμμετεχόντων (Giorgi & Giorgi, 2003).

Με αυτόν τον τρόπο περιγράφεται η δομή και η ουσία του φαινομένου, ώστε να μπορεί να γίνει κατανοητό με βαθύτερο, ολιστικό και πιο ολοκληρωμένο τρόπο από ότι μπορούν να παράσχουν άλλες ερευνητικές μέθοδοι όπως η θεμελιωμένη θεωρία που οικοδομεί θεωρίες από τα δεδομένα και η εθνογραφία που συμβάλλει στην κατανόηση της κουλτούρας ομάδων με κοινά χαρακτηριστικά (Giorgi, 2009, Giorgi 1985).

Η φαινομενολογία στα πεδία της νοσηλευτικής έρευνας παρέχει μια ερευνητική προσέγγιση που είναι σύμφωνη με την τέχνη, τη φιλοσοφία και την πρακτική της νοσηλευτικής επιστήμης στην κατανόηση της μοναδικότητας των ατόμων καθώς και των αλληλεπιδράσεών τους με τους άλλους και με το περιβάλλον (Lopez & Willis, 2004). Επίσης συμβάλλει στην αποσαφήνιση θεμελιωδών θεμάτων όσον αφορά στη φροντίδα υγείας και στις κλινικές αποφάσεις. Αλλά και συντελεί σε μία ολιστική προσέγγιση που φωτίζει το βίωμα του ασθενούς, του συγγενούς και όσων εμπλέκονται στον χώρο της υγείας. (Annells, 1996, Balls, 2009, Lopez & Willis, 2004).

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η φαινομενολογική προσέγγιση επιδιώκει τη μελέτη των φαινομένων και των νοημάτων που αποδίδουν οι άνθρωποι σε αυτά. Η εστίαση είναι στον τρόπο που τα πράγματα εμφανίζονται (φαίνονται) μέσω της βιωμένης εμπειρίας ή και της συνειδητοποίησής τους. Όσον αφορά τη φαινομενολογική έρευνα, οι συμμετέχοντες μελετώνται μέσα στο φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον τους. Ο ερευνητής πρωτίστως ενδιαφέρεται για τις συνθήκες που το φαινόμενο εμφανίζεται, εξελίσσεται, λαμβάνει χώρα στο συγκεκριμένο πλαίσιο, κι όχι στη γενίκευση των δεδομένων σε οποιοδήποτε πλαίσιο (Broome, 2011).

Επίσης ο ερευνητής για την όσο ποιο ακριβή αναγνώριση και περιγραφή των εμπειριών των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί την «παρένθεση» (*bracketing*) και την *αναγωγή* (*reduction*). Η έννοια της «παρένθεσης» που προκύπτει από τη φαινομενολογική προσέγγιση του Husserl (2008/1931), επιτρέπει στον ερευνητή, να είναι παρών στα δεδομένα χωρίς να κρίνει την εγκυρότητα ή την ύπαρξή τους. Η απλή παρουσία σημαίνει ότι ο ερευνητής δύναται να «δει» τα δεδομένα όπως φαίνονται από μόνα τους μέσα στο δικό τους πλαίσιο χωρίς «αμφιβολία ή προκατάληψη» αλλά και να περιγράψει τι ήταν υπαρκτό στη συνείδηση από την οπτική γωνία του συμμετέχοντος.

Η *αναγωγή* μπορεί να θεωρηθεί ως η κύρια μέθοδος της φαινομενολογίας αφού αποτελεί την αναγκαία οδό για την κατανόηση της συνείδησης και του κόσμου. Η εκκίνησή της αποτελεί ένα είδος *έκπληξης* που απομακρύνει τον ερευνητή από την απλοϊκότητα και προϋποθέτει μια στάση κατά την οποία θέτει σε «παρένθεση» τις προσωπικές του αντιλήψεις ή τις επιστημονικές του θέσεις.

Διακρίνονται δύο μεγάλα ρεύματα στη φαινομενολογία η περιγραφική και η ερμηνευτική. Η περιγραφική φαινομενολογία χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα των κοινωνικών επιστημών ως μέθοδος διερεύνησης και περιγραφής της ζωντανής εμπειρίας των ατόμων. Είναι μια φιλοσοφία και μια επιστημονική μέθοδος που παρουσιάστηκε στην Ευρώπη και στην Αμερική, με πολλές παραλλαγές και εκφάνσεις (Giorgi et al., 2017). Σύμφωνα με τον (Giorgi, 1989), σε όλες τις φαινομενολογικές εκδοχές ή παραλλαγές υπάρχουν τα ακόλουθα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: 1. Η έρευνα είναι αυστηρά περιγραφική (descriptive). 2. Στοχεύει στη διερεύνηση της εμπρόθετης σχέσης (intentional relationships) μεταξύ προσώπων και καταστάσεων. 3. Κάνει χρήση φαινομενολογικών αναγωγών (phenomenological reduction). 4. Αποκαλύπτει και αναζητεί τις ουσίες (essences) ή δομές (structures) των νοημάτων του φαινομένου, όπως εμφανίζονται στη συνείδηση (Giorgi, 2009, Giorgi & Giorgi, 2003, Giorgi, 2001).

6.2.1 Η περιγραφική φαινομενολογική ψυχολογική μέθοδος του Giorgi

Ο βασικός εκπρόσωπος της περιγραφικής φαινομενολογίας στην έρευνα είναι ο Giorgi. Ο Giorgi ως κλινικός ψυχολόγος τροποποίησε τη φιλοσοφική θεώρηση του Edmund Husserl σε μια αυστηρά ψυχολογική περιγραφική φαινομενολογική μέθοδο. Αυτή περιλαμβάνει πέντε βήματα διασφαλίζοντας τη συστηματική αυστηρότητα (rigor) της «επιστήμης», χωρίς να περιορίζει τα άτομα που μελετώνται. (Giorgi, 2009, Giorgi, 1985).

Αρχικά, πριν την εφαρμογή της μεθόδου, ο Giorgi (2009), (Σχήμα 4) υποστηρίζει ότι είναι σκόπιμο η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων να πραγματοποιείται από τον ίδιο τον ερευνητή γιατί αυτό θα τον βοηθήσει να κατανοήσει σε βάθος την εμπειρία και να μεταβεί στο πρώτο βήμα ανάλυσης των στοιχείων. Επίσης, ότι είναι «σοφό» να γραφτεί η συνέντευξη εκ νέου από το πρώτο πρόσωπο στο τρίτο πρόσωπο πριν την ανάλυση γιατί αυτό θα δώσει μια καλύτερη εστίαση στο φαινόμενο «ως τέτοιο». Ο ερευνητής πριν τη χρησιμοποίηση της φαινομενολογικής ψυχολογικής μεθόδου θα πρέπει να υιοθετήσει την *φαινομενολογική στάση*. Αυτή η κατάσταση επιτυγχάνεται

μέσω μιας σειράς μειώσεων. Η πρώτη μείωση, που αναφέρεται ως *υπερβατικό στάδιο*, απαιτεί υπέρβαση από τη *φυσική στάση* της καθημερινής ζωής. Η φαινομενολογική στάση είναι διαφορετική από τη φυσική στάση ή τον καθημερινό τρόπο κατανόησης του κόσμου. Στη φαινομενολογική στάση, ο ερευνητής αφήνει στην άκρη ή βάζει σε παρένθεση προηγούμενες κατανοήσεις, προηγούμενες γνώσεις και υποθέσεις σχετικά με το φαινόμενο του ενδιαφέροντος. Οι προηγούμενες κατανοήσεις που πρέπει να παραμεριστούν περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα όπως: επιστημονικές θεωρίες, γνώσεις ή εξηγήσεις, την αλήθεια ή την ψευδαίσθηση των ισχυρισμών και των προσωπικών απόψεων των συμμετεχόντων, και τις εμπειρίες του ερευνητή.

Τα πέντε βήματα που ακολουθήθηκαν στη παρούσα μελέτη για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, είναι τα εξής:

Πρώτο βήμα. Τα ανεπεξέργαστα δεδομένα της μελέτης αποτελούν μια *αφελή περιγραφή* (*naïve description*), σε πρώτο πρόσωπο, της εμπειρίας όπως τη βίωσαν υποκειμενικά οι συμμετέχοντες στην καθημερινότητάς τους. Αυτό γίνεται χωρίς κριτική ή προβληματισμό σχετικά με όσα βιώνει ο ερευνητής. Η ανάλυση των δεδομένων απαιτεί την ανάγνωση ολόκληρης της περιγραφής την οποία παρείχε ο συμμετέχων για την απόκτηση της αίσθησης ολότητας, προκειμένου ο ερευνητής να αποκτήσει ένα γενικό προσανατολισμό για το υπό μελέτη φαινόμενο. Μέσα από τον αναστοχασμό και την ενσυναίσθηση, παραμένοντας σε μια φαινομενολογική στάση είναι «παρών» στα δεδομένα αυτά όπως παρέχονται από τους συμμετέχοντες.

Δεύτερο βήμα. Αφορά την οριοθέτηση των «εννοιολογικών μονάδων» εντός της αφήγησης, ώστε τα δεδομένα να μπορούν να αντιμετωπιστούν ως διαχειρίσιμα τμήματα (Giorgi, 2009, Giorgi, 1985, Giorgi & Giorgi, 2003). Συγκεκριμένα, ο ερευνητής διαβάξει εκ νέου την περιγραφή και μέσα από την υπερβατική-φαινομενολογική μείωση των επιμέρους εννοιών, σημειώνει ένα σημάδι (πλάγια κάθετο) στο τέλος της περιγραφής, και έναν αριθμό στην αρχή της ώστε να τη οριοθετήσει. Με αυτό τον τρόπο σκιαγραφείται όλη η περιγραφή. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μία σειρά από εννοιολογικές μονάδες που διαμορφώνουν ένα ενιαίο σύνολο. Οι εννοιολογικές μονάδες σχετίζονται με την προοπτική του ερευνητή. Δύο ερευνητές μπορεί να σημειώσουν διαφορετικές εννοιολογικές μονάδες πάνω στο ίδιο κείμενο.

Τρίτο βήμα. Αφορά την μετατροπή των εννοιολογικών μονάδων σε ψυχολογικά περιγραφικές εκφράσεις. Οι εννοιολογικές μονάδες εκφράζονται εκ νέου στο τρίτο πρόσωπο παραμένοντας πιστές στις έννοιες που εξέφρασε ο συμμετέχων. Με άλλα λόγια, η αναφορά του περιεχομένου σε τρίτο πρόσωπο μετατρέπεται σε μια δήλωση η

οποία εκφράζει τις ουσιαστικές ψυχολογικές της έννοιες. Με τη χρήση αναστοχασμού και ενσυναίσθησης, ο ερευνητής εντοπίζει και αποσαφηνίζει τις ψυχολογικές έννοιες που περιέχονται στα δεδομένα. Οι μετασχηματισμοί των εννοιολογικών μονάδων στο τρίτο πρόσωπο και η μεταμόρφωση τους σε περιγραφικές ψυχολογικές εκφράσεις προϋποθέτουν μια ελεύθερη ευφάνταστη παραλλαγή (*imaginative variation*) η οποία είναι κρίσιμη για τον προσδιορισμό της ουσίας στη δομική περιγραφή της βιωμένης εμπειρίας (Giorgi, 2009). Αυτή η διαδικασία βασίζεται στη διαίσθηση και απαιτεί από το ερευνητή να φανταστεί πολλαπλές παραλλαγές/εκφάνσεις του φαινομένου προκειμένου να οδηγηθεί στην ανάδειξη των λεπτών αποχρώσεών του.

Τέταρτο βήμα. Οι άμεσες και ψυχολογικά πιο ευαίσθητες εκφράσεις αναθεωρούνται, και με τη βοήθεια της μείωσης / αναγωγής και της ελεύθερης ευφάνταστης παραλλαγής, πραγματοποιείται η σύνθεση της γενικής δομής (*structure*) από τα ψυχολογικά *συστατικά* (*constituents*) της εμπειρίας που αποτελούνται από τα *στοιχεία* (*elements*). Τα *συστατικά* της εμπειρίας εξαρτώνται από το πλαίσιο τους ως εκ τούτου, δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους, αλλά είναι απαραίτητα μέρος ολόκληρης της δομής. Η δομή της εμπειρίας είναι μια περιγραφική παράγραφος που αναδεικνύει τη ζωντανή εμπειρία που ερευνάται από μια ψυχολογική προσέγγιση (Giorgi, 1985, Giorgi, 2009).

Ο ερευνητής χρησιμοποιεί μια περιγραφική λέξη ή φράση για τα συστατικά με βάση την ψυχολογική τους σχέση. Αυτή δεν είναι μια διαδικασία επεξεργασίας ή απλώς δημιουργίας ονομαστικών κατηγοριών (Giorgi & Giorgi, 2003). Το συστατικό "τίτλος" πρέπει να δηλώνει περιγραφικά την ψυχολογική του σημασία. Αυτά τα συστατικά συγκεντρώνονται σε μια παράγραφο που αποτελεί τη γενική περιγραφική ψυχολογική δομή (*structure*) η οποία εκφράζει την ουσία (*essence*) και αποτελεί την αναπαράσταση του φαινομένου που μελετάται.

Στη διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων ο ερευνητής, είναι ικανός να αναδείξει την ύπαρξη «*σιωπηλών*» σημασιών που δεν εκφράζονται με σαφή τρόπο από τους συμμετέχοντες, στα δεδομένα (Giorgi, 2009, Sokolowski, 2008). Με άλλα λόγια εντοπίζει τα ρητά δεδομένα και τις έννοιες, αλλά ταυτόχρονα αποκαλύπτει τις «*σιωπηλές*» έννοιες μέσω της «*ευφάνταστης παραλλαγής*» (*imaginative variation*), έχοντας την "αίσθηση του συνόλου" σε κάθε βήμα της ανάλυσης. Με αυτόν τον τρόπο, η περιγραφική φαινομενολογική προσέγγιση καθίσταται πιο ολοκληρωμένη. Ο Husserl (2008/1931) επισημαίνει ότι η αναλυτική διαδικασία «*αυτοδιορθώνεται*». Έτσι, όταν κάποιος εξετάζει το σύνολο των δεδομένων, μπορεί να δει τη δομή και να καθορίσει

αν υπάρχει μια ουσιαστική πτυχή που είναι "απούσα" στα δεδομένα ενός συμμετέχοντα ενώ υπάρχει στα δεδομένα των άλλων συμμετεχόντων. Έτσι, υπάρχουν δύο επίπεδα "ολότητας" που εξετάζονται στην ανάλυση και στη σύνθεση: Πρώτον, σε ατομικό επίπεδο τα ρητά δεδομένα μπορεί να αποκαλύψουν μια σιωπηρή πτυχή της εμπειρίας, που δεν αναφέρθηκε ρητά από τον συμμετέχοντα, αλλά παραμένει «απούσα» ενώ λογικά θα μπορούσε να ενυπάρχει. Δεύτερον, η «απουσία» μιας πτυχής της εμπειρίας μπορεί επίσης να υποστηρίζεται από τη ρητή παρουσία στα δεδομένα των άλλων συμμετεχόντων που είχαν την ίδια εμπειρία. Αυτά τα συμπεράσματα πρέπει να υποστηρίζονται από αποδεικτικά στοιχεία χωρίς να αποτελούν προαισθήματα ή ευσεβείς πόθους του ερευνητή. Μετά την επανεξέταση από άλλους, συν-ερευνητές η ειλικρίνεια του λογικού συμπεράσματος που συνάγεται μέσω της ανάλυσης μπορεί να επικριθεί, να αντικρουστεί ή να γίνει αποδεκτή (Giorgi, 1985).

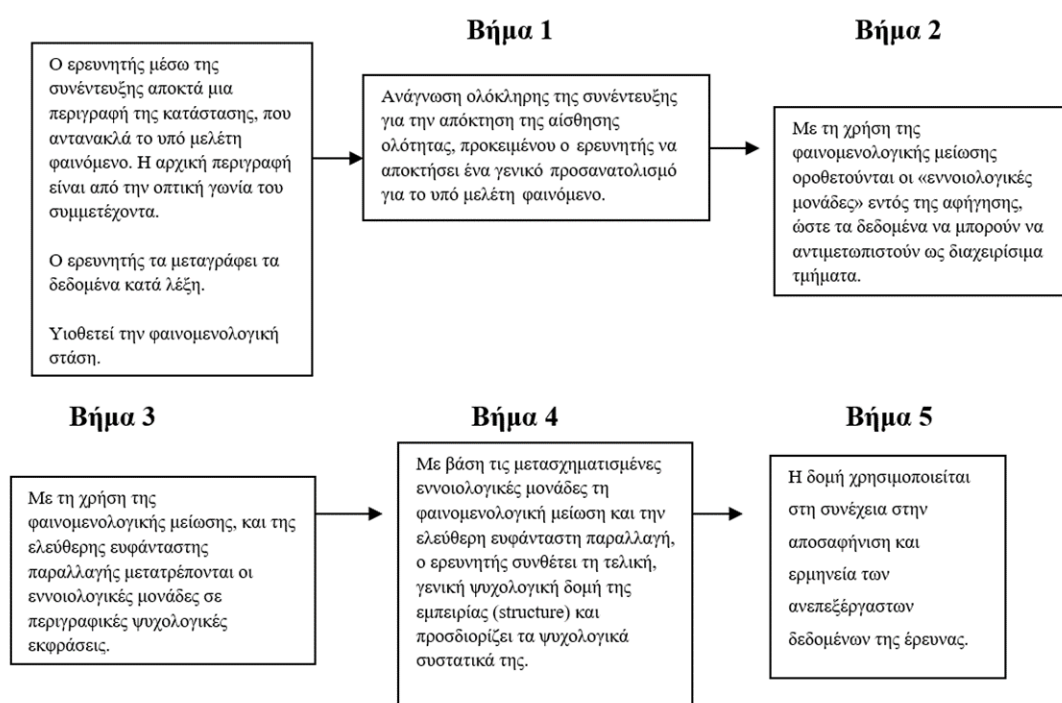
Πέμπτο βήμα. Η γενική δομή χρησιμοποιείται στη συνέχεια για να αποσαφηνιστούν δεδομένα που έμειναν εκτός της γενικής δομής καθώς αποτελούν ατομικές διαφορές και εναλλακτικές πτυχές της υπό μελέτης εμπειρίας. Με το τέλος της αναλυτικής διαδικασίας, η δομή και τα συστατικά της παρουσιάζονται σε ένα πίνακα, με τη μορφή κελιών, όπου αντικατοπτρίζεται με σαφήνεια η σχέση τους. Ο πίνακας επιτρέπει στον ερευνητή να καθορίσει εάν μεταξύ των συμμετεχόντων προκύπτει μια δομή που είναι διαφορετική από τις άλλες (Giorgi & Giorgi, 2003, Giorgi, 2009, Giorgi, 2012).

Στα παραπάνω πεδία εντάσσεται και η μελέτη της εμπειρίας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας μετά από μία ασθένεια ή ατύχημα που απείλησε τη ζωή τους. Η φαινομενολογική περιγραφική προσέγγιση φωτίζει και αναδεικνύει (μέσα από την περιγραφή του βιώματος) πώς οι ασθενείς βιώνουν και νοηματοδοτούν την εμπειρία τους στη ΜΕΘ και το πώς το πρόβλημα υγείας τους επηρέασε την μετέπειτα ζωή τους.

Οι εμπειρίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ έχουν εκτενώς μελετηθεί στην ξένη βιβλιογραφία και ελάχιστα στην Ελληνική. Ωστόσο, δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα που να διαφωτίζουν για το αν και σε ποιο βαθμό, το βίωμα αυτό συσχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση, τις οποίες μπορεί να αναπτύξουν οι ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ. Συνεπώς, για την προσέγγιση και τη διερεύνηση ενός τόσο άγνωστου πεδίου η ποιοτική μεθοδολογία και ιδιαίτερα η φαινομενολογική περιγραφική προσέγγιση, αλλά και η

φαινομενολογική ψυχολογική μέθοδος του Giorgi είναι η πιο κατάλληλες για την απαρχή μιας εις βάθος μελέτης.

Τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης είχαν συμπληρωματικό χαρακτήρα, και μικρότερη βαρύτητα συγκριτικά με το ποιοτικά δεδομένα. Οι δύο μέθοδοι εφαρμόστηκαν παράλληλα και ταυτόχρονα, η δε επεξεργασία των στοιχείων που προέκυψαν έγινε με βάση συγκεκριμένων αρχών που διέπουν τόσο την ποιοτική όσο και την ποσοτική έρευνα. Στη συνέχεια τα στοιχεία διασταυρώθηκαν μεταξύ τους προκειμένου να διαφωτιστούν οι πτυχές του υπό μελέτη φαινομένου, να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα τους και να διαπιστωθεί αν συγκλίνουν ή διαφοροποιούνται μεταξύ τους κατά την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας (Eaves, 2001, Sandelowski, 2000).



Σχήμα 4. Σχηματική αναπαράσταση των βημάτων της περιγραφικής φαινομενολογικής ψυχολογικής μεθόδου του Giorgi. (Πηγή: Giorgi, 2009, Giorgi & Giorgi, 2003, Giorgi 2012).

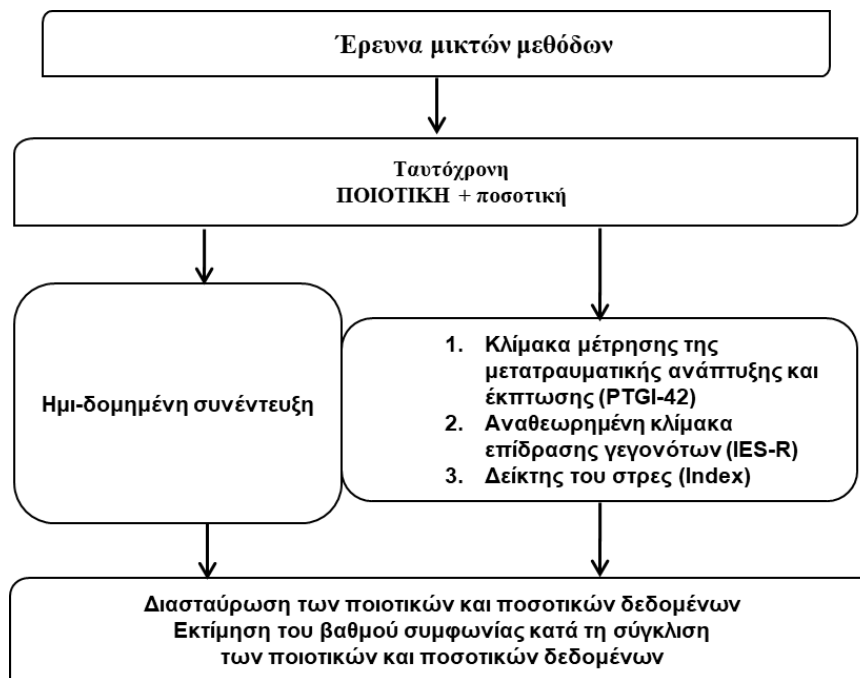
6.3 Ερευνητικές Υποθέσεις

- **H₀.** Η νοσηλεία βαρέως πασχόντων στις ΜΕΘ δεν τους επηρεάζει συναισθηματικά θετικά ή αρνητικά
- **H₁.** Η νοσηλεία βαρέως πασχόντων στις ΜΕΘ επηρεάζει συναισθηματικά θετικά τη συνολική βαθμολογία της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης.

- **H2.** Η νοσηλεία βαρέως πασχόντων στις ΜΕΘ επηρεάζει συναισθηματικά αρνητικά τη συνολική βαθμολογία της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης.
- **H3.** Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης.
- **H4.** Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης.
- **H5.** Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.
- **H6.** Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

6.4 Σχηματική αναπαράσταση του ερευνητικού σχεδιασμού της παρούσας μελέτης

Για την εκπλήρωση των σκοπών της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκαν, οι ακόλουθες μέθοδοι: α) η ημι-δομημένη συνέντευξη, και β) κλίμακες για την μέτρηση της μετα-τραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης (PTGI-42), της διαταραχής μετατραυματικού στρες (IES-R), και ένας αυτοσχέδιος δείκτης (index) του στρες (Σχήμα 5).



Σχήμα 5. Ερευνητικός Σχεδιασμός της Μελέτης

Η μικτή μέθοδος, σύμφωνα με τους ερευνητές θα πρέπει να αναπαρίσταται σχηματικά και να παρουσιάζεται με σαφήνεια ο σχεδιασμός της. Για αυτόν τον σκοπό χρησιμοποιούνται κεφαλαίοι χαρακτήρες για να υποδηλώσουν προτεραιότητα και μεγαλύτερη βαρύτητα στην έρευνα π.χ. ο όρος «ΠΟΙΟΤΙΚΑ» όταν η ποιοτική μέθοδος αποτελεί την κύρια προσέγγιση συλλογής δεδομένων. Οι πεζοί χαρακτήρες δηλώνουν δευτερεύοντα ρόλο όπως π.χ. ο όρος «ποσοτικά». Τα βέλη δείχνουν διαδοχή ενώ το σύμβολο συν (+) σημαίνει ότι η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων και των ποσοτικών δεδομένων είναι ταυτόχρονη (Bryman, 2017).

6.5 Πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης

Το πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης αποτέλεσαν 5 ΜΕΘ { 2 Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 3 Καρδιολογικές Μονάδες (2 καρδιοχειρουργικές και 1 εμφραγμάτων)}, 4 Νοσοκομείων καθώς και 1 Κέντρο Αποκατάστασης από την περιφέρεια Αττικής.

6.6 Δείγμα Μελέτης

Αναλυτικότερα από τους 120 νοσηλευθέντες ασθενείς οι οποίοι εξήλθαν ζώντες από τη ΜΕΘ, σύμφωνα με τα αρχεία (ιατρονοσηλευτικός φάκελος/αρχείο κίνησης ασθενών ΜΕΘ) των παραπάνω 4 δημόσιων γενικών νοσοκομείων και του κέντρου αποκατάστασης που περιλήφθηκαν στη μελέτη, ανευρέθηκαν τηλεφωνικά οι 60. Από αυτούς απεβίωσαν οι 25, ποσοστό 41,6%. Από τους 35 που απέμειναν, πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής 33 άτομα, διότι δύο άτομα είχαν διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή και αποκλείστηκαν. Από τα εναπομείναντα άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη 12 άτομα, ποσοστό 36,3% και συνεπώς ο τελικός αριθμός συμμετεχόντων ήταν 21 άτομα (12 άνδρες και 9 γυναίκες) ηλικίας 26-62 ετών.

Η υγεία στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε αποκατασταθεί. Ένα ποσοστό βρίσκονταν ακόμη σε στάδιο αποκατάστασης σε αναμονή χειρουργικών και άλλων διορθωτικών παρεμβάσεων οι οποίες θα βελτίωναν την κινητικότητά του και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής του.

6.6.1 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

- Όλοι οι συμμετέχοντες να έχουν νοσηλευθεί σε ΜΕΘ για τουλάχιστον 24 ώρες, για απειλητικό για τη ζωή πρόβλημα υγείας ή ατύχημα

- Να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών
- Να έχουν περάσει τουλάχιστον 6 μήνες από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.
- Να κατανοούν την ελληνική γλώσσα
- Να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν λεκτικά και να μην παρουσιάζουν κάποιο νοητικό πρόβλημα
- Να μην έχουν διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή

6.6.2 Λόγοι συγκατάθεσης ή άρνησης συμμετοχής των ασθενών στη μελέτη

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι οι περισσότεροι ασθενείς από όσους αποδέχτηκαν την πρόσκληση συμμετοχής στη μελέτη, δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν η ευγνωμοσύνη προς τους γιατρούς και τους νοσηλευτές των μονάδων, χάρη στους οποίους ζουν, η ικανοποίησή τους από τις συνθήκες νοσηλείας τους, η επιθυμία τους να βοηθηθούν και άλλοι άνθρωποι που πιθανόν να βρεθούν στην ίδια θέση με τη δική τους, καθώς και η συμβολή τους στην πρόοδο της επιστημονικής έρευνας. Ενδεικτικά ανέφεραν: *«Πάντως οι γιατροί, ναι, ήτανε έτσι εκεί και με βοήθησαν. Πιστεύω ότι τους χρωστάω πολλά πάρα πολλά. Γι' αυτό και με προθυμία, δέχτηκα και θα δεχόμουν να το κάνω, γιατί μου φερθήκανε, τι να πω, δηλαδή, τι να πω, τέλεια άψογα, άμογα», «Το έκανα με μεγάλη ευχαρίστηση εγώ, και μακάρι δηλαδή, και εντατικές να υπάρχουν και προσπάθειες να γίνονται προς αυτήν την κατεύθυνση, δηλαδή, είναι απαραίτητο.»*, *«Να κάνουνε τέτοια, μακάρι να κάνουνε τέτοια και να βγαίνουνε και αποτελέσματα, να εφαρμόζονται, και να είναι χρήσιμα και για εσάς τις νοσηλεύτριες και τους γιατρούς»* *«Σας ευχαριστώ και εσάς που μου δώσατε την ευκαιρία και μακάρι έστω και λίγο να μπορέσω να συμβάλω στην εργασία σας»*, *«Βλέπεις, ότι όλα αυτά που πέρασες, πιάνουν τόπο, μέσα από την ομάδα σας θα επωφεληθεί κάποιος άνθρωπος, άλλος, ο οποίος μπορεί να 'χει τα ίδια συμπτώματα με μένα ή κάτι άλλο, παραπλήσιο, και να βοηθηθεί.»*

Την πρόταση για συμμετοχή στη μελέτη απέρριψαν περίπου το ένα τρίτο των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής τους στη παρούσα μελέτη. Η αναλογία ήταν 5 άνδρες και 7 γυναίκες. Έξι είχαν καρδιολογικά προβλήματα και έξι ήταν πολυτραυματίες. Ο κυριότερος λόγος με τον οποίο αιτιολόγησαν την άρνησή τους, ήταν ο φόβος για τη διαδικασία ο οποίος θα έφερνε στην επιφάνεια δυσάρεστα συναισθήματα και αναμνήσεις που δυσκολεύονταν να τα διαχειριστούν. Θεωρούσαν ότι το να μιλήσουν για την εμπειρία της ασθένειας ή του ατυχήματος και της νοσηλείας τους θα ήταν ιδιαίτερα οδυνηρό και ότι θα τους επηρέαζε αρνητικά. Ανέφεραν: *«Δεν μπορώ να το διαχειριστώ»*, *«Δεν θέλω να θυμάμαι, με πάει πίσω»*, *«Το ατύχημα άλλαξε*

τη ζωή μου 360 μοίρες», «Είμαι σε ευχάριστη κατάσταση τώρα, γιατί να γυρίσω πίσω;». Σε τρεις περιπτώσεις οι γονείς μετέφεραν τηλεφωνικά την άρνηση των ενήλικων παιδιών τους (πολυτραυματίες) αν και οι ίδιοι ήταν θετικοί στη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Άλλος λόγος άρνησης ήταν η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και οι υποχρεώσεις που είχαν να αντιμετωπίσουν. Ανέφεραν: *«Δεν θέλω γιατί έχω δουλειά», «Έχω να τακτοποιήσω οικογενειακά προβλήματα», «Δεν θέλω να αλλάξω το πρόγραμμά μου, έχω τα παιδιά μου, έχω υποχρεώσεις.»*

Εξαίρεση απετέλεσε η περίπτωση ενός ατόμου που δεν ήθελε να μιλήσει για το βίωμά του με προσωπική επικοινωνία αλλά μόνο διαμέσου τηλεφώνου. Επίσης και άλλη μία γυναίκα η οποία επιθυμούσε πολύ να μιλήσει, αλλά υπήρχε δυσκολία εξαιτίας της σωματικής της αδυναμίας από τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε και των επανειλημμένων εισαγωγών της στο νοσοκομείο για περίθαλψη.

Η διαμόρφωση του τελικού δείγματος προέκυψε μετά από ένα σημαντικό αριθμό αποκλεισμών λόγω θανάτων, αρνήσεων και δυσκολίας στην τηλεφωνική επικοινωνία (αναπάντητες κλήσεις/λανθασμένα και ελλιπή στοιχεία).

Το χρονικό διάστημα των έξι μηνών ως κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα, κρίθηκε απαραίτητο προκειμένου να δοθεί στους ασθενείς ο απαιτούμενος χρόνος να αφομοιώσουν τα γεγονότα και τις εμπειρίες που βίωσαν κατά την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, να αναρρώσουν οργανικά και ψυχικά. Επιπλέον, έχοντας απόσταση από το βίωμά τους η αναδρομική αφήγηση της εμπειρίας τους πραγματοποιείται με μεγαλύτερη επίγνωση (Pat-Horenczyk et al., 2016, Gangstad et al., 2009, Tedeschi & Calhoun, 2004).

6.7 Μέθοδος δειγματοληψίας

Οι Teddlie και Yu (2007), διατυπώνουν κριτήρια και κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή της δειγματοληψίας στις μικτές μεθόδους έρευνας. Προτείνουν την άμεση σύνδεσή της με τα ερευνητικά ερωτήματα και τις υποθέσεις της μελέτης ώστε με αυτόν τον τρόπο να δημιουργούνται βάσεις πλούσιων δεδομένων. Υποστηρίζουν ότι οι τεχνικές δειγματοληψίας πρέπει να διασφαλίζουν «κορεσμένες» πληροφορίες για τις ποιοτικές ερευνητικές ερωτήσεις, και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα για τις ποσοτικές ερωτήσεις, προκειμένου οι ερευνητές να εξάγουν σαφή συμπεράσματα τόσο από τα ποιοτικά όσο και από τα ποσοτικά δεδομένα.

Οι περισσότερες ποιοτικές έρευνες χρησιμοποιούν για τη συλλογή των δεδομένων τη σκόπιμη δειγματοληψία (purposeful sampling) μέσω της οποίας το δείγμα

συμμετεχόντων δεν διαμορφώνεται με τυχαία επιλογή αλλά με στρατηγική η οποία σχετίζεται με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Ο ερευνητής στοχεύει ώστε να υπάρχει στο δείγμα του ποικιλία και επάρκεια, και για τον σκοπό αυτόν επιλέγει άτομα που διαφέρουν στα βασικά τους χαρακτηριστικά (Bryman, 2017).

Στην παρούσα μελέτη ο στόχος επιλογής του δείγματος ήταν η εξασφάλιση όσο το δυνατόν ευρύτερου πεδίου μελέτης ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Αρχικά επιλέχθηκε δείγμα ευκολίας, υποκειμένα δηλαδή εύκολα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία που βοηθά τον ερευνητή να ανιχνεύσει τους πιο κατάλληλους συμμετέχοντες. Κριτήριο επιλογής των ατόμων ήταν η διαφορά τους ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά και η σχετικότητά τους με τα ερευνητικά ερωτήματα και τους ερευνητικούς σκοπούς.

Στην πορεία των συνεντεύξεων επιδιώχθηκε η μέγιστη δυνατή διαφοροποίηση του δείγματος (maximum variation sampling), μέσω της διασφάλισης τριών κατηγοριών συμμετεχόντων: α) εκείνων που αφορούν «τυπικές» περιπτώσεις σχετιζόμενες με το υπό μελέτη φαινόμενο, β) όσων ανατρέπουν τις τυπικές περιπτώσεις και διαφοροποιούνται και γ) όσων αποτελούν εξαίρεση ή αποκλίνουν από τις τυπικές περιπτώσεις (Miles & Huberman, 1994, Bryman, 2017).

Με σκοπό τη μέγιστη δυνατή διαφοροποίηση συμπεριελήφθησαν στο δείγμα ασθενείς των δύο φύλων, διαφόρων ηλικιών, κοινωνικών και μορφωτικών επιπέδων, σε διαφορετικές φάσεις της αποκατάστασής τους από τις επιπτώσεις της ασθένειας ή του ατυχήματος.

Το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε διάφορα είδη ΜΕΘ: γενικές ΜΕΘ, ΜΕΘ εμφραγμάτων και καρδιοχειρουργικές και με διαφορετικά προβλήματα υγείας, όπως αγγειακά εγκεφαλικά, αναπνευστικά, καρδιολογικά προβλήματα και πολλαπλά τραύματα. Για μερικούς ασθενείς η εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν αιφνίδια ως επείγον περιστατικό, και για άλλους προέκυψε μετά από μία σοβαρή χειρουργική επέμβαση. Επίσης, οι διαδρομές των ασθενών ήταν διαφορετικές. Μετά την έξοδο από τη γενική ΜΕΘ μεταφέρονταν στις μονάδες αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) για κάποιο χρονικό διάστημα έως ότου σταθεροποιηθούν οι ζωτικές λειτουργίες και βελτιωθεί η γενική κατάσταση της υγείας τους, και στη συνέχεια στο νοσηλευτικό τμήμα. Από εκεί κάποιοι επέστρεψαν σπίτι τους ενώ άλλοι μεταφέρθηκαν σε ειδικό νοσηλευτικό τμήμα ή κέντρο αποκατάστασης για να αντιμετωπιστούν

επιπλοκές που προέκυψαν από την ασθένεια ή το ατύχημα, ή/και από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Τα κυριότερα προβλήματα ήταν συνήθως κινητικά, αναπνευστικά, ομιλίας και άλλα.

Οι καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση, νοσηλεύονταν στη καρδιοχειρουργική μονάδα και αφού ξυπνούσαν από τη νάρκωση και σταθεροποιούνταν οι ζωτικές λειτουργίες τους μεταφέρονταν, συνήθως (μετά από μία ή δύο ημέρες) στο καρδιοχειρουργικό τμήμα για νοσηλεία. Από εκεί έπαιρναν εξιτήριο για το σπίτι τους, όπου και ανάρρωναν από το πρόβλημα της υγείας τους.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στη μονάδα εμφραγμάτων παρέμεναν συνήθως δύο έως τέσσερις ή και περισσότερες ανάλογα με το λόγο εισαγωγής. Μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης τους μεταφέρονταν στο καρδιολογικό τμήμα για κάποιες ημέρες έως ότου σταθεροποιηθεί πλήρως η κατάστασή τους και από εκεί έπαιρναν εξιτήριο.

Στην ποιοτική μεθοδολογία το δείγμα δεν προκαθορίζεται πλήρως, αλλά διαμορφώνεται καθώς η έρευνα εξελίσσεται. Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ερευνητής είναι ο καθορισμός του αριθμού των συμμετεχόντων στο δείγμα μελέτης. Αδυνατεί να γνωρίζει από πριν πότε θα διασφαλιστεί ο κορεσμός των δεδομένων. Ένας γενικός κανόνας είναι ότι όσο ευρύτερο είναι το ερευνητικό πεδίο που καλύπτεται από μια ποιοτική μελέτη τόσο περισσότερες συγκρίσεις απαιτούνται και επομένως τόσες περισσότερες συνεντεύξεις πρέπει να πραγματοποιηθούν. Ο Bryman προτείνει κάποιες προϋποθέσεις, που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όταν καθορίζεται του μέγεθος του δείγματος: α) το είδος και το θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας, β) ο κορεσμός των δεδομένων ή ο θεωρητικός κορεσμός, γ) η ετερογένεια του πληθυσμού από όπου λαμβάνεται το δείγμα, και δ) τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα ευρύτερα και γενικότερα ερωτήματα απαιτούν μεγαλύτερα δείγματα (Bryman & Becker 2012, Bryman, 2017).

Επίσης, οι Onwuegbuzie και Collins (2007), προτείνουν ότι το μέγεθος του δείγματος δεν θα πρέπει να είναι τόσο μικρό που να κάνει δύσκολο τον κορεσμό των δεδομένων, ενώ επίσης δεν θα πρέπει να είναι τόσο μεγάλο ώστε να καθιστά δύσκολη την εκπόνηση μιας ενδελεχούς ανάλυσης.

Στην παρούσα μελέτη, ο ακριβής αριθμός του δείγματος καθορίστηκε κατά τη διάρκεια της ανάλυσης των δεδομένων. Η συλλογή δεδομένων σταμάτησε όταν το φαινόμενο που μελετήθηκε (α) είχε γίνει κατανοητό από τα υπάρχοντα στοιχεία που προέκυψαν, μέσα από την αναλυτική πολυεπίπεδη διαδικασία (β) είχε επέλθει

κορεσμός των δεδομένων, χωρίς να αναδεικνύονται νέες θεματικές κατηγορίες, και (γ) τα επιπλέον δεδομένα δεν πρόσθεταν νέα γνώση στο υπό μελέτη φαινόμενο.

6.8 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Ως εργαλεία συλλογής ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν α) η *ημιδομημένη συνέντευξη* με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις οι οποίες βασίστηκαν στα ερευνητικά ερωτήματα β) ο δείκτης του στρες (Index) και γ) τα ψυχομετρικά εργαλεία *Κλίμακα μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης και Μετατραυματικής έκπτωσης (Post-traumatic Growth Inventory-42, PTGI-42)*, *Αναθεωρημένη Κλίμακα επίδρασης γεγονότων μέτρησης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (The Impact of Event Scale-Revised, IES-R)*

Επίσης στις κλίμακες συμπεριελήφθησαν κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα: Στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονταν φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, επάγγελμα, θρήσκευμα, είδος ΜΕΘ νοσηλείας, χρόνος νοσηλείας σε νοσηλευτικό τμήμα, χρόνος νοσηλείας σε ειδικό κέντρο αποκατάστασης, αντιληπτή προϋπάρχουσα συμπτωματολογία, χρόνος από την έξοδο από τη ΜΕΘ, μνήμες από τη νοσηλεία στις ΜΕΘ, συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης, αποκατάσταση σε εξέλιξη και πλήρης αποκατάσταση. (Παράρτημα II)

6.8.1 Ημι-δομημένη συνέντευξη

Στην παρούσα μελέτη η πραγματοποίηση ημι-δομημένων συνεντεύξεων κρίθηκε ως κύρια μέθοδος συλλογής δεδομένων και ως η πλέον κατάλληλη για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Διαμορφώθηκε ένας αρχικός οδηγός συνέντευξης (παράρτημα II) που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, βασισμένες στα ερευνητικά ερωτήματα και στις υπό μελέτη θεματικές κατηγορίες. Εξαιρεση αποτελούσαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και ιατρονοσηλευτικά στοιχεία, οι οποίες ήταν κλειστές. Κάποιες από τις θεματικές περιοχές του αρχικού οδηγού τροποποιήθηκαν μετά την ανάλυση των δεδομένων των πρώτων συνεντεύξεων, και αφού δημιουργήθηκε η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των θεματικών περιοχών, όπως οι καταστάσεις συνείδησης των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους, πτυχές της κατανόησης του προβλήματος υγείας τους, παράγοντες που επηρεάζουν τις αλλαγές μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη και

μετατραυματική έκπτωση. Ο οδηγός της συνέντευξης εμπεριείχε τις ακόλουθες θεματικές περιοχές και τις ακόλουθες ενδεικτικές ερωτήσεις:

1. Πώς βίωσαν την κρισιμότητα της κατάστασης υγείας τους και την νοσηλεία στη ΜΕΘ. Ενδεικτικές ερωτήσεις: *Περιγράψτε τι θυμάστε από τη νοσηλεία σας στη μονάδα εντατικής θεραπείας, Υπάρχει κάποιο γεγονός, θετικό ή αρνητικό που θυμάστε πιο έντονα από τη νοσηλεία σας στη Μ.Ε.Θ; Υπήρξε σε όλη την πορεία της ασθένειας σας κάποια στιγμή που νιώσατε ότι κινδυνεύει η ζωή σας;*

2. Το βίωμα και η νοσηματοδότηση το προβλήματος της υγείας τους. Ενδεικτικές ερωτήσεις: *Περιγράψτε πώς αντιλαμβάνεστε το πρόβλημα της υγείας σας, Πώς το πρόβλημα της υγείας σας επηρέασε και επηρεάζει τη ζωή σας;*

3. Οι αλλαγές στον τρόπο αντίληψης του εαυτού τους, τους άλλους και τη ζωή και τους παράγοντες που συνέβαλαν στις αλλαγές αυτές. Ενδεικτικές ερωτήσεις. *Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τον εαυτό σας, τις σχέσεις σας με τους άλλους; Υπήρξε κάποιο γεγονός ή κάποιος που συνετέλεσε σε αυτές τις αλλαγές; Υπήρξε κάτι ή κάποιος που διευκόλυνε ή παρεμπόδισε αυτές τις αλλαγές;* (παράρτημα II)

Επιπλέον στη συνέντευξη συμπεριλήφθηκαν και 5 ερωτήσεις τύπου κλίμακα Linkert με βαθμολογία από 0 έως 6, *δείκτης του στρες, (Index)*, οι οποίες αξιολογούσαν το στρες που προκάλεσε η διάγνωση της ασθένειας/τραυματισμού, η νοσηλεία στη ΜΕΘ, καθώς επίσης και τον βαθμό επιρροής αυτής της εμπειρίας ζωή τους. Οι ερωτήσεις αυτές κρίθηκαν χρήσιμες προκειμένου να φωτιστούν περισσότερο συγκεκριμένες αποχρώσεις των εμπειριών των συμμετεχόντων (Παράρτημα II).

6.8.2 Κλίμακα μέτρησης της Μετα-τραυματικής Ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης (Post-traumatic Growth Inventory – 42, PTGI-42)

Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε από τους Baker et al., (2008) και αποτελεί την αναθεώρηση της κλίμακας Post-traumatic Growth Inventory των Tedeschi και Calhoun (1996) που περιελάμβανε 21 items/διατυπώσεις. Το εργαλείο αυτό προτιμήθηκε καθώς αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο που διακρίνεται για τις ψυχομετρικές ιδιότητές του. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αξιολογεί τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα που βίωσαν τραυματικά γεγονότα. Αποτελείται από 42 items/διατυπώσεις που αφορούν θετικές ή αρνητικές αλλαγές στον τρόπο που τις αντιλαμβάνεται το άτομο. Σε μία

εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβαθμίσεις από 0 (καθόλου) έως 5 (σε πολύ μεγάλο βαθμό), ο ερωτώμενος καταγράφει αν βίωσε μια σειρά από αλλαγές και σε ποιο βαθμό, ως αποτέλεσμα της ασθένειας, του τραυματισμού και της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Η συγκεκριμένη κλίμακα δίνει μία συνολική βαθμολογία (105) μετατραυματικής ανάπτυξης και (105) μετατραυματικής έκπτωσης καθώς και πέντε επιμέρους βαθμολογίες για κάθε μια από τις πέντε υποκλίμακες/διαστάσεις. Η κλίμακα εμπεριέχει πέντε υποκλίμακες που αφορούν α) αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους, β) συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, γ) αυξημένη προσωπική δύναμη, δ) πνευματικές αλλαγές και ε) αλλαγή στην εκτίμηση της ζωής.

Για να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο εργαλείο, στάλθηκαν τα σχετικά e-mail στους κατασκευαστές του PTGI-42 και ζητήθηκε η παραχώρηση του ίδιου του ερωτηματολογίου καθώς και η άδεια χρήσης του. Μετά την άδεια του ερευνητή Καθηγητή Tedeschi R. (Παράρτημα Ι) μεταφράστηκε, το σχετικό ψυχομετρικό εργαλείο, σύμφωνα με την επιβεβλημένη διαδικασία προσαρμογής του στην ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία αυτή περιλάμβανε την απόδοση του ερωτηματολογίου από τα αγγλικά στα ελληνικά από δύο δίγλωσσους επαγγελματίες καθηγητές και μεταφραστές. Κατόπιν, συγκρίθηκαν από την ερευνήτρια οι δύο μεταφράσεις και έγιναν οι απαραίτητες γλωσσικές βελτιώσεις προκειμένου να τελειοποιηθεί η απόδοση της ορολογίας στα ελληνικά.

Στη συνέχεια, τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν εκ νέου από τα ελληνικά στα αγγλικά με σκοπό τον έλεγχο της αξιοπιστίας της μετάφρασης. Ακολούθως συγκρίθηκαν το πρωτότυπο και τα εκ νέου μεταφρασμένα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του ποσοστού της διαφοροποίησής τους. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι τα ερωτηματολόγια δεν διέφεραν σημαντικά και έτσι οριστικοποιήθηκε η τελική μορφή του ψυχομετρικού εργαλείου PTGI-42. Στη συνέχεια για τον έλεγχο του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου και τον εντοπισμό ασαφών διατυπώσεων, χορηγήθηκε δοκιμαστικά στα πλαίσια της πιλοτικής μελέτης σε ένα δείγμα 3 ασθενών οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ με διαφοροποιήσεις όσον αφορά τα δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά. Τέλος, κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν ποιες ερωτήσεις τους φάνηκαν ασαφείς, ανεπαρκείς ή δυσνόητες. Με βάση τα δεδομένα αυτά, αναθεωρήθηκαν ή αναδιατυπώθηκαν κάποιες λέξεις ή προτάσεις του ερωτηματολογίου ώστε να είναι πιο εύκολα κατανοητό στους συμμετέχοντες. Τα άτομα αυτά αποκλείστηκαν από το δείγμα.

6.8.3 Αναθεωρημένη Κλίμακα επίδρασης γεγονότων μέτρησης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (The Impact of Event Scale-Revised, IES-R)

Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη κλίμακα καθώς τα κύρια πλεονεκτήματά της είναι ότι εξακολουθεί να είναι σύντομη, εύκολα χορηγούμενη και βαθμολογούμενη. Συσχετίζει καλύτερα τα κριτήρια DSM-IV για το μετα-τραυματικό στρες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα για την εκτίμηση της διαταραχής. Το IES-R είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς και αποτελείται από 22 προτάσεις και έχει τρεις υποκλίμακες. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από τους Horowitz, Wilner & Alvarez (1979) και τροποποιήθηκε από τους Weiss & Marmar (1997) για την εκτίμηση της υποκειμενικής ψυχικής δυσφορίας που σχετίζεται με ένα τραυματικό γεγονός. Η Αναθεωρημένη Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων εξετάζει τρεις μεταβλητές που σχετίζονται με τις αντιδράσεις που έπονται των τραυματικών γεγονότων: α) την Αποφυγή (Avoidance subscale), β) την Παρείσφρηση (intrusion subscale) και γ) την Υπερδιέγερση (Hyperarousal subscale). Η κλίμακα IES-R μεταφράστηκε στα ελληνικά με τη μέθοδο «μετάφραση- αντίστροφη μετάφραση». Οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν τις προτάσεις ανάλογα με το πόσο συχνά βίωσαν κάτι ανάλογο με αυτό που περιγράφει κάθε πρόταση κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Η κλίμακα των απαντήσεων περιλαμβάνει τις εξής τιμές 0=καθόλου, 1=σπάνια, 3=μερικές φορές και 4=συχνά. Το συνολικό εύρος βαθμολογίας είναι μεταξύ 0-88 και η τιμή ουδού (cut-off point) το 33 που υποδεικνύει υψηλό κίνδυνο συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες. Σε αυτό το εργαλείο οι υψηλές βαθμολογίες αντανακλούν τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας. Αναλυτικότερα:

- 1) Βαθμολογία 24-32: Το μετατραυματικό στρες είναι κλινικά σημαντικό καθώς το άτομο εμφανίζει μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής.
- 2) Βαθμολογία 33-38: Αντιπροσωπεύει τη τιμή ουδού (33) πάνω από την οποία απαιτείται κλινική εκτίμηση για πιθανή διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες.
- 3) Βαθμολογία 39 και άνω: Υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. (ακόμη και 10 χρόνια μετά από τον αντίκτυπο του συμβάντος).

6.9 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε διάστημα δύομιση ετών. Το διάστημα από την έξοδο των ασθενών από τις ΜΕΘ έως τη συλλογή των δεδομένων κυμαινόταν από 7.5 έως 50 μήνες.

Αρχικά, καταρτίστηκαν οι κατάλογοι των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής, με στοιχεία που λήφθηκαν από τον ιατρονοσηλευτικό φάκελο τους και από το βιβλίο κίνησης των ασθενών, στη ΜΕΘ. Η ερευνήτρια αναζήτησε τηλεφωνικά τους υποψήφιους συμμετέχοντες σε ώρες επιτρεπτές, ώστε να μην ενοχληθούν.

Ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες ότι είχε ληφθεί η ειδική άδεια από τα νοσοκομεία και από την αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων αλλά και ότι η ερευνήτρια ήταν νοσηλεύτρια με κλινική εμπειρία, εκπαιδευτική ιδιότητα και υποψήφια διδάκτωρ στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ. Επίσης και η αναφορά, ως επιβεβαίωση, για το πότε νοσηλεύτηκαν, σε ποια ΜΕΘ και ποιος ήταν ο διευθυντής μείωνε τις όποιες αμφιβολίες και δισταγμούς τους.

Στις περιπτώσεις που κάποιοι από τους υποψήφιους είχαν πεθάνει, συνήθως στις τηλεφωνικές κλήσεις, απαντούσαν οι σύζυγοι, ή τα παιδιά τους που εκφράζανε την ευγνωμοσύνη τους για τη φροντίδα, από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές (κάποιες φορές τους ονομάτιζαν), αλλά ταυτόχρονα ήταν έντονα συναισθηματικά φορτισμένοι και αρκετές φορές έκλαιγαν, παρότι ο θάνατος μπορεί να μην ήταν πρόσφατος. Στη φάση αυτή η ερευνήτρια έδινε χρόνο και άκουγε με ενσυναίσθηση το βίωμά τους. Αυτό επιβεβαιωνόταν από ότι στο τέλος της επικοινωνίας ευχαριστούσαν θερμά, που τους «άκουσε» και τόνιζαν ότι τους *«έκανε καλό που το συζήτησαν»*. Επίσης, ζητούσαν με επιμονή να μεταφέρει την ευγνωμοσύνη και τις ευχαριστίες τους, στους ιατρούς και τους νοσηλευτές της ΜΕΘ όπου νοσηλεύτηκε ο δικός τους άνθρωπος.

Η πρώτη επικοινωνία με τους συμμετέχοντες ήταν τηλεφωνική κατά την οποία ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα και τη διεξαγωγή της συνέντευξης στην οικία τους ή σε χώρο της επιλογής τους και όταν συναίνεσαν, προσδιορίστηκε, ο ακριβής τόπος και χρόνος συνάντησης.

Η συνάντηση έλαβε χώρα στην οικία τους σε 8 από το δείγμα και 13 σε εξωτερικούς χώρους. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι πρώτοι ήταν η σωματική αδυναμία και η κόπωση, αλλά και διάφορες οικογενειακές υποχρεώσεις (οι τέσσερις ήταν ακόμη σε φάση αποκατάστασης με δυσκολίες αναπνευστικές και κινητικές) και οι δεύτεροι ήθελαν να είναι μακριά από την οικία τους για να είναι πιο *«ήσυχα και μακριά από τα προβλήματα του σπιτιού»*.

Η πλειοψηφία ήταν πρόθυμοι και ανοιχτοί στην επικοινωνία με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί γρήγορα μια ατμόσφαιρα οικειότητας και άνεσης. Μάλιστα κάποιοι άρχισαν να περιγράφουν το βίωμά τους με ανυπομονησία, πριν την έναρξη της

μαγνητοφώνησης. Έδιναν την εντύπωση ότι κάποιες πτυχές του βιώματός τους τις είχαν επεξεργαστεί στο διάστημα μεταξύ των τηλεφωνικών επικοινωνιών και ήθελαν να τις μοιραστούν. Μονάχα μια περίπτωση με κενό αναμνήσεων από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, φαινόταν διστακτική και βιαζόταν να τελειώσει τη συνέντευξη, απαντώντας μονολεκτικά στις περισσότερες ερωτήσεις.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη διεξαγωγή τριών συνεντεύξεων παρευρίσκονταν και οι σύζυγοι των συμμετεχόντων με την άδεια τους καθώς ήταν και η επιθυμία τους. Στις δύο περιπτώσεις οι σύζυγοι δεν ήταν καθόλου παρεμβατικές, άκουγαν σιωπηλά, χωρίς να επηρεάζουν τη διαδικασία της συνέντευξης. Αντίθετα στη τρίτη περίπτωση αρχικά ο σύζυγος παρέμβαινε, ενθαρρύνοντας την συμμετέχουσα να αναφερθεί σε περισσότερες πτυχές του βιώματός της, ενώ κάποιες φορές εξέφρασε τη συγκίνησή του με δάκρυα, παρά τις παρακλήσεις να μην επεμβαίνει. Γρήγορα όμως κατανόησε την θέση του και παρέμεινε ήσυχος χωρίς να ενοχλεί στην διαδικασία της συνέντευξης.

Πριν την έναρξη της συνέντευξης έγινε επίδειξη της γραπτής έγκρισης για τη διεξαγωγή της έρευνας από το νοσοκομείο, (Παράρτημα Ι) από το ΕΚΠΑ (Παράρτημα Ι) και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υπογράψουν το έντυπο «πληροφορημένης συναίνεσης» (informed consent) (Παράρτημα Ι). Το συγκεκριμένο έντυπο ενημέρωνε συνοπτικά για τον σκοπό της έρευνας διαβεβαιώνοντάς τους ότι θα εξασφαλιστεί η τήρηση του απορρήτου των στοιχείων τους, κατά τη συμβολή τους στην διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και ότι έχουν το δικαίωμα να μην απαντήσουν σε κάποια ερώτηση ή να διακόψουν τη συνέντευξη σε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν.

Στη συνέχεια δόθηκε ενημερωτικό φυλλάδιο όπου αναφερόταν συνοπτικά ότι είχε ειπωθεί προφορικά από την ερευνήτρια σχετικά με τη συγκεκριμένη μελέτη (Παράρτημα Ι) και λύθηκαν οποιεσδήποτε απορίες. Επίσης, ζητήθηκε η άδειά τους για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, για τη διευκόλυνση της ερευνήτριας στην καταγραφή των δεδομένων. Όλοι οι συμμετέχοντες συναίνεσαν στη μαγνητοφώνηση και κανείς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δε ζήτησε τη διακοπή της, παρά την αμηχανία που προκάλεσε σε κάποιους, στα πρώτα λεπτά και παρά την συναισθηματική ένταση που υπήρχε κάποιες στιγμές κατά την εξέλιξή της. Εξαίρεση αποτέλεσε ένας συμμετέχων ο οποίος ζήτησε να σταματήσει η εγγραφή για λίγα λεπτά, λόγω συναισθηματικής φόρτισης, ενώ συνεχίστηκε λίγο αργότερα. Επίσης, από την πορεία των συνεντεύξεων φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν δυσκολίες να θυμηθούν την εμπειρία τους, αν και για κάποιους είχε παρέλθει αρκετός χρόνος, αντίθετα ήταν

ανεξίτηλη στη μνήμη τους. Παράλληλα με τη συνέντευξη χορηγήθηκαν τα ψυχομετρικά εργαλεία για τον προσδιορισμό των ενδείξεων μετατραυματικής ανάπτυξης, της μετατραυματικής διαταραχής και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTGI-42 και IES-R αντίστοιχα), τα οποία συμπεριλαμβάνουν και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Μετά την ολοκλήρωση κάθε συνέντευξης η εγγραφή συνεχίζονταν (Παράρτημα II) γιατί κατά τη συμπλήρωση των ψυχομετρικών εργαλείων, οι συμμετέχοντες συνέχιζαν να περιγράφουν πτυχές από το βίωμά τους. Οι ερωτήσεις των εργαλείων ήταν αφορμή να θυμηθούν, να σκεφτούν ή να επανεκτιμήσουν πτυχές από την εμπειρία τους. Στο τέλος της συνέντευξης η ερευνήτρια ρωτούσε πώς οι συμμετέχοντες βίωσαν τη διαδικασία της συνέντευξης και των ψυχομετρικών εργαλείων ενώ ακολουθούσε άτυπη συζήτηση σε άλλα θέματα που έθεταν οι συμμετέχοντες. Η διάρκεια των συνεντεύξεων διήρκεσε από 71 λεπτά το ελάχιστο έως και 2,30 ώρες το μέγιστο.

6.10 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Πριν από την εκπόνηση της μελέτης, κατατέθηκε και εγκρίθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο καθώς και η πρόσβαση στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο /αρχεία κίνησης των ασθενών ΜΕΘ που νοσηλεύτηκαν σε Καρδιολογικές, και Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Επίσης εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Ε.Κ.ΠΑ, την Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας των Νοσοκομείων και του Κέντρου Αποκατάστασης. Επιπλέον, λήφθηκε άδεια από την Ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μετά από αίτημα της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας ενός εκ των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην μελέτη.

Στο πλαίσιο της διαδικασίας συλλογής δεδομένων, όλες οι πληροφορίες ταυτοποίησης τα οποία πιθανόν θα αποκάλυπταν στοιχεία από τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων, αντικαταστάθηκαν με ψευδώνυμα και αριθμούς για την προστασία του ιατρικού απόρρητου και της ιδιωτικής ζωής τους.

6.11 Μέθοδοι Ανάλυσης Ποιοτικών και Ποσοτικών Δεδομένων

Στα εμπειρικά ποιοτικά δεδομένα της μελέτης έγινε ποιοτική ανάλυση, ενώ στα ποσοτικά δεδομένα που συλλέχθηκαν, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση και επεξεργασία.

6.11.1 Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων

Στην παρούσα μελέτη η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία και συμμετοχή άλλων δύο ερευνητριών. Κάθε ερευνήτρια ανέλυσε τα δεδομένα τα οποία είχαν συλλεχθεί μέσω των συνεντεύξεων και τα ευρήματά που προέκυπταν, συγκρίθηκαν με εκείνα των άλλων μέσω τακτικών συναντήσεων. Στις περιπτώσεις τις οποίες υπήρχαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ως προς τις ψυχολογικές μονάδες και τη δομή, η ανάλυση συνεχιζόταν μέχρι την επίτευξη συμφωνίας και την εξαγωγή έγκυρων ευρημάτων.

Αρχικά, οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν κατά λέξη και στη συνέχεια διαβάστηκε αρκετές φορές το τελικό κείμενο ακούγοντας παράλληλα τη συνέντευξη προκειμένου να βεβαιωθεί η πιστότητα της μεταφοράς. Αυτή η διαδικασία βοήθησε στην απόκτηση μιας απλής περιγραφής (naïve description) της εμπειρίας και στη μετάβαση από το πρώτο στο πέμπτο βήμα ανάλυσης των στοιχείων της μεθόδου όπως περιγράφονται αναλυτικά στις σελίδες 138 έως και 140. Σε αυτή τη φάση, υιοθετήθηκε η φαινομενολογική στάση και η «παρενθετική διεργασία» (bracketing).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα NVivo10, για την καλύτερη οργάνωση των ποιοτικών δεδομένων και την ευχερέστερη γνωστική τους επεξεργασία (Richards & Morse, 2007). Το NVivo10 συγκεντρώνει αρκετά πλεονεκτήματα ώστε να θεωρείται από τους ερευνητές ως το πιο δημοφιλές πρόγραμμα. Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο που διαθέτει ένα απλό και συστηματικό τρόπο κωδικοποίησης των δεδομένων στη βάση απόδοσης νοήματος σε μικρά ή μεγαλύτερα τμήματα των κειμένων που εισάγονται στο πρόγραμμα ως αρχεία και καταχωρούνται ως κόμβοι. Είναι επίσης, ιδιαίτερα χρήσιμο σε μικτές μεθόδους έρευνας όπου συνδυάζονται ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα. Τέλος, προσφέρει τη δυνατότητα ταυτόχρονης χρήσης από ερευνητές που συμμετέχουν σε ομαδικά ερευνητικά προγράμματα. Μειονεκτημάτά του θεωρούνται η θετικιστική προσέγγιση στην ποιοτική έρευνα, και ο μετριασμός της δημιουργικής ικανότητας του ερευνητή κατά την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων (Κασέρη, 2014, Bryman, 2017).

6.11.2 Μέθοδος ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών

μεταβλητών. Η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε με το κριτήριο Shapiro-wilk και γραφικά με ιστογράμματα και απορρίφθηκε. Για τη σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών χωρίς κανονική μεταβλητή και μιας κατηγορικής εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία Mann-Whitney, ενώ για περισσότερες από δύο η στατιστική δοκιμασία Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η εσωτερική συνοχή άρα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Υψηλές τιμές του συντελεστή (κοντά στο 1) υποδηλώνουν υψηλή εσωτερική συνοχή. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 10%. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

6.12 Κριτήρια αξιολόγησης μικτών ερευνών

Οι Greene, Caracellí και Graham (1989), μετά την ανάλυση διεθνών μελετών, πρότειναν πέντε ευρείες επιδιώξεις των μικτών μεθοδολογικά ερευνών: (α) τριγωνοποίηση, όπου επιδιώκεται η επιβεβαίωση μέσα από την έρευνα τον ίδιου φαινομένου από διαφορετικές μεθόδους, (β) συμπληρωματικότητα η οποία αποσκοπεί στην ενίσχυση, αποσαφήνιση, επεξεργασία των αποτελεσμάτων μιας μεθόδου με τη χρήση των αποτελεσμάτων της άλλης, (γ) χρήση των αποτελεσμάτων της μιας μεθόδου προς πληροφόρηση της άλλης, (δ) αποκάλυψη παραδοξοτήτων και αντιθέσεων ώστε να αναδιατυπωθούν οι ερευνητικές υποθέσεις, και (ε) διεύρυνση της εμβέλειας της έρευνας, με τη χρήση διαφορετικών μεθόδων για διαφορετικά μέρη της ίδιας έρευνας.

Τριγωνοποίηση

Η «τριγωνοποίηση» προτάθηκε από τους Campbell & Fiske (1959), και παραπέμπει στη «μίξη» πολλών μεθόδων κατά τη μελέτη του ίδιου φαινομένου (Denzin, 1978). Ουσιαστικά είναι ή χρήση πάνω από μίας ερευνητικής μεθόδου για τη μελέτη του ίδιου φαινομένου όπου η κάθε μία χρησιμοποιείται για να επαληθεύσει τα αποτελέσματα της άλλης. Όταν η μία μέθοδος χρησιμοποιείται μεταγενέστερα επαληθεύει αλλά και εξελίσσει τα αποτελέσματα της προγενέστερης (Olsen, 2001). Η τριγωνοποίηση στηρίζεται στην αρχή ότι μία και μοναδική μέθοδος δεν μπορεί να

αντικατοπτρίζει την πολυδιάστατη κοινωνική πραγματικότητα. Για να γίνει αυτό, χρειάζεται ο συνδυασμός περισσότερων μεθόδων και πηγών συλλογής δεδομένων προκειμένου να αναδειχτούν διαφορετικές διαστάσεις του ερευνητικού αντικειμένου.

Για την εξασφάλιση της πιστότητας (credibility) των αποτελεσμάτων, έχουν διατυπωθεί πέντε τύποι τριγωνοποίησης, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν και στη παρούσα μελέτη:

α) Η *μεθοδολογική τριγωνοποίηση* (methodological triangulation) όπου διασταυρώνονται δύο μέθοδοι ίδιας ή διαφορετικής προσέγγισης. Η τριγωνοποίηση πραγματοποιείται εντός της μεθόδου με τη χρήση διαφορετικών τύπων της ίδιας μεθόδου για τη μέτρηση ενός φαινομένου ή μίας μεταβλητής ή μεταξύ διαφορετικών μεθόδων για να αξιολογηθεί ή να μετρηθεί το ίδιο φαινόμενο.

β) Η *τριγωνοποίηση δεδομένων* (data triangulation) που συλλέγονται από διαφορετικές πηγές, σε διαφορετικούς χρόνους, από διαφορετικούς χώρους ή και από διαφορετικές ομάδες ατόμων.

γ) Η *τριγωνοποίηση με διασταύρωση ερευνητών* (investigator triangulation) στο στάδιο της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Χρησιμοποιούνται δύο ή περισσότεροι ερευνητές για την εξέταση των δεδομένων και αποτελεί από τις πιο βασικές τεχνικές διασφάλισης της αξιοπιστίας αλλά και της εμπειρικής τεκμηρίωσης των συμπερασμάτων (intercoder reliability).

δ) Η *θεωρητική τριγωνοποίηση* (theoretical triangulation) όπου διασταυρώνονται διαφορετικές θεωρίες για να ερμηνευτούν τα ίδια ή διαφορετικά δεδομένα.

ε) Η *τριγωνοποίηση μέσω ανάλυσης δεδομένων* (analysis triangulation) όπου χρησιμοποιούνται δύο ή περισσότερες μέθοδοι της ίδιας προσέγγισης για την ανάλυση των ίδιων δεδομένων (Denzin, 1970, Τζιαφέρη & Σουρτζή, 2002).

Επειδή οι ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι παράγουν διαφορετικά είδη γνώσης, ο συνδυασμός μεθόδων που χρησιμοποιείται για συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων συμβάλλει στην διαμόρφωση μοναδικής γνώσης σχετικά για το φαινόμενο που μελετάται. Οι ποιοτικές μέθοδοι περιγράφουν διαδικασίες. Οι ποσοτικές μέθοδοι παρέχουν όχι μόνο αποτελέσματα και πληροφορίες που αποσκοπούν στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος που μελετάται. Η συνύπαρξη, των μεθόδων παρέχει δεδομένα που αφορούν την εξωτερική και εσωτερική αξιοπιστία της μελέτης. Ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων συμβάλλει στη διόρθωση, διευκρίνιση και διεύρυνση των δεδομένων καθώς και ο συνδυασμός τους «τριγωνοποιεί την αλήθεια» (Hinds & Young, 1987, Brinberg et al., 1981).

Τέλος, τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χρήση διαφορετικών μεθόδων απαιτούν στη συνέχεια, την κατάλληλη ανάλυση ώστε να αναγνωριστούν τα κοινά ευρήματα τους. Η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης, αν και είναι σύνθετη, αυξάνει την εμπιστοσύνη στα τελικά συμπεράσματα (Bradley, 1995).

Συνοψίζοντας, η τριγωνοποίηση ως μέθοδος έχει πλεονεκτήματα όπως: α) αυξάνει την εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα, β) υπερβαίνει την λανθασμένη αντίληψη «μιας και μοναδικής μεθόδου, του ενός ερευνητή, της μίας θεωρίας», γ) επιτρέπει την ανάπτυξη και τον έλεγχο της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας εργαλείων και μεθόδων, δ) επιτρέπει την κατανόηση του πεδίου μελέτης με πληρότητα καθώς και τον εμπλουτισμό της ερμηνείας των αποτελεσμάτων μέσα από αποκλίνοντα αποτελέσματα. Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται η απαίτηση πολλών πόρων καθώς επίσης και η δυσκολία επαναληψιμότητας (Τζιαφέρη & Σουρτζή, 2002, Bryman, 2012).

6.13 Τρόποι διασφάλισης των κριτηρίων αξιολόγησης στην παρούσα μελέτη

Η διασφάλιση των κριτηρίων αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών σχετίζεται με τον έλεγχο του τρόπου δειγματοληψίας, τη μέθοδο της τριγωνοποίησης, τον έλεγχο εναλλακτικών εννοιών, κατηγοριών και ερμηνειών και τη συνεχή αναδιαμόρφωση του ερευνητικού υλικού και την ανάλυση των αρνητικών περιπτώσεων, περιπτώσεων δηλαδή που δεν ταιριάζουν με το αναδυόμενο μοντέλο (Μπελλάλη, 2006). Γενικότερα, η διαφανής τεκμηρίωση όλων των σταδίων της ερευνητικής διαδικασίας διασφαλίζει την πιστότητα (credibility) των ευρημάτων της μελέτης.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μεταξύ των μεθόδων (between method) *μεθοδολογική τριγωνοποίηση*. Οι μέθοδοι που επιλέγονται για την τριγωνοποίηση, πρέπει να είναι ευαίσθητες στο φαινόμενο που μελετάται και να είναι αποδεκτές και ακριβείς. Επειδή συνδυάζει ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις στην εξέταση μίας αντίληψης, μιας μεταβλητής ή ενός φαινομένου, φαίνεται να προσφέρει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης αξιόπιστων αποτελεσμάτων» (Hinds & Young, 1987).

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν 3 ποσοτικά εργαλεία και πιο συγκεκριμένα η κλίμακα PTGI-42, η κλίμακα IES-R και ο δείκτης του στρες (Index) και για την ποιοτική μέθοδο χρησιμοποιήθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη. Επίσης στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της *τριγωνοποίησης μεταξύ ερευνητών* (investigator triangulation), η οποία μειώνει την πιθανότητα προκαταλήψεων στη συλλογή, και ανάλυση των δεδομένων ενισχύοντας την εσωτερική εγκυρότητα (internal validity) δηλαδή στην πιστότητα και αυθεντικότητα της έρευνας (Thurmond,

2001). Συστήθηκε ομάδα με τρεις ερευνητές που διαθέτουν γνώση και εμπειρία στη διεξαγωγή ποιοτικής μελέτης. Κάθε ερευνητής ανέλυσε τα δεδομένα που είχαν συλλεχθεί μέσω των συνεντεύξεων και τα ευρήματά που προέκυψαν, συγκρίθηκαν με εκείνα των άλλων μετά από τακτικές συναντήσεις. Όταν υπήρχαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, η ανάλυση συνεχιζόταν μέχρι την επίτευξη συμφωνίας και διεξαγωγή έγκυρων ευρημάτων. Η διαδικασία αυτή αποσκοπούσε στη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών, μέσα από τις διαφορετικές προοπτικές τους, εμπλουτίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα εκάστοτε δεδομένα. Η συμφωνία μειώνει το ενδεχόμενο της μονομέρειας, της υποκειμενικότητας και της μεροληψίας στην περίπτωση του ενός μόνο ερευνητή (Jansen 2010, Kurasaki 2000).

6.14 Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών

Οι ποικίλες μορφές της ποιοτικής έρευνας, έχουν συντελέσει στο να μην έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, συναίνεση και συμφωνία για την αξιολόγηση των ποιοτικών ερευνών (Leung, 2015). Οι απόψεις και οι προτάσεις των ποιοτικών ερευνητών διαφοροποιούνται όσον αφορά στα κριτήρια αξιολόγησης. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητών θεωρεί ότι τα κριτήρια της αξιοπιστίας και εγκυρότητας που χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές έρευνες είναι αναγκαίο να τροποποιηθούν ή να επαναπροσδιοριστούν ώστε να ταιριάζουν στη φύση και τους στόχους της ποιοτικής έρευνας (Lincoln & Guba, 1985, Strauss & Corbin, 1998).

Έχουν προταθεί διάφορες προσεγγίσεις, όπου κυριαρχούν προτάσεις όπως των Dixon-Woods και συνεργάτες (2004), η οποία δίνει έμφαση στη μεθοδολογία και αυτή των Lincoln και συνεργατών (2011), η οποία δίνει έμφαση στην πιστότητα της ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Οι Dixon-Woods και συνεργάτες (2004), συνέταξαν έναν κατάλογο ερωτήσεων για την αξιολόγηση α) της σαφήνειας και της καταλληλότητας του ερευνητικού ερωτήματος, β) την περιγραφή και την καταλληλότητα της δειγματοληψίας για τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων, γ) τη συνοχή μεταξύ των δεδομένων, την ερμηνεία και τα συμπεράσματα, και τέλος δ) τον βαθμό συμβολής των ερευνητών στη μελέτη. Αυτά τα κριτήρια εντούτοις, μπορεί να μην χρησιμοποιούνται σε όλες τις ποιοτικές μελέτες που έχουν διαφορετικές επιστημολογικές και φιλοσοφικές αρχές. Ομοίως, χωρίς μια ισχυρή μεθοδολογική διάταξη, η αυστηρή ερμηνεία των αποτελεσμάτων που υποστηρίζουν οι Lincoln και οι συνεργάτες (2011), μπορεί να αποτελέσει επίσης, μια λιγότερο αξιόπιστη συνθήκη (Sale, 2008). Μια άλλη διαφορετική άποψη προτάθηκε από τον Meyric (2006), ο

οποίος συστήνει την εκπλήρωση δύο βασικών κριτηρίων για την αξιολόγηση της ποιοτικής έρευνας α) της «διαφάνειας» και β) της «συστηματικότητας». Συγκεκριμένα, είναι αναγκαίο να επικυρωθεί η διαφάνεια σε όλα τα βήματα της ερευνητικής διαδικασίας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται μεγάλος βαθμός αυστηρότητας και αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα (validity) στη ποιοτική έρευνα σημαίνει "καταλληλότητα" των εργαλείων, των διαδικασιών και των δεδομένων ώστε τα ερευνητικά αποτελέσματα να αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια το υπό μελέτη φαινόμενο (Richards & Morse, 2007). Πολλές μέθοδοι έχουν θεσπιστεί για την προαγωγή της εγκυρότητας, στην εξαγωγή και την ανάλυση των δεδομένων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται α) τριγωνοποίηση ερευνητών, β) τριγωνοποίηση θεωριών, γ) η τεκμηριωμένη διαδικασία ελέγχου των μέσων και των διαδικασιών, δ) πολλαπλή ανάλυση με βάση την έννοια ή την περίπτωση και ε) την επαλήθευση των ευρημάτων μέσω των συμμετεχόντων (Jansen, 2010, George & Apter, 2004).

Η εγκυρότητα στις ποιοτικές έρευνες διακρίνεται στην *εσωτερική* και *εξωτερική*. Πιο συγκεκριμένα, η *εσωτερική εγκυρότητα* (internal validity) αποδίδει τον βαθμό στον οποίο μια μελέτη μετρά αυτό που προορίζεται να μετρήσει. Η εσωτερική εγκυρότητα αποδίδεται με την έννοια της *πιστότητας* (credibility), και της *αυθεντικότητας* (authenticity). Η πιστότητα δηλώνει την αντιστοιχία του τρόπου που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές κατασκευές και του τρόπου που ο ερευνητής παρουσιάζει τις απόψεις τους. Στρατηγικές που προαγάγουν την πιστότητα αποτελούν η επίμονη και ουσιαστική εμπλοκή του ερευνητή στη μελέτη, ανατροφοδότηση από άλλους ερευνητές και ειδικούς, αναζήτηση αρνητικών περιπτώσεων (περιπτώσεις που δεν υποστηρίζουν τις κατηγορίες ή τις υποθέσεις που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων), η τριγωνοποίηση (έλεγχος πληροφοριών και αποτελεσμάτων με τη διασταύρωση πηγών και πληροφοριών), ο συνεχής αναστοχασμός και η επαλήθευση των αποτελεσμάτων από τους συμμετέχοντες στη έρευνα (informant feedback, respondent validation). Η *αυθεντικότητα* των δεδομένων σχετίζεται με το κατά πόσο τα παραγόμενα δεδομένα αντανακλούν το υπό μελέτη φαινόμενο και αφορά τόσο τον εντοπισμό κατηγοριών και υποκατηγοριών, όσο και στο πώς δομούνται οι εννοιολογικές κατασκευές του.

Η *εξωτερική εγκυρότητα* αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο τα παραγόμενα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν σε άλλα πλαίσια ή περιστάσεις στον γενικό πληθυσμό και στην αξιολόγηση, όσον αφορά τις ποιοτικές έρευνες, στο κατά πόσο η

διερεύνηση και η περιγραφή των φαινομένων πραγματοποιείται με ορθό τρόπο. Αντίστοιχα, η *εξωτερική εγκυρότητα* στις ποιοτικές μελέτες αποδίδεται με αυτή της *εφαρμοσιμότητας* (applicability) των ευρημάτων σε παρόμοιες ομάδες *μεταφερσιμότητας* (transferability) αλλά και στην υπό μελέτη ομάδα (fittingness). Αναγκαία προϋπόθεση για την διασφάλιση της μεταφοράς θεωρείται τόσο η λεπτομερής περιγραφή του ερευνητικού πεδίου όσο και της ερευνητικής διαδικασίας. (Lincoln & Guba, 1985, Τσιώλης, 2014, Μπελλάλη, 2006).

Ωστόσο, οι περισσότερες ποιοτικές ερευνητικές μελέτες, έχουν ως στόχο να μελετήσουν ένα συγκεκριμένο θέμα ή φαινόμενο σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ή μια εθνική ομάδα, μιας εστιασμένης περιοχής μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Επομένως η *γενίκευση* των συμπερασμάτων των ποιοτικών ερευνών συνήθως δεν αποτελεί αναμενόμενο χαρακτηριστικό. Μια ρεαλιστική προσέγγιση για την αξιολόγηση της είναι η υιοθέτηση κριτηρίων όπως η σκόπιμη δειγματοληψία, η τριγωνοποίηση, η συνεχής εκτίμηση των δεδομένων με άλλους ερευνητές, ο συστηματικός έλεγχος και τεκμηρίωση (Finfgeld-Connett, 2010).

Στην ποσοτική έρευνα, το κριτήριο της *αξιοπιστίας* (reliability) αναφέρεται στην ακριβή διαχρονική αναπαραγωγή των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων. Στην ποιοτική έρευνα αντίθετα, ένας τέτοιος ορισμός της αξιοπιστίας φαίνεται προκλητικός και επιστημολογικά αντίθετος (Grossoehme, 2014). Στην ποιοτική έρευνα, ένα περιθώριο μεταβλητότητας για τα αποτελέσματα είναι ανεκτό, με την προϋπόθεση ότι η μεθοδολογία και η ανάλυση, αποδίδουν σταθερά δεδομένα τα οποία είναι οντολογικά παρόμοια, αλλά μπορεί να διαφέρουν ως προς τον πλούτο και τις διαστάσεις του υπό μελέτη φαινομένου. Στις ποιοτικές μελέτες, η αξιοπιστία αποδίδεται με τους όρους *σταθερότητα* (stability) και *δυνατότητα αναπαραγωγής των αποτελεσμάτων* (reproductibility).

6.14.1 Ενοποιημένα κριτήρια αναφοράς ποιοτικής έρευνας [Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)]

Η COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) των Tong, και συνεργατών (2007) αποτελεί έναν κατάλογο κριτηρίων για την αξιολόγηση ποιοτικών ερευνών που περιλαμβάνει 32 σημεία, ομαδοποιημένα σε τρεις τομείς: 1) ερευνητική ομάδα και έκφραση γνώμης/αντανακλαστικότητα (reflexivity), 2) σχεδιασμός της μελέτης και 3) ανάλυση δεδομένων και υποβολή εκθέσεων. Πρόκειται για κριτήρια, που μπορούν να βοηθήσουν τους ερευνητές να αναφέρουν σημαντικές

πτυχές της ερευνητικής ομάδας, των μεθόδων και του πλαισίου μελέτης, των ευρημάτων, της ανάλυσης και των ερμηνειών. Τα ερευνητικά δεδομένα που αξιολογούνται βάσει κριτηρίων COREQ, συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας, των αναφορών ποιοτικών δεδομένων. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι τρεις τομείς αξιολόγησης που περιλαμβάνονται στο COREQ και χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της παρούσας μελέτης:

Τομέας 1: Ερευνητική ομάδα και έκφραση γνώμης/αντανακλαστικότητα

- 1.1 *Προσωπικά χαρακτηριστικά*: Η στενή αλληλοεπίδραση των ερευνητών με την ερευνητική διαδικασία και τους συμμετέχοντες, δυσκολεύει την αποφυγή της προσωπικής προκατάληψης. Διευκρινίζονται, η ταυτότητα, τα διαπιστευτήρια, το επάγγελμα, το φύλο, η εμπειρία και η εκπαίδευση των ερευνητών. Με αυτό το τρόπο βελτιώνεται η αξιοπιστία των πορισμάτων δίνοντας στους αναγνώστες τη δυνατότητα αξιολόγησης των παραγόντων και το ενδεχόμενο επηρεασμού των παρατηρήσεων και των ερμηνειών.
- 1.2 *Σχέση με τους συμμετέχοντες*: Περιγράφεται η σχέση και η έκταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων καθώς μπορεί να επηρεάζει τις απαντήσεις τους αλλά και την κατανόηση των φαινομένων από τους ερευνητές. Για λόγους διαφάνειας, εντοπίζονται και αναφέρονται οι παραδοχές και τα προσωπικά συμφέροντα σχετικά με το ερευνητικό θέμα.

Τομέας 2: Ερευνητικός σχεδιασμός

- 2.1 *Θεωρητικό πλαίσιο*: Διευκρινίζεται από τους ερευνητές το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, ώστε οι αναγνώστες να κατανοήσουν πώς διαμορφώθηκαν οι ερευνητικές ερωτήσεις και οι στόχοι.
- 2.2 *Επιλογή συμμετεχόντων*: Αναφέρεται ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων, και δηλώνονται αυστηρά οι προσπάθειες προσέλκυσης των συμμετεχόντων. Αναφέρεται το μέγεθος του δείγματος για την αξιολόγηση της ποικιλομορφίας των προοπτικών που περιλαμβάνονται στην έρευνα.
- 2.3 *Συνθήκες διεξαγωγής της μελέτης*: Περιγράφεται το πλαίσιο συλλογής δεδομένων και διαφωτίζεται η ανταπόκριση των συμμετεχόντων. Αναφέρεται η παρουσία μη συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων, για τυχόν επηρεασμό των αφηγήσεων των συμμετεχόντων. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως τα βασικά δημογραφικά δεδομένα, έτσι ώστε να εξεταστεί η συνάφεια των ευρημάτων και των ερμηνειών και να

αξιολογηθεί κατά πόσον διερευνώνται και συγκρίνονται οι απόψεις διαφορετικών ομάδων.

2.4 *Συλλογή δεδομένων*: Παρέχονται οι ερωτήσεις και οι υποδείξεις που χρησιμοποιούνται στη συλλογή δεδομένων, για να ενισχυθεί η κατανόηση της εστίασης του ερευνητή και η αξιολόγηση ενθάρρυνσης των συμμετεχόντων να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους. Αναφέρεται εάν διεξήχθησαν επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις, καθώς αυτό μπορεί να επηρεάσει την σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων και τελικά να επηρεάσει τον πλούτο των δεδομένων που αποκτήθηκαν. Επίσης, προσδιορίζεται η μέθοδος καταγραφής των λεκτικών δεδομένων. Η μαγνητοφώνηση και η απομαγνητοφώνηση αντικατοπτρίζουν ακριβέστερα τις απόψεις των συμμετεχόντων σε σχέση με τις σημειώσεις των ερευνητών και κατά πόσο οι συμμετέχοντες ελέγχουν το αντίγραφο της αφήγησής τους για την ακρίβεια των αναφορών τους. Διευκρινίζονται οι λόγοι για την μη μαγνητοφώνηση και τη διάρκεια της συνέντευξης, καθώς αυτό επηρεάζει την ποσότητα των δεδομένων που λαμβάνονται. Διευκρινίζεται η διαδικασία της διασφάλισης του κορεσμού των δεδομένων.

Τομέας 3: Ανάλυση δεδομένων και υποβολή έκθεσης

3.1 *Ανάλυση δεδομένων*: Καθορίζεται η χρήση αρκετών ερευνητών που κωδικοποιούν τα δεδομένα ή άλλων μεθόδων τριγωνοποίησης των ερευνητών. Η αξιοπιστία των πορισμάτων εκτιμάται τόσο από τη διαδικασία κωδικοποίησης (επιλέγοντας σημαντικά τμήματα από τις δηλώσεις συμμετεχόντων), όσο και από την παραγωγή και ταυτοποίηση των θεμάτων. Οι περιγραφές των κωδικοποιήσεων και των ενδείξεων καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές θεώρησαν, εξέτασαν και ανέπτυξαν το συλλογισμό τους για τα δεδομένα. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν πακέτα λογισμικού για την αποθήκευση, την αναζήτηση και την κωδικοποίηση ποιοτικών δεδομένων. Επιπλέον, οι παρατηρήσεις των συμμετεχόντων στα ευρήματα της έρευνας προσθέτει κύρος στις ερμηνείες του ερευνητή, διασφαλίζοντας την ανάδειξη εννοιών που αντανακλούν τις εμπειρίες των συμμετεχόντων και δεν περιορίζονται από τις απόψεις και τις γνώσεις των ερευνητών.

3.2 *Αναφορές*: Περιλαμβάνονται αποσπάσματα, με συνοδευτικά εισαγωγικά, από διαφορετικούς συμμετέχοντες για διαφάνεια και αξιοπιστία στα ευρήματά και

στις ερμηνείες των δεδομένων. Αξιολογείται η συνέπεια μεταξύ των παρουσιαζόμενων στοιχείων και των πορισμάτων της μελέτης. Τα συνοπτικά ευρήματα, ερμηνείες και θεωρίες που δημιουργούνται, παρουσιάζονται με σαφήνεια σε δημοσιεύσεις ποιοτικής έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων από τις συνεντεύξεις των νοσηλευθέντων στις ΜΕΘ, καθώς και από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των δύο κλιμάκων μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης/μετατραυματικής έκπτωσης, της αναθεωρημένης κλίμακας επίδρασης συμβάντων αλλά του δείκτη μέτρησης του στρες. Η διαδικασία της ανάλυσης επεδίωξε να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, ανέδειξε τα κυρίαρχα θέματα / στοιχεία του βιώματος των ασθενών καθώς και την γενική δομή του, αλλά και τις τάσεις του συγκεκριμένου δείγματος μέσα από τα ποσοτικά δεδομένα. Τέλος παρουσιάζεται ο συνδυασμός και η σύγκριση των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων.

7.1 Κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Από τους συμμετέχοντες, πολυτραυματίες ήταν 6 άτομα, ποσοστό 28,6%, καρδιοχειρουργημένοι 5 ποσοστό 23,8%, εμφραγματίες 3, ποσοστό 14,3%, και 7 ασθενείς, ποσοστό 33,3%, έπασχαν από διάφορα απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό 57,1% ήταν άνδρες και η ηλικία του δείγματος στο 33,3% ήταν από 18-50 ετών και στο 66,7% από 51 και πάνω με μέση ηλικία 50,3+11,0. Έγγαμοι ήταν ποσοστό 57,1%, ενώ άγαμοι διαζευγμένοι 42,9%. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχε το 42,9%, ενώ μεταδευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση το 57,1%. Ποσοστό 33,3% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 33,3% δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες και 33,4% άνεργοι και συνταξιούχοι. Χριστιανοί ορθόδοξοι ήταν το 95,2% και ένας ήταν άθρησκος (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά του χαρακτηριστικά

		N	%
Φύλο	Άνδρες	12	57,1
	Γυναίκες	9	42,9
Ηλικία	18-50	7	33,3
	51+	14	66,7
		M.T.	50,3±11,0
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος /η	12	67,1
	Άγαμος /διαζευγμένος/η	9	42,9
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια/δευτεροβάθμια εκπαίδευση	9	42,9
	Μεταδευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια	12	57,1
Επάγγελμα	Ιδιωτικός Υπάλληλος	7	33,3
	Δημόσιος Υπάλληλος/Ελευθ Επαγ/τίας	7	33,3
	Άνεργος/Συνταξιούχος	7	33,3
Θρήσκευμα	Χριστιανοί Ορθόδοξοι	20	95,2
	Άθρησκος	1	4,8

Ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ποσοστό 47,6% παρέμεινε στη ΜΕΘ για χρονικό διάστημα περισσότερο των 11 ημερών και 28,6% νοσηλεύθηκε σε ειδικό κέντρο αποκατάστασης κατά μέσο όρο 230 ημέρες. Νοσηλεία σε τμήμα, ανάλογα με την αιτία εισαγωγής, πάνω από 15 ημέρες είχε το 42,9%, ενώ συνολικό χρόνο νοσηλείας πάνω από 31 ημέρες είχε το 52,4%. Σε γενική ΜΕΘ νοσηλεύθηκε το 61,9%, και σε καρδιοχειρουργική ή μονάδα εμφραγμάτων το 38,1% του δείγματος (Πίνακας 3).

Αντιληπτή προϋπάρχουσα συμπτωματολογία είχε ποσοστό 38,1% του δείγματος. Ο χρόνος από την έξοδο από τη ΜΕΘ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης ήταν για ποσοστό 47,6% λιγότερο από 2 χρόνια, ενώ μήνες από τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ είχε ποσοστό 81,0%. Αποκατάσταση σε εξέλιξη αφορούσε ποσοστό 28,6% και πλήρη αποκατάσταση 71,4% (Πίνακας 3). Λεπτομερής περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στο Παράρτημα ΙΙΙ (Πίνακας 32).

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά του χαρακτηριστικά

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		n	%
Αιτία νοσηλείας/διάγνωση	Πολυτραυματίες	6	28,6
	Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια	2	9,5
	Καρκίνος Πεπτικού	2	9,5
	Χρόνια Πνευμονοπάθεια	3	14,3
	Καρδιοχειρουργημένοι	5	23,8
	Εμφραγματίες	3	14,3
Νοσηλεία σε κέντρο/πρόγραμμα αποκατάστασης	Όχι	15	71,4
	Ναι	6	28,4
Χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ (ημέρες)	-10	11	52,4
	11+	10	47,6
Χρόνος νοσηλείας στο νοσηλευτικό τμήμα (ημέρες)	-14	12	57,1
	15+	9	42,9
Συνολικός χρόνος νοσηλείας (ημέρες)	-30	10	47,6
	31+	11	52,4
Χρόνος εξόδου από τη ΜΕΘ έως τη συνέντευξη(μήνες)	-24	10	47,6
	25+	11	52,4
Είδος ΜΕΘ	Γενική ΜΕΘ	13	61,9
	Καρδιολογική μονάδα (εμφραγμάτων-καρδιοχ/κη)	8	38,1
Γνωστά συμπτώματα προ εισαγωγής	Όχι	13	61,9
	Ναι	8	38,1
Μνήμες από τη νοσηλεία	Όχι	4	19
	Ναι	17	81
Αποκατάσταση σε εξέλιξη	Όχι	15	71,4
	Ναι	6	28,6
Πλήρης αποκατάσταση	Όχι	6	28,6
	Ναι	15	71,4

7.2 Αποτελέσματα ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων

Ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής ανάλυσης των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων σε συνάρτηση με τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα. Τα ευρήματα αφορούν στον τρόπο που βίωσαν οι ασθενείς την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας τους και της νοσηλείας τους στις ΜΕΘ, στο πώς βιώνουν και νοηματοδοτούν το πρόβλημα της υγείας τους, στις αλλαγές που αντιλαμβάνονται όσον αφορά στον εαυτό τους, στους άλλους και στη ζωή τους, καθώς επίσης και στους παράγοντες που συνέβαλαν στις αλλαγές αυτές. Περιγράφονται οι τρεις βασικές κατηγορίες: 1) Η νοσηλεία στη ΜΕΘ, 2) Το πρόβλημα της υγείας, 3) Οι

αλλαγές και οι παράγοντες των αλλαγών. Σε κάθε μία από τις βασικές κατηγορίες αντιστοιχούν σχετικές κατηγορίες και υποκατηγορίες με τις σημαντικότερες από αυτές να αποτελούν τα στοιχεία της γενικής δομής της εμπειρίας των συμμετεχόντων.

7.2.1 Πρώτο ερευνητικό ερώτημα

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: Πώς βίωσαν την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας τους και της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Παρουσιάζονται οι περιγραφές των του βιώματος των ασθενών αναφορικά με τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ, τις αναμνήσεις μέσα από τα επίπεδα συνειδητότητας που έγιναν αντιληπτά, τις σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, τις αλληλεπιδράσεις με τους οικείους και τους επαγγελματίες υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται το κεντρικό θέμα, οι κατηγορίες και οι υποκατηγορίες που αναφέρονται στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κεντρικό θέμα, κατηγορίες και υποκατηγορίες που αφορούν το βίωμα της κρισιμότητας της κατάστασης της υγείας και της νοσηλείας στη ΜΕΘ (1ο ερευνητικό ερώτημα)

1 ^ο Ερευνητικό Ερώτημα	Κεντρικό Θέμα	Κατηγορίες / Υποκατηγορίες
Πώς βίωσαν την κρισιμότητα της κατάστασης υγείας τους και της νοσηλείας στη ΜΕΘ;	Η νοσηλεία στη ΜΕΘ	Τα επίπεδα συνειδητότητας <ul style="list-style-type: none"> • «Το κενό» • «Μετايχμιακή συνθήκη» <ul style="list-style-type: none"> – Συγχυτικές καταστάσεις ή/και παραισθήσεις – Τα όνειρα – Αποπροσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο – Ασύνδετες κατακερματισμένες εικόνες • «Σε συνείδηση» <ul style="list-style-type: none"> – Ο περιβάλλοντας χώρος της ΜΕΘ – Δυσφορικές σωματικές αισθήσεις – Συναισθηματικές αντιδράσεις
		Αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας
		Αλληλεπίδραση με τους οικείους

7.2.1.1 «Τα επίπεδα συνειδητότητας»

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες βίωσαν τα παρακάτω επίπεδα συνειδητότητας κατά τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ: 1) «το κενό», 2) «μετايχμιακή συνθήκη» και 3) «σε συνείδηση» με κάθε μια από αυτές τις κατηγορίες να διακρίνεται από υποκατηγορίες. (Σχήμα 6, Παράρτημα ΙΙΙ)

7.2.1.1.1 «Το κενό»

Οι συμμετέχοντες, μετά από ατύχημα ή την εγκεφαλική βλάβη παρέμειναν ασυνείδητοι χωρίς καμία επαφή με το περιβάλλον σε όλη τη διάρκεια ή κατά το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ, με απουσία ολική ή μερική των αναμνήσεων. Αναμνήσεις περιγράφηκαν από τους συμμετέχοντες μονάχα από τη στιγμή της αφύπνισής τους ή της εξόδου από το νοσηλευτικό τμήμα και μπορεί να περιελάμβαναν τις συνθήκες του ατυχήματος, την εμφάνιση της ασθένειας, την μεταφορά τους στα Επείγοντα έως τη στιγμή που έχασαν τις αισθήσεις τους και την επαφή τους με το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις κάποιων από τους συμμετέχοντες (πολυτραυματίες, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) όταν ξύπνησαν συνειδητοποίησαν το απόλυτο κενό της μνήμης αδυνατούσαν να προσδιορίσουν τι συνέβη σε αυτούς πριν και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους έως τη στιγμή της αφύπνισης. Αδυνατούσαν να ανακαλέσουν αναμνήσεις από τις εμπειρίες τους.

«...έπεσα κάτω δεν κατάλαβα...Εγώ άρχισα να καταλαβαίνω, μόνο όταν με πήγανε στο κέντρο αποκατάστασης. Αλλά για ένα διάστημα ήμουν τελείως νεκρός...Από τότε μου βάλανε τα φάρμακα άρχισα να θυμάμαι κάτι.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

«Μου εμβολίσανε τα τρία αγγεία. Κάθισα είκοσι μέρες εκεί, στην εντατική, αλλά πάντα σε κόμα, ...μετά πήγα στο κέντρο αποκατάστασης και εκεί άρχισα σιγά- σιγά να καταλαβαίνω, στο ΕΚΑ, ναι, εκεί. Μέχρι εκεί δεν θυμάμαι τίποτα, όχι, ούτε πως το έπαθα, ούτε τίποτα.» (Σ₅, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Καθώς ανέκτησαν τις αισθήσεις τους, μάταια προσπάθησαν να επανασυνδεθούν με την εμπειρία τους στη ΜΕΘ, ενώ κάποιοι ανακάλυψαν ότι δεν μπορούσαν να θυμηθούν επίσης τα γεγονότα πριν την εκδήλωση της ασθένειας ή του ατυχήματος.

«...Ούτε το ατύχημα θυμάμαι, ούτε τις 25 μέρες στη μονάδα που ήμουνα σε τεχνικό κόμα και δεν καταλάβαινα τίποτα. Ενώ κάνω προσπάθεια, δεν το βρίσκω, δεν το θυμάμαι καθόλου. Ούτε όταν συνήρθα μετά.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

«...Εγώ, μαθαίνω πως ήμουνα...Ναι, ναι, έχω πολλά κενά.. Μου έχει δημιουργήσει, δηλαδή λέω: πώς είναι δυνατόν να μην θυμάμαι τίποτα, ούτε καν, γιατί είχαμε πάει στο Γύθειο; Δεν θυμάμαι ούτε τα πριν.» (Σ₅, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

7.2.1.1.2 «Μετ αιχμακική συνθήκη»

Στην συνθήκη αυτή βρίσκονταν οι ασθενείς με διαρκώς μειούμενη φαρμακευτική καταστολή όπου συνυπήρχαν διαστήματα ύπνου και εγρήγορσης και παρουσιάζαν

εναλλαγές στα επίπεδα συνείδησης καθώς και στα επίπεδα επικοινωνίας με το περιβάλλον. Βίωναν μια μεθοριακή κατάσταση με αλλοίωση και παραμόρφωση της πραγματικότητας μέσα από (α) συγχυτικές καταστάσεις ή και παραισθήσεις, (β) όνειρα που αντικαθίσταντο σταδιακά με πραγματικές μνήμες με ασαφή όρια μεταξύ τους, (γ) αποπροσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο και (δ) ασύνδετες κατακερματισμένες εικόνες.

α. Συγχυτικές καταστάσεις ή και παραισθήσεις

Όταν ξύπνησαν ανέφεραν μια σειρά από ασυνήθιστες και πρωτόγνωρες συγχυτικές καταστάσεις και αισθήσεις.

«Ναι, είχα κάποιες παραισθήσεις, βέβαια ήτανε κάποιες φορές που επικοινωνούσα απόλυτα με το περιβάλλον, με τις νοσηλεύτριες με τους γιατρούς, άκουγα τους επισκέπτες που ερχόταν, και άλλες φορές είχα, είχα παραισθήσεις.. ότι δίπλα μου είναι άνθρωποι που μιλούσαν κάποιες φορές. Και προσπαθούσα, ας πούμε, να μιλήσω, αλλά... αυτά δεν ξέρω θεωρώ ότι ήταν παραισθήσεις.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Προσπαθούσανε να με επαναφέρουνε, αλλά δεν θυμάμαι τώρα ακριβώς για πιο λόγο, τι και πως, ...όσο μειώνανε την αγωγή, δεν ξέρω τι, σαν να ανακτούσα εγώ τις αισθήσεις μου, αλλά δεν ήταν αισθήσεις, ήταν παραισθήσεις. Δηλαδή μπορεί να έβλεπα, ας πούμε, ολόκληρα σενάρια.» (Σ₂, ca εντέρου)

Άλλοι πάλι περιέγραψαν παραισθήσεις σχετιζόμενες με σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές εμπειρίες

«Όταν ξύπναγα, έπαιρνα κάτι μου βάζουνε στο δάχτυλο, κάτι που μετράει, το οξύμετρο, και το έβαζα στο στόμα να καπνίσω τσιγάρο. Νόμιζα ότι ήταν τσιγάρο. Νόμιζα ότι ήταν ο πατέρας μου και του έλεγα, έλα να κάνουμε ένα τσιγάρο και να φύγουμε. Δεν είχα επίγνωση της κατάστασης.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Κάποιοι ένιωθε «φυλακισμένος» και τάση φυγής.

«Μεσ τη μονάδα, είχε έρθει να με δει η θεία μου, και της λέω περίμενε, περίμενε θεία φτιάχνω το ίνδαλμα ποδιού μου. Έβλεπα εγώ τώρα, μια συσκευή και εκεί μέσα φτιάχνανε ένα τεχνητό πόδι και ότι περίμενα να φτιαχτεί το πόδι μου να το πάρουμε και να φύγουμε... Ένοιωθα φυλακισμένος. Αυτό, ζούσα εγώ εκείνη τη στιγμή και προσπαθούσα να σηκωθώ να φύγω.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

Άλλος πάλι βίωνε παραισθήσεις που παρέπεμπαν σε σκηνές με έντονη δράση και απειλής της ζωής του.

«...έβλεπα διάφορες σκηνές, σαν από αστυνομικές ταινίες. Δηλαδή για παράδειγμα, οι μαφίες των Αθηνών, η Αλβανική μαφία έχει το εμπόριο των αντικαρκινικών φαρμάκων και είχαν ανέβει τα κόστη και δεν μπορούσα να πάρω τη θεραπεία μου. Έπρεπε να τους πληρώνω πολλά λεφτά, ήταν τρελά πράγματα...Αλλά νομίζω ότι ήταν απόρροια των φαρμάκων.» (Σ₂, ca εντέρου)

Χωροταξικές παραισθήσεις: Κάποιοι περιέγραψαν παραισθήσεις που αφορούσαν μια αίσθηση αποσύνδεσης και σε κάποιες περιπτώσεις αδυναμία αναγνώρισης του χώρου της ΜΕΘ. Μερικοί αναφέρθηκαν στην αίσθηση ότι βρισκότουσαν «σε άλλη χώρα» ή «σε άλλο χώρο».

«Εκεί που ήμουνα, κάτι σαν να έβραζε όλο αυτό, σαν αυτό, να μη συνέβαινε στην πραγματική ζωή, σαν να βρισκόταν σε ένα «άλλο χώρο». Ότι ήταν «κάπου αλλού.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«...Λέω τώρα τι είμαι, «αλλού» είμαι εγώ;...Σαν matrix σαν να ήμουν μες το matrix... Οι συνήθειες είχαν αλλάξει και εγώ ήμουνα πίσω, ζούσα σε ένα παρελθόν και έβλεπα ένα νέο κόσμο, μπροστά μου...Αυτά που σου λέω ήταν ζωντανά μου άρεσαν.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

«... λέω στης φίλη μου, εδώ δεν είναι νοσοκομείο, είναι σαντουιτσάδικο... Αλλά ενώ ήξερα ότι ήτανε νοσοκομείο, δεν ήτανε το νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι, αλλά κάποιο νοσοκομείο στο κέντρο της Αθήνας και είχε μια καντίνα που πούλαγε σάντουιτς. Αυτό έβλεπα.» (Σ₂, ca εντέρου)

Στην περιγραφή ενός βιώματος αποσύνδεσης εμπλεκόντουσαν διάλογοι και εικόνες με στοιχεία φανταστικά από μία «άλλη παράλληλη πραγματικότητα».

«Δεκαπέντε μέρες στην εντατική, εκεί οι δεκατρείς ήταν εκτός πραγματικότητας και ζούσα μία παράλληλη πραγματικότητα. Δηλαδή, δεν καταλάβαινα ότι είμαι στην εντατική. Δεν θα 'λεγα ότι ήταν μεταθανάτια εμπειρία, γιατί δεν ήτανε... Δεν ξέρω πάντως ήξερα ότι ζω παράλληλες στιγμές, που είχαν σχέση και με τη πραγματικότητα σαν διάλογοι, αλλά σαν εικόνες δεν είχαν καμία σχέση με τη πραγματικότητα ...και να βλέπω το γιατρό, να μπαίνει εδώ, μέσα από την άλλη ζωή...Στην Εντατική μου λέει είσαι και προσπαθούσα λίγο να δω, το χώρο της εντατικής, αλλά δεν την έβλεπα με τίποτα, δηλαδή έβλεπα ότι ήμουν στο σπίτι μου.» (Σ₂, ca εντέρου)

Οπτικές παραισθήσεις: Άλλοι πάλι περιέγραψαν οπτικές παραισθήσεις που κάποιες από αυτές ήταν ευχάριστες και επιθυμούσαν να τις ξαναδούν. Από την αφήγησή τους φαινόταν ότι παρέμειναν έντονα στη μνήμη τους αν και είχε περάσει αρκετό χρονικό διάστημα από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

«Τι να σας πω, Εγώ έβλεπα πράγματα αλλοπρόσαλλα. Εγώ σαν παραίσθηση το έβλεπα...Θέατρο τα έβλεπα. Ναι, θέλω, να τα ξαναδώ. Ναι, μου αρέσανε, ρε παιδί μου... Εγώ δεν καταλάβαινα τι μου λέγατε, αλλά με κάποιες κινήσεις που κάνατε και σηκώνατε το χέρι σας, εγώ έβλεπα κάτι ωραία φίδια..και ήταν 5 φίδια...Έφυγαν τέσσερα ασημένια, δεν μπορείς να φανταστεί, τι ωραία που ήτανε. Και ένα μαύρο. Δηλαδή και φιλιόντουσαν κιόλας, δηλαδή πώς να στο πω, ναι, ζωντανές εικόνες, όμορφες ναι.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

«Ναι, είχα κάποιες παραισθήσεις, ναι. Άλλες φορές ένιωθα ότι δίπλα μου στο κρεβάτι ερχόταν και κοιμόταν ένα ζωνφιάκι μικρό, έτσι σαν ζώφιο το αισθανόμουνα εγώ. Και δήτην το κοίταζα αλλά δεν το έβλεπα ποτέ.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

Ακουστικές παραισθήσεις: Κάποιοι περιέγραψαν ακουστικές παραισθήσεις που εκ των υστέρων προσπαθούν να εξηγήσουν.

«Ξύπναγα πολλές φορές, βέβαια με είχαν σε καταστολή συνέχεια, να κοιμάμαι και θυμάμαι πάρα πολύ έντονα τους ήχους του καρδιογράφου, συγκεκριμένα θυμάμαι κάτι τρόμπες που είχανε για τον αέρα και τις άκουγα σαν ροχαλητό στα αυτιά μου που κάνανε χρ!!, χρ!!. Αυτό μου έδινε την αίσθηση, αστείο μεν, αλλά φανταζόμουνα έναν παχύσαρκο άνθρωπο όπως σαν να αναπνέει δίπλα μου, και έλεγα κάποιος είναι εδώ δίπλα μου, που είναι παχύσαρκος και ανασαίνει την ώρα που κοιμάται.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

β. Τα όνειρα

Αναφορικά με τα όνειρα που αφηγήθηκαν φαινόταν ότι ήταν πολύ σημαντικά και δημιούργησαν έντονα συναισθήματα. Επίσης παρατηρήθηκε ότι μερικοί συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να κάνουν σαφή διαχωρισμό ανάμεσα στα όνειρα και στις παραισθήσεις τους παρά μόνο σε κάποιες περιπτώσεις.

«Έβλεπα διάφορα όνειρα. Ναι, έβλεπα διάφορα όνειρα πάρα πολύ έντονα. Ναι, με συντάραζαν.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Κάποιοι αφηγήθηκαν όνειρα σχετιζόμενα με μια αίσθηση έντονων σωματικών εμπειριών, όπως εκείνα της αφόρητης δίψας και του πόνου.

«... ήμουνα συνέχεια σε ένα θάλαμο, που έξω στη τζαμαρία, υπήρχε πάρα πολύ χλόη, έβρεχε συνέχεια... Δεξιά είχε μία βρύση και αριστερά άλλη μία. Ήταν τετράγωνη από μαντέμι και ανοξείδωτη, αλλά τέτοια βρύση δεν έχω ξαναδεί. Και ήθελα να πίνω νερό από κει συνέχεια. Ήταν πολύ γευστικό, πολύ ωραίο δεν χόρταινα να πίνω νερό...» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

«Την οικογένειά μου έψαχνα να βρω, το μόνο που θυμάμαι είναι ότι ήμουνα σε μία παραλία μ' ένα παλιό καράβι, και η άγκυρα καρφωμένη μέσα μου με μια μεγάλη αλυσίδα που δεν μπορούσα να φύγω. Ήθελα να φύγω, να φύγω, αλλά δεν μπορούσα να φύγω. Πόναγα πάρα πολύ.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Επίσης κάποιοι περιέγραψαν όνειρα με τη παρουσία Αγίων ή ιερέων που μετέφεραν οδηγίες/μηνύματα για τη θεραπεία τους ή εντολές ανεξήγητες που δημιουργούσαν ερωτηματικά. Η ερμηνεία που έδωσαν εκ των υστέρων είναι ότι κάποια από αυτά ενίσχυσαν και επιβεβαίωσαν την «παρουσία» του Θεού, γεγονός που τους ενέπνευσε αισθήματα σιγουριάς, ασφάλειας και προστασίας αλλά και την βεβαιότητα της αίσιας έκβασης της κατάστασης της υγείας τους.

«...Και κάνω έτσι, και βλέπω τον γέροντα Παϊσιο στα διακόσια μέτρα σε λοφάκι επάνω... Τρέχω για να τον προλάβω για να πάρω την ευλογία του. Μου εξαφανίζεται, και σε κλάσματα δευτερόλεπτου αυτός βρέθηκε σε άλλο σημείο, πολύ μακρύτερα. Στο διάστημα αυτό, ακούω ένα εκκωφαντικό θόρυβο. Προχωρώντας εγώ βρίσκω σε κάποιο σημείο, πως είναι το σχήμα, το εξωτερικό του ωρολογίου της ΔΕΗ, έτσι ακριβώς. Αλλά σε πολύ μεγάλο μέγεθος, σαν να το πάτησε και να το 'σπασε. Και μου λέει, " κύριε, δεν είσαι εσύ ακόμα δω". Τον βλέπω πολύ πιο μακριά, τρέχω για να τον προλάβω, μου ρίχνει ένα αυστηρό βλέμμα και εξαφανίζεται. Και λέω, " μήπως ήταν ο τάφος μου αυτό που έσπασε; Λέω γω.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

«Ένας παππούλης μπήκε μέσα (ΜΕΘ). Γενικά δεν πιστεύω πολύ...Και όμως είδα έναν παππούλη, ο οποίος ήρθε και άνοιξε μια κασετίνα, ένα δερμάτινο που είχε. ...εικονίτσες που είναι σαν βιβλιαράκι. Έβγαλε και μου έδωσε αυτό.... Είχα το συναίσθημα ότι αυτό θα με προσέχει... αυτό μου προσέφερε εκείνη τη στιγμή σιγουριά, γαλήνη, ξέρω γω, και τύχη.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

«...κάποια στιγμή, εκεί που καθόμουνα στο κρεβάτι, είδα κάποιον, ένα μαύρο πράγμα, το οποίο έβλεπα μόνο τα μάτια του και έπιασε το κάγκελο στο κρεβάτι. Και

λέει *''μην στεναχωριέσαι εγώ θα σε κάνω καλά, κουράγιο''* και ξαφνικά χάθηκε από μπροστά μου....τα μάτια μου τα είχα ανοιχτά. Αυτό έγινε σε διάστημα 2-3 λεπτά... Το είπα το πρωί στη γυναίκα μου...Και μου είπε ότι ίσως ήτανε κάτι καλό. Και όντως έδωσε ο Θεός και έγινα καλά.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Κάποιοι άλλοι περιέγραψαν όνειρα που δημιούργησαν την αίσθηση της απειλής ή της πορείας προς τον επικείμενο θάνατο. Η παρουσία πεθαμένων αγαπημένων όπως η μητέρα και η αδελφή, ενίσχυσε την αίσθηση αυτή.

«Ήμουνα δηλαδή, σε ένα μαύρο αυτοκίνητο και δίπλα μου η αδελφή μου, η οποία έχει πεθάνει. Γυμνός εντελώς το μόνο που φορούσα ήταν ένα μαύρο σακάκι, τίποτα άλλο...Για να βλέπω τη νεκρή αδελφή μου την οποία δεν την έχω δει ποτέ, ούτε σε όνειρο, ούτε τίποτα, νόμιζα ότι σήμαινε δηλαδή ότι πήγαινα προς τον θάνατο.» (Σ₂, ca εντέρου)

«Βλέπω τη μάνα μου, τη σκιά της όμως. Η μάνα μου είναι πεθαμένη έξι χρόνια Και της λέω, ''μάνα που βρίσκομαι;'', ''Να φύγεις από δω, να φύγεις''. Μου λέει, ''δεν έχεις καμιά δουλειά εδώ, να πας στον άντρα σου και στα παιδιά σου''. Της λέω, ''δεν μπορώ να πάω''. ''Μπορείς να φύγεις'' και χάθηκε. Ναι, με συγκλόνησε που είδα τη μάνα μου.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Κάποιοι άλλοι επίσης περιέγραψαν ευχάριστα όνειρα με δράση, που ταξίδευαν και υπερίπταντο το σώμα τους, τα οποία αφήναν συναισθήματα ηρεμίας και γαλήνης. Σε κάποιες περιπτώσεις αν και δεν μπορούσαν να τα θυμηθούν, υπέθεταν ότι είναι πολύ όμορφα όνειρα γιατί όταν ξυπνούσαν τους αφήναν μια ωραία αίσθηση.

«Τώρα έβλεπα από χωράφια, χόματα, βουνά ...τέτοια πράγματα... να πετάω και να βλέπω τοπία από πάνω με το σώμα μου κανονικά, είχα ένα συναίσθημα ηρεμίας, γαλήνης, έτσι, αυτό μου άρεσε. Ήταν από τα λίγα συναισθήματα, που θυμάμαι έτσι έντονα, που μου δίνανε ευχαρίστηση.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Η αναζήτηση της ερμηνείας των ονείρων από γέροντες του Άγιου Όρους, ώστε να εξηγήσουν τα μεταφυσικά νοήματα σηματοδότησε την σημαντικότητά τους.

«Έχουμε ανθρώπους στο Άγιον Όρος. Και πήραμε, να μας πει ένας γέροντας την άποψή του, την γνώμη του... Μου 'χε στείλει το 'να μήνυμα ο Κύριος, τότε με τον καρκίνο. ''Σου στέλνω κι' άλλο'' μου λέει....» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

Σε κάποια άλλη περίπτωση αποδόθηκε σε ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διαδικασία της αφύπνισής τους.

«Αυτό πιστεύω πραγματικά. Έτσι, Απλά έζησα κάποια όνειρα.... Δεν είδα ότι πήγα στο Θεό, συνάντησα το Χάρο, να με περάσει στην απέναντι λίμνη, ή ότι βγήκα από το σώμα μου, όλα αυτά που ακούγονται...Απλά είδα κάποια όνειρα, τα οποία με επηρέασαν. Προσπαθούσαν μάλλον να με ζυπνήσουνε, εξωτερικοί παράγοντες, οι ανθρώποι που ήταν δίπλα μου, που μου μιλούσανε, ήτανε η νοσοκόμα, ο δικός μου άνθρωπος, ήτανε ο γιατρός.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

γ. Αποπροσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο

Κάποιοι ανέφεραν ότι όταν ξύπναγαν είχαν σύγχυση και αδυναμία προσανατολισμού στο χώρο.

«..τόρα στη ΜΕΘ ήμουνα, κάπου αλλού ήμουνα, Δεν μπορώ να σας πω. Δεν μπορώ να το προσδιορίζω, μπορεί να ήταν στη ΜΑΦ, μπορεί, τελευταίες ημέρες στη ΜΕΘ, κάπου εκεί.» (Σ18, πολυτραυματίας)

«..και οι νοσοκόμες μου λέγανε ότι βρίσκεστε στη μονάδα, σε μια μονάδα της εντατικής αλλά δεν μπορούσα να το συνειδητοποιήσω.» (Σ1, ΧΑΠ/πνευμονία)

Επίσης κάποιοι άλλοι είχαν διαταραχή στην επαφή με το χρόνο, αδυναμία προσανατολισμού και αυτοπροσδιορισμού μέσα σε αυτόν.

«Το μόνο, που θυμάμαι είναι ότι δεν είχα αίσθηση του χρόνου ακόμα κι όταν ξύπνησα, μέχρι και που έφυγα από την εντατική. Αν είναι πρωί, βράδυ, νύχτα, μεσημέρι, τίποτα απολύτως σαν να έβλεπα ένα σκοτάδι. Δεν μπορούσα να καταλάβω πόσο έχει ο μήνας, τίποτα, τίποτα. Και να μου λέγανε ότι είναι μεσημέρι, δε μου 'λεγε τίποτα απολύτως, ο χρόνος.» (Σ1, ΧΑΠ/πνευμονία)

«...Είχα αυτή την απομόνωση, αυτή την αίσθηση απώλειας χρόνου, διότι δεν έχει ένα ρολόι, ένα παράθυρο. Δεν ξέρεις εάν είναι βράδυ, αν είναι πρωί. Δηλαδή λειτουργείς σαν να είσαι εκτός.» (Σ12, εμφραγματίας)

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες με ολικό κενό όταν ξύπνησαν ο χρόνος έγινε αντιληπτός ως χωρίς διαστάσεις αποσυνδεδεμένος από τον πραγματικό χρόνο και εξέφρασαν την ανάγκη να τοποθετηθούν σε αυτόν, ζητώντας πληροφορίες από τους οικείους τους.

«Απλά λέω πόσο μικρός και πόσο μεγάλος είναι ο χρόνος...αυτό που λέμε εμείς χρόνος είναι συμβατικό πράγμα. Τίποτα. Κοίταξε ένα λεπτό ήτανε. Αν ήταν 2 χρόνια και ξύπναγα τώρα, το ίδιο πράγμα θα ήτανε. Και εγώ όταν ξύπνησα ρώτησα τι είναι, Είναι τέλος Γενάρη;...» (Σ18, πολυτραυματίας).

Για κάποιους από τους συμμετέχοντες η γνώση του χρόνου ήταν σημαντική, καθώς τους έδωσε μια αίσθηση προσανατολισμού μέσα σε αυτόν.

«Δεν είναι μόνο η συνήθεια σε έναν άνθρωπο, είναι πολύ σοβαρό ένας άνθρωπος να ξέρει εάν είναι η ώρα 10 το πρωί, εάν είναι η ώρα 10 το βράδυ...» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

«...δεν θα το ξεχάσω αυτό, ότι δεν ήξερα αν είναι μέρα ή νύχτα. Ήθελα πολύ να το ξέρω αυτό, αυτό το σκέφτομαι πολύ συχνά ακόμα και τώρα...» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

δ. Ασύνδετες κατακερματισμένες εικόνες

Άλλοι περιγράφουν ότι βίωσαν ασύνδετες κατακερματισμένες εικόνες από εμπειρίες που αδυνατούσαν να συνθέσουν την χρονική αλληλουχία τους.

«Και ως εικόνα, θυμάμαι επίσης μια εικόνα, πολλή αμυδρή, πρέπει να ήταν, όταν έφευγα από τον Ευαγγελισμό λίγο πριν να διασωληνωθώ, πριν με μεταφέρουν. Κάποια πρόσωπα, ας πούμε, έτσι σαν σε καρποστάλ, τα οποία μου λέγανε: 'αυτά ήρθαν στον Ευαγγελισμό την τελευταία μέρα πριν μετακινηθείς.'» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Γίνονται πολύ αστραπιαία τα πράγματαΜέχρι που μπήκα για επέμβαση στην εντατική κάπου μπήκα, δεν θυμάμαι, έχω εικόνες διακεκομμένες οι οποίες αν τις συνδέσω δεν μπορώ να τις φτιάξω ομοιόμορφα σαν ταινία, να το πούμε έτσι, γιατί είναι εντελώς διαφορετικές μεταξύ τους. Είναι η μια εδώ, η μια να είναι για παράδειγμα στο νοσοκομείο, η άλλη στο άλλο νοσοκομείο αλλά δεν κολλάνε μεταξύ τους, ήταν ασύνδετες, αυτό ακριβώς.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

7.2.1.1.3 «Σε συνείδηση»

Στη κατάσταση συνειδητότητας οι συμμετέχοντες είχαν οργανωμένη σκέψη και αντίληψη, ήταν σε επαφή με το περιβάλλον ενώ διατηρούσαν αναμνήσεις από πραγματικά πλέον γεγονότα που βίωναν κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Ήταν σε θέση να τα θυμούνται με ακρίβεια και να ανακαλούν στοιχεία από τις αναμνήσεις τους σχετικά με το περιβάλλον της ΜΕΘ.

«Την εντατική την κατάλαβα τις δύο τελευταίες μέρες όταν είχα, συνήρθη λιγάκι, και κατάλαβα ότι βρίσκομαι στην Εντατική» (Σ₂ ca εντέρου).

«...μετά την εγχείρηση, ήμουν περίπου τρεις μέρες, δεν θυμάμαι πόσο, με είχανε, σε καταστολή. Μετά, ναι, ήμουν ζύπνιος κανονικά, είχα επικοινωνία.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

α. Ο περιβάλλοντας χώρος της ΜΕΘ

Μετά την αφύπνιση παρατηρούσαν τον περιβάλλοντα χώρο της ΜΕΘ και ό,τι διαδραματιζόταν εκεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

«Μετά εγώ επανέκτησα τις αισθήσεις μου. Δηλαδή ένοιωθα και αντιλαμβανόμουν τα πάντα. Έβλεπα το βράδυ, που φαντάζομαι ήταν βράδυ, που ερχότανε για να κάνουν ακτινογραφίες στους ασθενείς που ήταν σε καταστολή και κάποιες φορές και σε μένα. Που 'ρχόντουσαν και φεύγαν οι νοσοκόμοι, τους συναδέλφους που ερχόταν να με δουν, που μιλούσαμε, τους δικούς μου επισκέπτες, που ερχόταν τις ώρες του επισκεπτηρίου, κανονικά που μου δίνανε να φάω...» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«..Τους νοσηλευτές, τις νοσηλεύτριες, δηλαδή ήθελα να μαθαίνω, κάτι παραπάνω, από αυτό που κάνουμε. Και ήθελα να επεξεργαστώ και να μπω, και να γίνω ένα, με αυτό που κάνουνε, μου άρεσε. Το έβλεπα ότι ξεχνιέμαι, ίσως, ναι. Τι να κάνει ένας άνθρωπος όταν δεν μπορεί να κάνει τίποτα άλλο από το να παρατηρεί;.. «Ενδιαφέρον» σε μεγάλα εισαγωγικά.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«...έμεινα ολοκληρωτικά 5 εβδομάδες, και είδα πάρα, πάρα πολλά πράγματα. ...τους υπόλοιπους ασθενείς, τις αντιδράσεις των δικών τους, είτε χαράς είτε λύπης.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Σύμφωνα με τις περιγραφές των συμμετεχόντων η έκθεση στα ερεθίσματα από το περιβάλλον της ΜΕΘ, ο συνεχής φωτισμός και ο τεχνολογικός εξοπλισμός είχαν βιωθεί ως ιδιαίτερα ενοχλητικά από αυτούς.

«Το μόνο που με κούρασε λίγο είναι το φως...με κούραζε στα μάτια, γιατί ήμουν έτσι ακίνητος συνέχεια, και δεν μπορούσα να γυρίσω καλά... τα μηχανήματα, δίπλα, τα καλώδια τα έβλεπα αυτά... τα παραπέτια...Καλώδια από εδώ, καλώδια από εκεί, οροί το ένα το άλλο, εντάζει αυτά, δεν τα μπορούσα για να είμαι ειλικρινής με έπιανε απελπισία. Να μην το βλέπω, αρκεί να μην το βλέπω.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Επίσης από την έκθεση στους θορύβους του τεχνολογικού εξοπλισμού της ΜΕΘ και από τις συνομιλίες των εργαζομένων στο χώρο, βίωναν μία κατάσταση έντονης διέγερσης που τους προκαλούσε αϋπνία.

«Επειδή με είχανε, με άλλα άτομα μαζί, και επειδή, εγώ άκουγα, και όλοι οι άλλοι δεν άκουγαν ήταν σε φάση κόμα, σε φάση πεθαίνουνε. Άλλος, έπρεπε να του κάνουμε την πολλαπλή εγχείρηση καρκίνου, και το άκουγα και δεν μπορούσα, γιατί εγώ που τα άκουγα όλα αυτά, και δεν μπορούσα να κοιμηθώ... Και οι νοσοκόμες στην εντατική, προφανώς και για να μην τρελαθούν οι άνθρωποι, φωνάζουνε και χαχα!»

γελάνε και μεταξύ τους για να μπορούν να αντέχουν. Είχε πολύ θόρυβο. Εγώ τα άκουγα, ναι. Εγώ τα άκουγα όλα αυτά γιατί δεν πέθαινα.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

β. Δυσφορικές σωματικές αισθήσεις

Πόνος: Κάποιες από τις αφηγήσεις αναδεικνύουν ένα κλίμα γεμάτο από έντονες σωματικές αισθήσεις, αφόρητου πόνου και ακραίας δίψας. Την δυσφορία από την έλλειψη άνεσης και από την σύνδεση του σώματός τους από τους σωλήνες παροχέτευσης, σίτισης ή των αγγειακών γραμμών καθώς και από τις διάφορες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα συναισθήματα δυσφορίας υποχωρούσαν και με την προοδευτική αφαίρεση των σωλήνων από το σώμα τους.

«Το μόνο που βασανίστηκα ήταν επειδή μου είχαν βάλει ένα σωληνάκι λάθος κάτω, και σφάχτηκα στον πόνο όλη τη νύχτα, γιατί κάτι δεν είχε μπει καλά. Τους παρακαλούσα να μου το βγάλουνε και δεν ήταν κάποιος εκεί που να ήξερε, και πόναγα φριχτά, πάρα πολύ από αυτό... δηλαδή από την εντατική, αυτό το πράγμα θυμάμαι. Ήρθε το πρωί η γιατρός και μου το έβγαλε αυτό το σωληνάκι...και μου πέρασε, εντάξει.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

«Εγώ όσο ήμουνα ναρκωμένη, το μόνο που ένοιωθα ήταν ένας πολύ μεγάλος πόνος στο στήθος. Δεν σας λέω για τους πόνους και ο πόνος, που δεν σταματούσε. Μου είπαν ότι είχα πάρα πολλές σωλήνες. Εγώ όμως, ξέρω ότι όλα αυτά εδώ μέσα, με πονούσανε μες στο σώμα μου.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Δίψα: Κάποιοι άλλοι βίωσαν επίσης πολύ έντονα το αίσθημα της δίψας που τους προκάλεσε δυσφορία.

«Εντάξει το πιο βασανιστικό ήταν το πρώτο εικοσιτετράωρο που δεν μου δίνανε νερό, ενώ από την νάρκωση και αυτά διψούσα υπερβολικά,...δεν έπρεπε να μου δίνουν νερό και μου βρέχανε τα χείλη, με το καλαμάκι έτσι μια γουλιά. Το πρώτο εικοσιτετράωρο ήταν υπερβολικά βασανιστικό.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

«Το πρώτο πράγμα που θυμάμαι, ήταν τη δεύτερη ημέρα μέχρι το βράδυ, διψούσα τρομερά. Εκεί κατάλαβα τη σημαίνει δίψα....Δεν θυμάμαι ποτέ στη ζωή μου εγώ να έχω διψάσει τόσο ποτέ.» (Σ₂, ca εντέρου)

Ακινησία: Η επιβεβλημένη ακινησία επίσης από πολλούς βιώνονταν με έντονα δυσφορικά συναισθήματα.

«...Δεν πόναγα, δεν πόναγα πουθενά στη τομή, τίποτα. Μόνο που δεν μπορούσα να γυρίσω από εδώ και από εκεί και ήμουνα δύο μέρες ακίνητη. Μου έλεγαν οι γιατροί

''πονάς;'', Λέω ''πονάω από την ακινησία, υποφέρω. Τίποτα άλλο''.» (Σ15, καρδιοχειρουργημένη)

Σωματική αδυναμία: Κάποιοι άλλοι από τους συμμετέχοντες (πολυτραυματίες/αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) όταν ξύπνησαν αντιλήφθηκαν ότι είχαν προβλήματα κινητικότητας ή ανημποριάς από την ίδια την νόσο, καθώς αλλαγές στην εικόνα του σώματός τους η οποία παραπέμπει σε ένα «σώμα βαρίδιο.»

«Εκείνο πάλι εκείνο που δεν θα το ξεχάσω, είναι η αναπηρία που είχα μετά. όταν ξύπνησα, μέσα στη μονάδα... Το χέρι μου, δεν μπορούσα να το σηκώσω, ενώ είχα δύναμη. Τα άνοιγα τα έκλινα τα πόδια μου, δεν μπορούσα όμως να τα σηκώσω. Δεν μπορούσα να πιάσω αυτό το πραγματάκι, να το σηκώσω. Δεν είχα αφή, ναι, δεν είχα αφή, δεν είχα δύναμη. Ήταν μια, κάτι σαν παράλυση.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

«Υπήρχαν μικροτραυματισμοί σε όλο το σώμα. Ήμουν πρησμένη, ήμουν χαλία. Αλλά το χτύπημα το βασικό, ήταν στο κεφάλι. Το κεφάλι πολλές φορές αργεί να ξυπνήσει, δεν λειτουργούσε. Του έδινα τις εντολές που έπρεπε και δεν μπορούσε να τις κάνει. Δεν μπορούσα να περπατήσω. Σηκωνόμουν και έπεφτα κάτω σαν βαρίδιο. Το έβλεπα. Δεν υπάκουε το σώμα μου, δεν με υπάκουε, δεν μπορούσα καθόλου να περπατήσω.» (Σ21, πολυτραυματίας)

γ. Συναισθηματικές αντιδράσεις

Αίσθημα ασφάλειας: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε ένα αίσθημα ασφάλειας που τους παρείχε ο χώρος και το προσωπικό καθώς αισθανόντουσαν ότι ήταν «σε καλά χέρια» χάρη στην αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας και τους οικείους τους, αλλά και λόγω του περιβάλλοντος της ΜΕΘ.

«Και οι κοπέλες συνεργάσιμες και ιδιαίτερα τις δυο πρώτες μέρες που με ξυπνάγανε ανά δυο ώρες εκεί, για αίμα, για πίεση, τι παίρνανε, ούτε που θυμάμαι, αλλά γενικά είχα την αίσθηση ότι ήμουν σε καλά χέρια. Ασφάλεια, ασφάλεια.» (Σ11, εμφραγματίας)

«Όσο ήμουν στην εντατική η εντατική λειτούργησε για εμένα υπέροχα, θαυμάσια, αριστουργηματικά...Εξαιρετη η εντατική... Μου άρεσε το κλίμα, που επικρατούσε μέσα.» (Σ19, πολυτραυματίας)

Αίσθημα εξάρτησης και υποταγής: Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των περισσότερων κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ βίωσαν μια σειρά από έντονα δυσφορικά

συναισθήματα, όπως ανασφάλεια που συνδέονταν με την παντελή απώλεια ελέγχου του εαυτού και αυτοφροντίδας με αποτέλεσμα υψηλό βαθμό εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας.

«...Αυτή η απομόνωση, αυτά όλα σε κάνουνε ευάλωτο ψυχικά και στέκεσαι και κρέμεσαι, από τα χέρια του εκάστοτε εκεί μέσα. Εγώ εκείνες τις περίπου 2, 5 μέρες πες, ως που να φύγω, εάν μου έδινε ξέρω 'γω κώνειο εκεί ο οποιοσδήποτε και μου έλεγε πάρτο, θα σου κάνει καλό, θα το έπαιρνα. Δηλαδή αισθάνεσαι πλέον ότι, σε ελέγχει ο άλλος, σου ελέγχει το μυαλό. Νιώθεις ευάλωτος και εξαρτημένος, εκτεθειμένος σε πολλούς κινδύνους. Ίσως ας πούμε, και στην ψυχολογία του άλλου που είσαι στα χέρια του, ωραία, Ναι, αυτό.» (Σ12, εμφραγματίας)

«Αισθανόμουν, ευθύνη ναι, ότι τα έκανα μαντάρα ...Και ότι δεν έχω περιθώριο άλλο, από το να γίνω καλά... Θα κάνω αυτό που μου λένε, θα σωπάσω, δεν θα βγάλω κιχ, δεν θα παραπονεθώ για τίποτα δεν θα πω τίποτα.» (Σ19, πολυτραυματίας)

Ντροπή: Αρκετά αρνητικά συναισθήματα προκαλούσε επίσης και η έκθεση του γυμνού σώματός τους.

«Είμαι ευάλωτος, δεν μπορώ να κάνω τίποτα. Η άλλη ανοίγει το σεντόνι και βλέπει, το σώμα μου. Δεν χωρίζει τίποτα πλέον, είναι όλα γυμνά...Ναι, με έκανε να έχω ένα παρατηρητήριο απέναντί μου, όπου σαν να λέμε περνάει η ζωή από μπροστά σου και όλη αυτή τη ζωή τώρα τη βλέπουνε. Έχει πέσει το χώρισμα και βλέπουνε και άλλα πράγματα...Δεν μπορώ εγώ να πάω να κρυφτώ πουθενά.» (Σ19, πολυτραυματίας)

Αίσθημα εγκλωβισμού και μοναξιάς: Κάποιοι βίωσαν συναισθήματα εγκλωβισμού και μοναξιάς λόγω του κλειστού χώρου της ΜΕΘ και του περιορισμένου χρόνου παρουσίας των οικείων.

«Ίσως να παρακαλούσα το γιατρό ...αλλά δεν ένιωσα μέσα και έτσι τόσο ευχάριστα με την κλεισούρα αυτή. Γιατί δεν είχα άνθρωπο εκτός από τους γιατρούς που μιλάνε και οι κοπέλες, δεν έχεις μια παρέα να μιλήσεις με κάποιον ...με είχανε απομονωμένο στο δωμάτιο... Το μόνο που άκουγα που ερχόταν και γράφανε στο χαρτί ξέρω εγώ... Τις φάτσες μόνο έβλεπα, τίποτα άλλο. Είχα γίνει ανήσυχος πολύ...σαν να με έχουν φυλακισμένο...Εκεί όποιος μπει νιώθει σαν να τον έχουν κλείσει σε ένα κλουβί.» (Σ16, ca εντέρου)

«...σαν να είσαι εκτός, σαν να είσαι σε μια απομόνωση, σε μια φυλακή μπορώ να πω... με ενοχλούσε, το ότι είχα χάσει την επαφή μου με τους δικούς μου ανθρώπους,

διότι και το επισκεπτήριο ως γνωστόν, είναι εντελώς περιορισμένο, εε! πράγμα το οποίο για εμένα, δεν κάνει καλό σε έναν ασθενή» (Σ12, εμφραγματίας)

Τάση φυγής: Είχαν τάση φυγής από τον χώρο της ΜΕΘ προκειμένου να απομακρυνθούν από τις πιεστικές συνθήκες που αντιμετώπιζαν.

«...Και δεν περνάγανε οι μέρες. Ναι, η υπομονή μου, είχε τελειώσει. Δηλαδή για άλλη μέρα δεν θα άντεχα... Και με πήρε η γυναίκα μου και φύγαμε.» (Σ16, ca εντέρου)
«...24 ώρες ήμουν στη ΜΕΘ, του είπα του γιατρού αν με κρατήσεις και άλλη μια ημέρα, θα πάθω και δεύτερο εμφραγμα εδώ μέσα.» (Σ12, εμφραγματίας)

Φρίκη: Είχαν εκνευρισμό και βίωσαν φρίκη και σοκ από την έκθεση στις ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις στους άλλους ασθενείς που βρίσκοταν μέσα στο χώρο της ΜΕΘ.

«Μες τη μονάδα γιατί στην εντατική τα κάνουνε δίπλα σου... εκείνη την ώρα. επανειλημμένα!! Γιατί ο άλλος πεθαίνει, δεν μπορεί, που να τον πάει; Αλλού; ...Μεγάλος εκνευρισμός, μεγάλος εκνευρισμός τους το είπα... Κυρίως ότι, ήταν πάρα πολύ ενοχλητικό ότι δίπλα μου, είχαν αφήσει έναν άνθρωπο με καρκίνο, πρέπει να είχε παντού μέσα του, αργοπέθαινε, άκουγα ότι δεν είχε συγγενείς... Ήταν μια κατάσταση που δεν ήθελα, και του κάνανε επέμβαση ακριβώς δίπλα μου. Εντάξει είχαν βάλει παραβάν, αλλά πραγματικά, ήταν τόσο ενοχλητικό. Έλεγα γιατί το βιώνω, Δεν ξέρουν ότι αισθάνομαι, ότι ακούω; Γιατί με έχουν δίπλα; ...Συγγνώμη, αλλά το θεωρούσα εξοργιστικό αυτό το πράγμα....Δεν το άντεχα.» (Σ20, πολυτραυματίας)

Φόβος θανάτου: Η αντίληψη του επικείμενου θανάτου και του θρήνου των άλλων ασθενών προκάλεσε φόβο, που για άλλους ήταν κατακλυσμικός, ενώ άλλοι πάλι ένιωθαν μεγάλη αμηχανία κι' είχαν την τάση να παίρνουν συναισθηματικά απόσταση από τον πόνο των άλλων.

«Στη διάρκεια της εκεί νοσηλείας μου, έγιναν δυο ανακοπές. Και αυτό, μου έδωσε μήνυμα ότι μπορεί να έρθει και η σειρά μου σε λίγο, και με επηρέασε. Αυτό σήμαινε για εμένα ότι η ζωή μπορεί να φύγει μέσα σε ένα δευτερόλεπτο αφενός, μπορεί να είναι και η δική μου σειρά. Έκανα προσευχές μέσα μου, ζητούσα συγχώρεση από το Θεό για τα λάθη μου. Και με φόβιζε, και με φόβιζε γιατί το να φύγει κανένας, ας πούμε, ξαφνικά μπορεί να γίνει, και να μην το βιώσει. Αλλά το να το βιώνεις μέσω

άλλων είναι σίγουρα μια διαδικασία. Μια διαδικασία που σε βάζει σε σκέψεις. Ότι πώς έγινε, πώς έφτασα εδώ, τι είναι η ζωή, όλα αυτά;» (Σ₁₀, καρδιοχειρουργημένος)

Μια νέα πολυτραυματίας ανέφερε ότι η έκθεση στο πόνο των άλλων ασθενών προκαλούσε εκνευρισμό και έλλειψη συμπόνιας.

«.. εγώ εκεί πέρα, ήταν πάλι δίπλα μου μια κοπέλα, νομίζω ήταν τσιγγάνα η οποία είχε κάποιο πρόβλημα με τα πόδια της, δεν ξέρω με την κυκλοφορία, η οποία φώναζε πάρα πολύ, δηλαδή ειλικρινά μου έσπαγε τα νεύρα. Δεν είχα καθόλου οίκτο, δεν με ενδιέφερε. Όλοι μας πονάγαμε, όλοι μας υποφέραμε. Αλλά αυτό το πράμα, τόσο πολύ, δηλαδή με ενοχλούσε πάρα πολύ.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

δ. Αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας

Η υποστηρικτική και με ενσυναίσθηση φροντίδα των επαγγελματιών υγείας στη ΜΕΘ στις περισσότερες περιπτώσεις ενθάρρυνε και ενδυνάμωσε με τη δημιουργία ευχάριστων αναμνήσεων εγγύτητας αν και σε κάποιες περιπτώσεις συνυπήρξαν και δυσάρεστες αναμνήσεις.

«... Γενικά, θυμάμαι και τα καλά και τα κακά. Θυμάμαι είχα ένα νοσοκόμο, πάρα πολύ συμπαθητικό, που έκανε πλάκα... Δηλαδή σε μια τόσο δύσκολη κατάσταση, με έκανε και γέλαγα. Μου μίλαγε γλυκά και αυτά. Γενικά οι νοσοκόμοι ήταν πολύ καλοί, κάποιοι ήταν πιο απότομοι, οι περισσότεροι ήταν πιο καλοί.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

«...είχα και πολύ καλή σχέση με ανθρώπους. Υπήρξε, για μένα, πολύ σημαντικό το γεγονός ότι οι άνθρωποι στην εντατική θέλανε να έρθουνε, πολύ κοντά σε εμένα. Και εγώ ήθελα να είμαι κοντά τους. Δηλαδή και εγώ ήθελα να μαθαίνω για αυτούς. Απλά θέλω να πω ότι, οι άνθρωποι όλοι, ήταν πολύ ευχάριστοι.. Με βοηθήσανε πάρα πολύ.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«Μιλούσαμε με τη γιατρό η οποία με είχε υποδεχθεί, και ήτανε υπεύθυνη για μένα, που ερχόταν πολύ συχνά εκεί... που της έλεγα θυμάμαι μη μ' αφήνεις και θυμάμαι, να' ναι καλά, δεν έφυγε όλη νύχτα από δίπλα μου και μου κρατούσε το χέρι. Της έλεγα "μη μ' αφήνεις έχω δύο παιδιά". Και καθόταν εκεί δίπλα και μου 'λεγε "μη φοβάσαι, εγώ εδώ είμαι".» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

Από τις αφηγήσεις φαινόταν ότι το χιούμορ ελάφρυνε την ατμόσφαιρα ενίσχυσε την επικοινωνία δίνοντας κουράγιο στους νοσηλευόμενους γεγονός που τους ενδυνάμωσε.

«Ναι, στην εντατική όταν ήμουν, η προϊσταμένη ήταν υπέροχος άνθρωπος, ήτανε αυτό που λέμε άνθρωπος. Μας έδινε κουράγιο. Ερχόταν και έλεγε ‘επ! τι κάνει η μονάκριβή μας εδώ πέρα; Μονάκριβη είσαι μόνο εσύ όλοι οι άλλοι, άσε τι είναι.’ Δηλαδή χιούμορ. Πως να σου πω, αυτοί οι άνθρωποι σου δίνουν χρόνια και δεν ξεχνιόνται.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

«Με πειράζανε οι κοπέλες, μου λέγανε: ‘απόψε θα μείνουμε μέσα όλες, δεν θα φύγουμε για να μην κάνεις πυρετό.’ Μου δίνανε και μένα το απαιτούμενο κουράγιο, ας πούμε. Δηλαδή κάποια στιγμή αν το έχανα το κουράγιο, πάλι το ξανάβρισκα. Και ήταν η αιτία οι κοπέλες, οι γιατροί.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Αντίθετα σε κάποιες άλλες περιπτώσεις η χωρίς ενσυναίσθηση φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας επιβάρυνε το βίωμα συμμετεχόντων με την πρόκληση ψυχοσυναισθηματικών εντάσεων.

«Εμένα αυτό που με εκνεύριζε πάρα πολύ ήταν ότι δεν μπορεί να έρθει έξι η ώρα το πρωί, εφτά δεν ξέρω τι ώρα ήταν η κοπελιά, και επειδή δεν ξέρω, κουρασμένη, νυσταγμένη, οτιδήποτε, να σε υποβάλει σε μια πλύση με παγωμένο μπεταντίν. Δεν έχει το δικαίωμα να στο κάνει αυτό. Εντάξει; Γιατί εγώ εκείνη την ώρα φερειπείν αν ήμουνα σε καλύτερη θέση ψυχολογικά ή σωματικά αν θες, αν δεν ήμουνα τόσο πολύ πεσμένη μπορούσα, που λέει ο λόγος, να σου δώσω μια σφαλιάρα και να σου πω, ‘‘κάντο στη μαμά σου αυτό, όχι σε εμμένανε’’.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Η ευγνωμοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας: Μέσα από κάποιες αφηγήσεις αναδείχτηκε η ανάγκη των συμμετεχόντων να επιστρέψουν στη ΜΕΘ μετά την ανάρρωσή τους για να συναντηθούν με τους επαγγελματίες υγείας τόσο για να τους εκφράσουν την ευγνωμοσύνη τους που τους βοήθησαν να επιβιώσουν, όσο και για να τους εμπυχώσουν και ενθαρρύνουν να συνεχίσουν το έργο τους. Μιλούσαν γι αυτούς με ένα θετικό και συναισθηματικό τρόπο.

«Ναι, γιατί είχα και πολύ καλή σχέση με ανθρώπους...Για αυτό και τους επισκέφθηκα δύο φορές μετά τη διαμονή μου, εκεί...Αισθανόμουν ευγνωμοσύνη, τουλάχιστον να τους δώσω μια δύναμη, να μην το βάζουν κάτω. Διότι πραγματικά αυτό που κάνουν, ξεπερνάει, οποιαδήποτε δουλειά, και οτιδήποτε άλλο γνωρίζω προσωπικά... Είναι λειτούργημα, και πρέπει να το βλέπουνε σαν λειτούργημα. Και τον άνθρωπο να τον βλέπουνε σαν άνθρωπο, και όχι σαν προϊόν και όχι σαν, δουλειά.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«... Οι νοσοκόμες και οι νοσοκόμοι, που με βοηθήσαν, ναι, είχα επιθυμία να πάω να τους δω... Να δουν ότι είμαι καλά... γιατί την ξέρανε την πορεία πως ήμουν, γιατί ήμουν πολυτραυματίας, μπορούσα να μην ξανασηκωθώ ξανά, ποτέ να μην γίνω καλά, οτιδήποτε.... Οπότε έγινα καλά και ως θετικό (αποτέλεσμα) του επαγγέλματος τους, (να δούν) ότι μπορούν να καταφέρουνε.» (Σ20, πολυτραυματίας)

ε. Αλληλεπίδραση με τους οικείους

Σημαντική επίσης ήταν και η αλληλεπίδραση τόσο με τους οικείους τους όσο και με άτομα από το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον κατά το επισκεπτήριο που τους ανακούφιζε, αυξάνοντας με αυτό το τρόπο το αίσθημα της ασφάλειας και επανασύνδεσης με τη ζωή εκτός ΜΕΘ.

«Έρχεται ο Κ....., μέσα ο άνδρας μου, ένας άνθρωπος που δεν μ' άφησε ένα λεπτό, δευτερόλεπτο μόνη μου. Λέω: 'σε παρακαλώ μη μ' αφήσεις. Μη φύγεις και μ' αφήσεις. θέλω να 'σαι δίπλα μου.' Μου λέει: 'πάντα δίπλα σου είμαι.'» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

Η ίδια περιγράφει και την υποστήριξη που έλαβε από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της και από ανθρώπους που δεν γνώριζε αλλά έδειχναν ενδιαφέρον για εκείνη.

«Μου έκανε εντύπωση, οι άνθρωποι που ήρθαν να με δούνε. Η αγάπη που εισέπραξα, από τους φίλους, που δεν το περίμενα. Από τις επισκέψεις, άνθρωποι που ενδιαφερθήκανε για μένα. Άκουγαν για μένα, χωρίς να με ξέρουνε. Μια γνωστή, μια γιαγιά που είναι χήρα και ζει μόνη της.. πάρα πολύ φτωχή. Όταν έμαθε ότι αρρώστησα, χωρίς να με ξέρει, μόνο από τα λόγια της πεθεράς μου. Όσες μέρες ήμουν στην Εντατική εκείνη ξενυχτούσε με ένα κεράκι απ' το Άγιο Όρος με προσευχές...και πίστευε, πραγματικά ότι θα γίνω καλά. Κάτι, που κανείς δεν το πίστευε. Αυτό με συγκλόνισε. Πήγα και την είδα. Την γνώρισα αυτή τη κυρία Δ..... Άνθρωποι που δεν τους έχω γνωρίσει ακόμα, ρωτάνε ακόμα για την υγεία μου. Αυτό δεν ξέρω πώς να σας το πω, εισέπραξα πάρα πολύ αγάπη.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

Αντίθετα σε λιγότερες όμως περιπτώσεις, οι ανεπιθύμητες επισκέψεις επιβάρυναν το βίωμα τους με την πρόκληση ψυχικής κόπωσης και ενόχλησης.

«...το επισκεπτήριο δεν είναι αυστηρώς ελεγχόμενο. Εμένα με επισκέφθηκαν και άνθρωποι, οι οποίοι μπορώ να πω, ότι δεν μου κάνανε και τόσο καλό. Ψυχολογικά, με ενοχλούσανε. Εγώ θα ήθελα να έχω επίσκεψη, τον άνδρα μου ή τον αδελφό μου.

Εε! Δεν ήθελα άλλους ανθρώπους....Ναι, με κούρασε ψυχολογικά.» (Σ12, εμφραγματίας)

Ένας νεαρός με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αφηγήθηκε την έντονη δυσαρέσκειά του και τη δυσφορία του από τους αδιάκριτους και χωρίς πραγματικό ενδιαφέρον επισκέπτες, αλλά και την ανημποριά του να τους απομακρύνει.

«Είχε μπει μια θεία μου και έκατσε και με έκλαιγε πάνω από το κρεβάτι. Εγώ εκείνη την ώρα είχα τις αισθήσεις μου, άκουγα, έβλεπα....όχι απλά πανικοβλήθηκα, δηλαδή, αγανάκτησα σε ένα τέτοιο σημείο, ήθελα να την διώξω αλλά δεν μπορούσα, να κάνω κάτι και αναγκαστικά έκατσα και την άκουγα, δεν ξέρω και εγώ για πόση ώρα. Ήταν από τα χειρότερα.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

7.2.2 Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα ήταν: Πώς βιώνουν και νοσηματοδοτούν το πρόβλημα της υγείας τους. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι περιγραφές των ασθενών σχετικά με το πρόβλημα της υγείας τους. Σημαντικό μέρος στις αφηγήσεις καταλάμβανε η προσπάθεια τους να περιγράψουν τι τους συνέβη, πώς βίωσαν την διαδρομή από την εμφάνιση των συμπτωμάτων της απειλητικής νόσου, την διάγνωση, το ατύχημα, την νοσηλεία στη ΜΕΘ, την διαδικασία της αποκατάστασης από τις επιπτώσεις της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, στο ειδικό τμήμα ή κέντρα αποκατάστασης και τέλος την επιστροφή τους στο σπίτι όπου συνεχίζεται η φροντίδα και η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Παράλληλα, αναφέρθηκαν στο πώς αντιλαμβάνονται την εμπειρία αυτή αλλά και τις προεκτάσεις που έχει στο παρόν και στο μέλλον τους. Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται το κεντρικό θέμα, οι κατηγορίες και οι υποκατηγορίες που αναφέρονται στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Κεντρικό θέμα, κατηγορίες και υποκατηγορίες που αφορούν το πρόβλημα υγείας (2ο ερευνητικό ερώτημα)

2 ^ο Ερευνητικό Ερώτημα	Κεντρικό Θέμα	Κατηγορίες / Υποκατηγορίες
Πώς βιώνουν και νοηματοδοτούν το πρόβλημα της υγείας τους;	Το πρόβλημα της υγείας	Η εμφάνιση του προβλήματος υγείας: «Ένα αιφνίδιο γεγονός» <ul style="list-style-type: none"> • Μετάβαση από το «είμαι καλά» στο «κινδυνεύει η ζωή μου» • Χωρίς προειδοποίηση • Υποτίμηση της δυσλειτουργίας
		Η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας <ul style="list-style-type: none"> • Διάγνωση: «Έφυγε η γη κάτω από τα πόδια μου» • Έκθεση στα προβλήματα συνασθενών: «Υπάρχουν και χειρότερα» • Ανεξίτηλα σωματικά σημάδια ή περιορισμοί
		Αδυναμία συνειδητοποίησης του προβλήματος υγείας
		Συνειδητοποίηση της απειλής του θανάτου
		Μη συνειδητοποίηση του κινδύνου θανάτου
		Το βίωμα της αποκατάστασης: «Δρομολόγηση καινούργιας ζωής»
		Αποδοχή της εικόνας σώματος και των σωματικών περιορισμών
		Ψυχικές επιπτώσεις από το πρόβλημα της υγείας <ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματικές εκδηλώσεις • Συμπεριφορικές εκδηλώσεις • Γνωστικού τύπου εκδηλώσεις
		Οικογενειακές σχέσεις
		Το πρόβλημα της υγείας σήμερα <ul style="list-style-type: none"> • Αναπόσπαστη πτυχή της ζωής • Φόβος επανεμφάνισης του προβλήματος υγείας • Απώθηση της εμπειρίας
Καθορισμός στόχων και αντίληψη του μέλλοντος		

7.2.2.1 Η εμφάνιση του προβλήματος υγείας: «Ένα αιφνίδιο γεγονός»

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων η εμφάνιση της ασθένειας / ατυχήματος βιώθηκε ως ένα αιφνίδιο γεγονός που άλλαξε δραματικά τη ζωή τους προκαλώντας αναπάντεχες ανατροπές.

«Δεν περίμενα να έχω αυτή την αρρώστια (καρκίνος), γιατί στην οικογένειά μου κανείς δεν είχε τέτοιο πράγμα. Ήταν αναπάντεχο.... Να, λέω, γιατί δεν έκανα και

κατάχρηση στη ζωή μου, να πω ότι εντάζει, και δουλειά που δούλευα, δεν ήταν και ό,τι καλύτερη, αλλά δεν περίμενα ότι θα πάθω τέτοιο πράγμα.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

«... Όχι δεν μου προκάλεσε ούτε στρες, απλά ένα ζάφνιασμα ότι δεν περίμενα, ότι εγώ θα πάθω πνευμονία. Δεν περίμενα ποτέ ότι θα το πέρναγα κάτι τέτοιο. Αλλά εντάζει.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

«Ναι, δεν το περίμενα ότι θα πάθω καρδιά. Δούλευα από το πρωί μέχρι το βράδυ. Δεν το είχα βάλει στο μυαλό μου.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν τρεις συνθήκες που αναφέρονται στον τρόπο και στη διαδρομή από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας μέχρι την εισαγωγή τους στις ΜΕΘ: α) «Μετάβαση από το 'είμαι καλά', στο 'κινδυνεύει η ζωή μου'», β) «Χωρίς προειδοποίηση» και γ) «Υποτίμηση της δυσλειτουργίας».

α. Μετάβαση από το «είμαι καλά» στο «κινδυνεύει η ζωή μου»

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων η εμφάνιση συμπτωμάτων τους κινητοποίησε για περαιτέρω έλεγχο όπου διαπιστώθηκε το απειλητικό για τη ζωή τους πρόβλημα υγείας και το οποίο έπρεπε να αντιμετωπιστεί μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη διάγνωσή του. Ακολούθησε η αναζήτηση του θεράποντα ιατρού για την εφαρμογή θεραπείας ή για την διενέργεια προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης. Κάποιοι προσπαθούσαν να τα εξηγήσουν και να αποδώσουν τα συμπτώματά τους σε διάφορα αίτια και κάποιοι άλλοι σε αναμονή της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης, ακολούθησαν περιορισμούς και κανόνες στην καθημερινή ζωή τους. Τελικά, αφού υποβλήθηκαν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση εισήχθησαν στις ΜΕΘ για παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας τους.

«Τα πόδια μου έτσι, κάπου πονάγανε, ... και είχα και μια σαν λιποθυμία και με πόνεσε λίγο η πλάτη μου, λίγο εδώ το χέρι μου, λέω κανέναν νευρόπονο θα είναι. Εεε! πάω στο γιατρό την άλλη μέρα... μου είπε ο καρδιολόγος ότι 'έχετε πρόβλημα.'. Εγώ το αστεειόμουν, και εκείνος το έλεγε σοβαρά... μου λέει, 'πρέπει να κοιτάξεις από Σεπτέμβρη, για καρδιοχειρουργό... Αν δεν κάνεις χειρουργείο, θα φύγεις'. Και πήγα για 15 μέρες στο χωριό, μετά γύρισα και έψαχνα για καρδιοχειρουργό. Εε! Πήγα έκανα την επέμβαση, στο Ιπποκράτειο, καλά πήγε.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

Τυχαίο εύρημα: Για κάποιους μετά από προϋπάρχουσα συμπτωματολογία και προληπτικό έλεγχο για άλλο θέμα υγείας (μη απειλητικό για τη ζωή) αποκαλύφθηκε τυχαία το απειλητικό για τη ζωή πρόβλημα υγείας που έπρεπε να αντιμετωπιστεί.

«Τυχαία το ανακάλυψα...είχα επισκεφτεί καρδιολόγο, μου έκανε κάποιες εξετάσεις μεταξύ των οποίων και υπέρηχο όπου έδειξε αρχικά κάποιο πρόβλημα... ο γιατρός ο καρδιολόγος μου είπε: "μπορεί να ζούσες με αυτό, γιατί οι αρτηρίες δεν βουλώνουνε μέσα σε ένα μήνα" ... έκανα με θάλλιο εξέταση και έδειξε ότι χρίζω εγγείρσης. Απλώς περίμενα, επειδή έτυχα στο καλοκαίρι και οι γιατροί λείπανε, και στην αρχή υπήρξε μια προσπάθεια ο κύριος Τ.(ιατρός), μήπως μου κάνει μπαλονάκι...για πιο λόγο, οι αρτηρίες μου βρέθηκαν, να είναι τεντωμένες και λεπτές, και δε γινότανε μπαλονάκι. Οπότε, επιλέχτηκε η λύση της επέμβασης. Περίμενα, κάνοντας μια συντηρητική ζωή μέχρι τότε.» (Σ10, καρδιοχειρουργημένος)

β. Χωρίς προειδοποίηση

Για κάποιους άλλους ή εκδήλωση του προβλήματος υγείας (ατύχημα/ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιολογική ασθένεια) ήταν ακραία απρόσμενο μετά από μια κατάσταση ηρεμίας χωρίς προηγούμενα συμπτώματα, και χρειάζονταν την άμεση παροχή βοήθειας από το περιβάλλον τους και από τους επαγγελματίες υγείας για τη διάσωση της ζωής τους. Ανατράπηκε βίαια η κανονικότητά τους, προκαλώντας πανικό και φόβο ενώ ταυτόχρονα υπήρξε αδυναμία κατανόησης ακριβώς τι τους συνέβαινε. Κάποιοι τη στιγμή του ατυχήματος ή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχασαν τις αισθήσεις τους και την επαφή με το περιβάλλον με αποτέλεσμα να έχουν ολική αμνησία για το πώς εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Άλλοι πάλι είχαν σταδιακή απώλεια συνείδησης και μερική αμνησία, ενώ κάποιοι διατηρούσαν τη συνείδηση τους και τις αναμνήσεις τους από τη διαδρομή τους μέχρι τις ΜΕΘ.

«Αντιμέτωπισα πριν ενάμιση χρόνο συγκεκριμένα, πώς το ονόμασαν; αιμορραγικό, αγγειακό επεισόδιο, εγκεφαλικό. Εντάξει, είδα τον κόσμο να χάνεται στην κυριολεξία. Εκεί που ήμουν, ξαφνικά έμεινα στον τόπο να το πω έτσι. Λιποθύμησα έχασα τα πάντα γύρω μου, έχασα πλέον την υγεία μου. Ξύπνησα μετά από δυο μήνες, θυμόμουν ελάχιστα πράγματα. Αλλά σιγά σιγά με την ελπίδα που μου δίναν όλοι, κατάφερα να ξαναορθοποδήσω.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«Εν ώρα εργασίας, ήμουν με το παπί...με χτύπησε ένα αυτοκίνητο, έπεσα και με εγκατέλειψε, με μάζεψε διερχόμενο ασθενοφόρο...Είχα την ατυχία, έσπασε ο θώρακας, και μου τρύπησε το περικάρδιο ... και μετά στη λεκάνη, μηριαίο, επιγονατίδα, ειδικά ήτανε τα κατάγματα συντριπτικά. Δηλαδή για να γίνει, οστεοσύνθεση της λεκάνης μου, έχει γύρω στις 22 βίδες. Έντεκα ώρες χειρουργείο. Θυμάμαι και αναλαμπές. Το πώς έγινε το ατύχημα, θυμάμαι ένα σπρώξιμο... Και

μετά να προσπαθώ να κρατηθώ πάνω στο μηχανάκι και ένα μπαμ.» (Σ17, πολυτραυματίας)

Σε άλλες περιπτώσεις κάποιοι από τους συμμετέχοντες ενώ αρχικά ήταν σε ηρεμία βίωσαν μια απότομη μετάβαση σε κατάσταση σωματικής δυσφορίας που τους προκάλεσε ανησυχία. Η συνεχής ραγδαία επιδείνωση της κατάστασης τους κινητοποίησε και αναζήτησαν βοήθεια από το περιβάλλον τους και τους επαγγελματίες υγείας/διασώστες με αποτέλεσμα την εισαγωγή τους στο τμήμα επειγόντων των νοσοκομείων και τελικά στις ΜΕΘ για την αντιμετώπιση της κρισιμότητας της κατάστασης της υγείας τους.

«Μια ήρεμη Κυριακή. Καθόμουνα εννιά-δέκα η ώρα, βράδυ με τη σύζυγο και τα παιδιά και βλέπαμε dvd όταν έπαθα το έμφραγμα ...Και με έπιασε σαν ανησυχία, ακόμα δεν είχα καθόλου ενδείξεις, έτσι τίποτα... Λέω ρε γαμώτο τι στο διάλογο, Σηκώνομαι φεύγω, πάω μέχρι το παράθυρο κάθομαι, λέω: 'τι γίνεται ρε γαμώτο;' Ξαναγυρνάω πίσω. Με το που έκατσα κάτω ιδρώσα μονοκόμματος, μούδιασε το δεξί μου χέρι και έντονο πόνο στο κέντρο του στήθους, Αυτό ήταν, τέρμα...με άφησαν οι δυνάμεις μου,...και της λέω της γυναίκας μου, λες και το ήξερα, 'κάλεσε το ασθενοφόρο'.» (Σ11, εμφραγματίας)

γ. Υποτίμηση της δυσλειτουργίας

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων κάποιοι παρερμήνευσαν, αγνόησαν ή υποτίμησαν, ασυνείδητα ή συνειδητά τα συμπτώματα της νόσου για αρκετό διάστημα ακόμα και μετά την διάγνωσή της. Αναγνώρισαν μια αδυναμία να παραδεχτούν ότι κάτι σοβαρό μπορεί να συμβαίνει με αποτέλεσμα να αποδώσουν τις δυσκολίες σε παράγοντες που θα μπορούσαν εύκολα να ξεπεραστούν όπως με την εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής αγωγής και τη μείωση κάποιων ανθυγιεινών συνηθειών.

Παρά τη διάγνωση, υιοθέτησαν μια στάση «δεν τρέχει τίποτα» ακόμα και όταν εμφανίστηκαν σοβαρές δυσλειτουργίες στην καθημερινή ζωή τους.

«Ναι περίπου ένας χρόνος, γιατί ένοιωθα κάποια προβληματάκια, και απλώς εγώ δεν έδωσα καμία σημασία, θα έλεγα. Βέβαια, δεν ένοιωθα, δεν είχα επίγνωση της κατάστασης....ενώ έβλεπα ότι δεν μπορούσα να ανέβω τις σκάλες, ότι κουραζόμουνα κι' αυτά δεν έδινα σημασία. Έλεγα, εντάξει, όλος ο κόσμος καπνίζει τσιγάρο. Μετά πήγα και στη πνευμονολόγο μου δωσε μια θεραπεία που με βελτίωσε αρκετά. Και

εγώ έκανα προσπάθεια, ας πούμε, κάπνιζα πέντε τσιγάρα την ημέρα για πολύ καιρό.»

(Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Ήξερα ότι είναι αυτό, αλλά απλά ήλιπιζα, επειδή με ενοχλούσε κατά καιρούς η καρδιά μου, δηλαδή με ενοχλούσε, αισθανόμουνα κάτι που λέμε σαν βάρος, σαν φτερούγισμα, έλεγα ότι δεν είναι κάτι περισσότερο δηλαδή, και εντάξει θα περάσει μόνο του, όπως περνούσε μόνο του πάντα. Έλεγα 'άστο μωρέ θα περάσει, δεν είναι τίποτα''.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Στη προσπάθειά τους να αποκτήσουν έλεγχο και να αποδώσουν στο σύνολο των συμπτωμάτων τους κάποιο όνομα ώστε να προσδιορίσουν την ασθένεια από την οποία πάσχουν, ανέτρεξαν σε αναζήτηση πληροφοριών, αλλά και σε προηγούμενες παρόμοιες εμπειρίες που τις αντιπαρέβαλλαν με αυτές που βίωναν.

« Η καθημερινότητά μου είχε κάποιο άγχος. Κάποια στιγμή ενώ ήμουνα στη δουλειά, άρχισε να πονάει το στομάχι μου λίγο, παρατηρούσα λίγο μούδιασμα στο χέρι, επί μια εβδομάδα δεν μίλαγα. Μπήκα στο ίντερνετ και διαβάζω: καλώς ήρθατε στον κόσμο του εμφράγματος, αλλά υπάρχει και μια τέτοια μικρή για σκολίωση. Ααα! λέω εδώ είμαστε, στην σκολίωση.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

«Απλώς για ένα μήνα περίπου η υγεία μου είχε πάρει μια κατηφόρα, ας τη πούμε έτσι, που επειδή και εγώ μερικές φορές κάνω το λάθος και κάνω διαγνώσεις την προσέλαβα σαν γαστρεντερίτιδα. Μια γαστρεντερίτιδα ανάλογη μου είχε συμβεί, πριν δυο χρόνια πριν απ' αυτό. Και λέω εντάξει σύνθητες. Συνέπεσε και η εποχή που είχε γαστρεντερίτιδες και λέω, γαστρεντερίτιδα είναι. Εε! η γαστρεντερίτιδα αυτή όμως, κράτησε δέκα μέρες, ας πούμε, και μ' ανησύχησε, αλλά φαίνεται, ήθελα να το παίζω γενναίος εε! και δεν έδωσα σημασία.» (Σ₂, ca εντέρου)

Κάποιοι ενώ γνώριζαν την ασθένεια από πληροφορίες ή από παρελθούσες εμπειρίες από τη φροντίδα συγγενών με το ίδιο νόσημα, παρερμήνευαν και έπερναν λανθασμένες αποφάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους.

«Βασικά εγώ έκανα, κάτι κακό στον εαυτό μου, όχι σε κάποιον άλλον. Εγώ, επειδή έχω πρόβλημα με το στομάχι μου από μικρή και με πίανανε πόνοι οι οποίοι ήτανε σαν τα συμπτώματα ενός εμφράγματος. Τα οποία συμπτώματα εμφράγματος τα γνωρίζω από την περίπτωση του πατέρα μου. Γιατί εγώ πήγα και τον βρήκα στη δουλειά του και τον πήγα στο νοσοκομείο, και μετά στην πορεία με τις γιατρούς. Δηλαδή ήμουνα γνώστης των συμπτωμάτων, αλλά το τοποθετούσα ότι είναι το

στομάχι μου, φερειπείν και κοιτούσα να το αντιμετωπίσω με κάποια χάπια στομάχου λοιπά.» (Σ12, εμφραγματίας).

Φόβος μιας προδιαγεγραμμένης πορείας προς το θάνατο: Άλλοι λόγω προηγούμενων τραυματικών εμπειριών, φοβούμενοι να αντιμετωπίσουν τη πιθανή διάγνωση του προβλήματος τις υγείας υιοθετώντας την πεποίθηση ότι δεν έχει νόημα να το αντιμετωπίσουν αφού ο θάνατος ήταν αναπόφευκτος.

«Το πρόβλημα τις υγείας μου, ξεκίνησε αρκετά ενωρίς, με ενδείξεις που δεν έδωσα καμία σημασία.Μου είχε δημιουργηθεί ένα άγχος για τις αρρώστιες, με αποτέλεσμα, να μην θέλω να επισκέπτομαι γιατρούς φοβούμενος, ότι θα μου συμβεί κάτι ή θα μου βρουν κάτι. Ακόμα και όταν μου εμφανίστηκε αυτό το σύμπτωμα, εγώ το δέχτηκα παθητικά λέγοντας ότι εγώ έχω καρκίνο στον πνεύμονα επειδή κάπνιζα, τι να πάω στο γιατρό, αφού θα πεθάνω. Ήταν αυτή η νοοτροπία μου. Για να αποφύγω το πρόβλημα, το ίδιο. Έτσι τα έβρισκα και με τον εαυτό μου.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

7.2.2.2 Η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων οι περισσότεροι τοποθετησαν χρονικά την έναρξη της συνειδητοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης υγείας τους μετά την έξοδο από ΜΕΘ και το νοσοκομείο, όταν πλέον ελάμβαναν πληροφορίες και αντιλήφθηκαν τους οργανικούς περιορισμούς και τις νέες πρακτικές αυτοφροντίδας. Κι' ενώ για κάποιους ξεκίνησε η συνειδητοποίηση αυτή από τη στιγμή εμφάνισης ασθένειας /ατύχημα και συνεχίστηκε στο νοσοκομείο ή στο σπίτι για τους περισσότερους ολοκληρώθηκε στη φάση αποκατάστασης, ακόμα κι αν αυτή παρέμεινε ανεκπλήρωτη.

α. Διάγνωση: «Έφυγε η γη κάτω από τα πόδια μου»

Ορισμένοι άρχισαν να συνειδητοποιούν το πρόβλημά τους μετά από την ανακοίνωση της διάγνωσης από τους γιατρούς. Η ενημέρωση προκάλεσε φόβο καθώς αρχίζαν να κατανοούν ότι κάτι «σοβαρό» τρέχει.

«Εγώ ρώτησα το γιατρό ότι πρέπει να χειρουργηθώ το έκανα δηλαδή για πλάκα, και μου λέει, 'δεν είναι, λέει για πλάκα, θα πρέπει να χειρουργηθείτε' ... Έπεσε η γη από τα πόδια μου που λένε, δεν το φανταζόμουν με τίποτα.» (Σ15, καρδιοχειρουργημένη)

Για άλλους η συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας σχετίστηκε με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος τους όταν εμφανίστηκε το πρόβλημα της υγείας. Ένας νέος με ρήξη εγκεφαλικού ανευρίσματος περιγράφει τον πανικό της οικογένειας κατά τη εμφάνιση των συμπτωμάτων της αιφνίδιας ασθένειας.

«Αυτή την αίσθηση (του κινδύνου) την είχα, πιο πολύ, την ώρα που έπαθα το εγκεφαλικό. Δεν ήξερα τι μου συμβαίνει, παρέλυσα ξαφνικά δεν μπορούσα να κάνω κάτι, με τρέχανε πανικόβλητοι από εδώ και από εκεί... Λέω, κάτι μου γίνεται κάτι, αυτό είναι όντως πολύ σοβαρό. Ο πανικός, αφορούσε καθαρά και μόνο εμένα.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Άλλοι ανέφεραν ότι από την έκφραση στο πρόσωπο των γιατρών άρχισαν να υποπτεύονται την σοβαρότητα της κατάστασης τους.

«Ο γιατρός διαπίστωσε έμφραγμα, εκείνη τη στιγμή, εν εξελίξει... Ήρθε το ασθενοφόρο. Ακόμα θυμάμαι το πρόσωπο του γιατρού, σαν να μου έλεγε, ελπίζω να ζήσεις, και όντως εκ των υστέρων αποδείχθηκε ότι τα πράγματα ήταν πάρα πολύ τραγικά.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Άλλοι πάλι ανέφεραν ότι όταν άκουσαν την ενημέρωση των οικείων τους από τους γιατρούς.

«Θυμάμαι μια φίλη μου, που ήμασταν στα νοσοκομεία μαζί,...δεν ξέρω κάποιος ήταν του νοσοκομείου, και γυρνάει και του κάνει: "γιατρέ τι έπαθε; τι έχει;" και γυρνάει ψυχρά, και απλά της κάνει: "έχει εσωτερική αιμορραγία" και φεύγει. Και εγώ, εκείνη την ώρα, πάγωσα, λέω "πω!! πω!! τι μου γίνεται;".» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Ορισμένοι πάλι, άρχισαν να αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, όταν άκουσαν το διάλογο μεταξύ επαγγελματιών υγείας για τη διάγνωση του προβλήματος υγείας τους. *«Βρέθηκα στο Γεννηματά, όπου αμέσως οι γιατροί με οδήγησαν για στεφανιογραφία. Άκουγα τους γιατρούς δηλαδή να λένε ότι δεν υπάρχει περίπτωση ζωής... Εκεί κατάλαβα ότι τα πράγματα είναι σοβαρά.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)*

«Όταν με πήγανε στην αξονική τομογραφία κάτω στα υπόγεια...άκουσα μια νοσοκόμα να λέει: 'τι κάνει ο Χ....(γιατρός);', και αφορούσε εμένα. Τον Χ...(γιατρός) τον ήξερα εγώ γιατί είχε χειρουργήσει έναν φίλο μου με το ίδιο πρόβλημα το 2008, και τον ήξερα πολύ καλά. Μόλις άκουσα να το φωνάζουν

κατάλαβα ότι κάτι σοβαρό υπάρχει, δεν ήτανε απλά τα πράγματα...Κατάλαβα, ότι κάτι συμβαίνει αφού είχα παραλύσει, είχα νεκρώσει δεξιά και αριστερά, αλλά χωρίς να ξέρω, τι είναι. Πλέον ένιωσα ότι υπάρχει κίνδυνος αλλά ειλικρινά σας το λέω ότι! είχα παραδοθεί μεταξύ Θεού και ανθρώπου, ας πούμε, τελείωσε. Δεν μπορούσα να κάνω κάτι άλλο.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες για να κατανοήσουν τη κατάστασή τους και να καλύψουν το κενό μνήμης όταν ξύπνησαν στη ΜΕΘ έπερναν πληροφορίες από τους οικείους τους και από τους επαγγελματίες υγείας ακόμα και σε μεταγενέστερο χρόνο, «... Και μετά άρχισε η μητέρα μου με ήρεμο τρόπο να μου λέει αυτό και αυτό, παιδί μου πέρασαν και τα Φώτα ...μετά οι νοσηλευτές, που πήγα για να τους ευχαριστήσω, μου λέγανε μα! δεν ξύπναγες με τίποτα. Είναι φοβερό... Και τους (οικογένεια) είπανε οι γιατροί, μπορεί να αργήσει να ξυπνήσει έχει χτύπημα στο κεφάλι και από ότι μου είπε η μητέρα μου έκατσα 5.5 ώρες στο χειρουργείο που μου βάλανε τα καλώδια και μετά με διασωλήνωσαν και με βάλανε στην εντατική. Αυτά τα έμαθα εκ των υστέρων.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες τοποθέτησαν χρονικά την καθολική συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης υγείας του στο διάστημα μετά την έξοδο από ΜΕΘ ή και από το νοσοκομείο, όταν λάμβαναν πληροφορίες και αντιλαμβάνοντο τους περιορισμούς στην αυτοφροντίδα τους.

«Αυτό έγινε όταν έφυγα και από το κέντρο αποκατάστασης και ήρθα εδώ στο σπίτι. Η σύζυγός μου, ενώ στην αρχή φοβότανε να μου μιλήσει, μήπως πάθω κάτι, εφόσον είδε ότι είμαι καλά, με λίγα λόγια περδίκι, έκατσε και μου είπε τι έγινε.» (Σ₇, πολυτραυματίας)

«Σημειωτέον ότι μου είχε φύγει και όλη η πάνω γνάθος...Δεν άνοιγα το στόμα μου με τσίζαν από εδώ, καταλάβατε.. Μέσα στο κέντρο αποκατάστασης άρχισα να μπαίνω, να συνειδητοποιώ τι μου συμβαίνει. Εγώ, είχα στο μυαλό μου πότε θα σηκωθώ να φύγω, από δω μέσα.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

β. Έκθεση με προβλήματα συνασθενών: «Υπάρχουν και χειρότερα»

Μια άλλη πτυχή της συνειδητοποίησης του προβλήματος υγείας τους αποτέλεσε η έκθεση στα προβλήματα των συνασθενών τους που τους συγκίνησε και τους ενεργοποίησε συγκρίνοντας το πρόβλημα τους με το δικό τους. Εκλογίκευσαν την κατάσταση τους θεωρώντας ότι υπάρχουν και χειρότερα πράγματα στη ζωή από την

κατάσταση που αντιμετώπιζαν, γεγονός που κάποιους τους βοήθησε να κατανοήσουν το πρόβλημα τους και κάποιους άλλους τους ενδυναμώσε καθώς αντιλαμβάνοντο ότι θα μπορούσε η κατάστασή τους να ήταν πολύ χειρότερη από ότι ήταν.

«Λοιπόν από την ώρα που έφυγα από τον Ευαγγελισμό, μεταφέρθηκα στο ΚΑΤ, όπου βρέθηκα εκεί σε μια σειρά ανθρώπων, που είχαν διάφορα προβλήματα με εμένα. Μεγαλύτερα μικρότερα, μικρότεροι σε ηλικία, νέοι, διάφοροι. Αχ!, τροχαίο και δεν θα περπατήσει ποτέ κι αυτό εμένα απ! με πλήγωνε πάρα πολύ, θανάσιμα και έλεγα πω! Πω! τι κρίμα, νέο παιδί. Εκεί λοιπόν πραγματικά άρχισα, έτσι να σκέφτομαι, τι έπαθα.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Όταν βλέπεις τώρα ένα παιδάκι 18 χρονών να μην μπορεί να περπατήσει, γιατί είχε σπάσει τη σπονδυλική του στήλη, εγώ λέω γέρος είμαι, μπορεί να ψοφήσω, αύριο. Αυτός εδώ ο φουκαράς; Δηλαδή, βούρκωνα ρε παιδί μου, δεν το είχα ξανασυναντήσει αυτό το πράγμα, δεν είχα μπει εγώ σε ένα τέτοιο πράγμα... Είναι λυπηρό ρε παιδί μου ότι συμβαίνουν και άλλα πράγματα, τα οποία είναι ακόμα πιο σοβαρά από το δικό μου...υπάρχουν και χειρότερα.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας).

Η έκθεση στις ιστορίες των άλλων ασθενών και οι συζητήσεις τους παρακίνησε να επεξεργάζονται γνωστικά το τραύμα τους και να μοιράζονται σκέψεις, συναισθήματα, πληροφορίες με συνασθενείς ή φίλους γεγονός που τους οδήγησε στην προοδευτική οργάνωση του προσωπικού τους αφηγήματος ζωής.

«Άκουσα ιστορίες, μετά όταν πήγα στην υπομονάδα ότι και στην ηλικία μου έτσι, νέοι άνθρωποι, φεύγουν από αυτό το πράγμα. Αθλητές φεύγουνε από εμφράγματα έτσι, δεν είναι αστείο. Εκεί πιάσαμε τη κουβέντα όλοι οι καρδιοπαθείς μεταξύ μας. Άλλοι από διπλά-τριπλά εμφράγματα, άλλοι από μονά σαν και εμένα. Εσύ πώς το πέρασες το έμφραγμα, που ήσουνα; Πληροφορίες. Αυτές, συλλέγονται στο σκληρό. ... Φτιάχνεις ένα προσχέδιο, ξέρεις. Και από τις πληροφορίες και από το δικό σου περιστατικό. Συλλέγεις και από άλλες συζητήσεις.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

γ. Ανεξίτηλα σωματικά σημάδια ή περιορισμοί

Η υπενθύμιση της ασθένειας και της νοσηλείας ήταν διαχρονική μέσα από τα ορατά και αόρατα σημάδια στο σώμα των ασθενών που υπενθύμιζαν την κρισιμότητα της κατάστασης που βίωσαν.

«Μετεγχειρητικά υπάρχουν πράγματα που μου θυμίζουν το γεγονός. Το ένα είναι ότι η τομή στο στήθος, ουσιαστικά, κάποια στιγμή μολύνθηκε και έβγαλε κάποια εξανθήματα, τα οποία γέμισαν πύον. Θεραπεύτηκαν βέβαια, αλλά έκτοτε ανοίγουν...

(Επίσης) το πόδι μου, στον αστράγαλο, η αφαίρεση της φλέβας έφτανε μέχρι ψηλά, επάνω στο πόδι είναι ακόμη αρκετά μουνδιασμένο... δεν με εμποδίζει στη βάδιση.. Κατά τα άλλα η μετεγχειρουργική μου πορεία είναι καλή.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

Ένας άλλος πολυτραυματίας ανέφερε τους περιορισμούς που πλέον υπήρχαν μόνιμα στη ζωή του.

«Θα το ήθελα πάρα πολύ (να ξανακάνω το άθλημα που έκανα), αλλά νομίζω ότι το θέμα της υγείας δεν μου το επιτρέπει, διότι οι λάμες θα είναι εφόρου ζωής, είναι κάτι που μπαίνει ασυναίσθητα, στον κορμό του σώματος, όχι μόνο στο μυαλό. Δηλαδή σε ένα άλμα που θα προσπαθήσεις να κάνεις, εε! το σώμα έρχεται και στο υπενθυμίζει, αμέσως. Ασυναίσθητα μέσα, γίνεται μία! ας το πούμε, ένας σπινθηρισμός, που σου λέει όπα!! . Κάτσε κάτω, δεν σε παίρνει, γιατί την έπαθες.» (Σ19, πολυτραυματίας)

7.2.2.3 Αδυναμία συνειδητοποίησης του προβλήματος υγείας

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες κυρίως καρδιοχειρουργημένοι ανέφεραν ότι μετά τη διάγνωση αιφνιδιάστηκαν και αδυνατούσαν να κατανοήσουν το πρόβλημα της υγείας τους. Την δυσκολία τους την αιτιολογούσαν με το μικρό χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε από την διάγνωση έως την χειρουργική επέμβαση, με την έλλειψη χρόνου λόγω αντιμετώπισης παράλληλων γεγονότων μέσα στην οικογένεια, με την πληθώρα ή την ελλιπή πληροφόρηση που δέχονταν από τους επαγγελματίες υγείας και που δεν μπορούσαν να επεξεργαστούν και την παρανοούσαν-

«Δεν κατάλαβα την αρρώστια, έτσι να πω, είμαι άρρωστη και δεν θα ζήσω... αλλά έγιναν όλα αυτά σε 15 μέρες το γρηγορότερο και δεν κατάλαβα τίποτα. Αφού πήγα για αφαλοκλήλη...και ο γιατρός από ένα γιατρό με πήγε σε άλλο και τελειώσανε γρήγορα. Ούτε να σκεφτώ, ούτε τίποτα.» (Σ9, καρδιοχειρουργημένη)

«Στην καρδιοχειρουργική, μέχρι τότε μόνο η μητέρα μου και ο πατέρας μου τους είχα δει σε μονάδα, αλλά δεν ήξερα πως ο άνθρωπος εκεί... Κοιτάζτε εγώ δεν είχα συνειδητοποιήσει τι εστί, εγχείρηση ανοικτής καρδιάς σου ανοίγουν δηλαδή το θώρακα. Όχι. Ότι θα ανοίξει τον θώρακα (ο γιατρός), όχι .Ίσως νόμιζε, ότι αυτό εγώ το ξέρω. Όπως, όπως ξέρετε σκοτώνει η ανασφάλεια σκοτώνει και η σιγουριά.» (Σ10, καρδιοχειρουργημένος)

7.2.2.4 Συνειδητοποίηση της απειλής του θανάτου

Μια άλλη πτυχή της εμπειρίας των νοσηλευθέντων στις ΜΕΘ ήταν η συνειδητοποίηση του κινδύνου ή το ενδεχόμενο θανάτου από την απειλητική κατάσταση της υγείας τους που αντιμετώπιζαν ή από την πληροφόρηση που ελάμβαναν. Κάποιοι, λόγω των σοβαρών συμπτωμάτων τους, συνειδητοποίησαν την απειλή για τη ζωή τους και τον επικείμενο θάνατο.

«Εεε! ότι το κινδύνευε η ζωή μου το κατάλαβα από την πρώτη στιγμή που έγινε το ατύχημα. Από την πρώτη στιγμή γιατί είπα στους πώς τους λένε εκεί του ασθενοφόρου. Τους λέω: ‘παιδιά πώς τη βλέπετε, θα τη βγάλω καθαρή;’ Και όταν είπα αυτά το λόγια, συνειδητοποίησα ότι όχι να μιλήσω όχι, να ανασάνω, τίποτα... εκείνη την ώρα μου έδωσε το νόημα ότι φεύγω.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

«Μπαίνοντας μέσα στο ασθενοφόρο, έγινε εντονότερο το πρόβλημα της δύσπνοιας. Καταλάβαινα δηλαδή εκείνη τη στιγμή, ότι μπορεί και να πέθαινα. Ήταν τόσο στιγμιαία, ήταν τόσο στιγμιαία. Είχα ανοίξει τα μάτια μου και ήμουν σε μεγαλύτερη υπερένταση, και ήθελα να τα σπάσω όλα...Λέω, τελείωσα, θα πεθάνω, θα πεθάνω. Δεν μου είχε ξανασυμβεί αυτό στη ζωή μου γιατί τελείωνε η αναπνοή μου. Καταλάβαινα ότι μπορεί και να πέθανα.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

Από τις αφηγήσεις φαίνεται άλλη πτυχή της εμπειρίας των νοσηλευθέντων στις ΜΕΘ ήταν η συνειδητοποίηση του κινδύνου ή το ενδεχόμενο θανάτου από την απειλητική κατάσταση της υγείας τους που αντιμετώπιζαν ή από την πληροφόρηση που ελάμβαναν «Μετά τη μονάδα, άρχισα σιγά σιγά, άρχισα να τα βλέπω τα πράγματα και κατάλαβα ότι είχα περάσει μια μεγάλη δοκιμασία, ότι είχα πάει στον τάφο και είχα γυρίσει.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

Για τους συμμετέχοντες με ολικό κενό αναμνήσεων, η συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου πραγματοποιήθηκε εκ των υστέρων από την πληροφόρηση των οικείων και των γιατρών.

«Τώρα, τώρα μετά από πολύ καιρό, που μου λέει ο άντρας μου ότι ‘κακομοίρα μου πως την γλύτωσες’. Δηλαδή τώρα, μόλις συνειδητοποιώ ότι θα μπορούσα να είχα πεθάνει. Αλλά, όχι, όχι, πριν δεν το σκέφτηκα ούτε για μια στιγμή. Αφού βγήκα από το κέντρο αποκατάστασης τελείωσα και τις φυσικοθεραπείες μου.. και μετά άρχισα να λέω, ‘για φαντάσου να είχα πεθάνει’. Δηλαδή πώς να σου πω, δεν μου είχε περάσει εμένα από το μυαλό ότι θα πεθάνω, ότι θα μπορούσα να είχα πεθάνει. Τώρα, το σκέφτομαι. Τώρα, που είμαι καλά.» (Σ₅, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

7.2.2.5 Μη συνειδητοποίηση του κινδύνου ή του θανάτου

Αντίθετα κάποιοι άλλοι σύμφωνα με τις αναφορές τους, απωθούσαν την αίσθηση κινδύνου ή το ενδεχόμενο επικείμενου θανάτου ακόμα κι αν συνειδητοποιούσαν τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους.

«Όχι, όχι, καθόλου, δεν είχα την αίσθηση του κινδύνου. Εε!..πίστευα ότι η ζωή μου σνηήρθε έγινα καλά. Έγινα καλά, αυτό...μου λέγανε συνέχεια ιδιαίτερα, κάποιοι νοσοκόμοι εκεί, μου έλεγαν ότι είσαι στη εντατική μονάδα ενός νοσοκομείου. Μου φαινόταν, τι είναι αυτό, που είμαι εγώ αλλά δεν ένοιωθα κίνδυνο.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Ήξερα ότι είναι κρίσιμη η κατάσταση αλλά δεν μου πέρασε από το μυαλό. Εντάξει, ήξερα ότι είναι δύσκολο το χειρουργείο επειδή ο φίλος μου που το έπαθε το ίδιο, σε μια ταβέρνα έμεινε σε κώμα, μέσα στη ταβέρνα...Όχι την αίσθηση ότι θα πεθάνω, δεν την είχα. Μολονότι εντάξει, ήξερα. Τώρα, μου είπαν ότι υπάρχει διαχωρισμός στην αορτή όταν με ετοιμάζανε για το χειρουργείο, αλλά εντάξει την αίσθηση ότι θα πεθάνω, όχι δεν μου πέρασε από το μυαλό.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις αν και γνώριζαν την απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση δεν έδωσαν σημασία. Κάποιος απέδωσε στην τύχη την έκβαση αποδεχόμενος το όποιο ενδεχόμενο.

«Όχι, κανένα κίνδυνο, κανένα. Ναι, ήξερα ότι μπορεί να μπω και να μη βγω. Από τα λεγόμενα του γιατρού, μου είχε πει ότι επειδή είναι δύσκολα τα πράγματα και είχε προχωρήσει η αιμορραγία, το νάτριο, το ασβέστιο όλα αυτά είχαν κατέβει πολύ χαμηλά, ότι υπάρχει περίπτωση να μείνω στο χειρουργείο. Ναι, δεν με ένοιαζε τίποτα. Λέω άμα είναι και τύχει! Εντάξει έτυχε, τι να κάνουμε δεν υπάρχει περίπτωση.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

7.2.2.6 Το βίωμα της αποκατάστασης

Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων φαινόταν ότι η διαδικασία της αποκατάστασης της υγείας τους και η επαναφορά στην προηγούμενη ζωή τους αποτέλεσε θέμα ζωτικής σημασίας. Η διαδικασία αυτή περιγράφηκε ως μια δύσκολη και απαιτητική κατάσταση για τον ασθενή και την οικογένειά του και απαιτεί ένα υποστηρικτικό πλαίσιο από επαγγελματίες υγείας πριν την έξοδο από το νοσοκομείο και την επιστροφή στο σπίτι. Έτσι κατά την έξοδο από το νοσοκομείο η έλλειψη πληροφοριών και καθοδήγησης, περιγράφεται ως «γολγοθάς» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), καθώς δημιούργησε μεγάλη ανησυχία και ανασφάλεια σχετικά

με το πώς θα αντιμετωπίσουν αυτήν την αβέβαιη και απαιτητική κατάσταση που βρισκόταν επιτακτικά μπροστά τους.

«Βρέθηκα μετέωρος και εγώ και η οικογένειά μου και οι φίλοι μου, μη γνωρίζοντας απολύτως τι να κάνουμε. Δεν υπήρξε καμία καθοδήγηση, για το τι θα γίνει με την περίπτωση μου, δηλαδή, εκεί άρχισα και εγώ προσωπικά να ανησυχώ. Και μέσα από αυτή την ανησυχία τη δικιά μου, άρχισα να πανικοβάλλομαι λίγο-πολύ, Λες, ωχ!, δεν θα γίνονε καλά τα πράγματα... Μετά την εντατική, ξεκίνησαν οι δυσκολίες, το πιο σημαντικό είναι η αποκατάσταση...» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«Δρομολόγηση καινούργιας ζωής»

Όταν επέστρεψαν στο σπίτι τους αρχικά αντιμετώπισαν μια πραγματικότητα που απαιτούσε την εξοικείωση και τη προσαρμογή σε καταστάσεις και προκλήσεις που επέβαλλαν την διερεύνηση νέων προοπτικών και επιλογών. Έτσι κάποιοι κλήθηκαν να προσαρμοστούν σε ένα νέο τρόπο ζωής με κανόνες και περιορισμούς.

«Ο πρώτος μήνας ήταν ο ερευνητικός στο καινούργιο. Ο ένας μήνας χονδρικά ήταν η έρευνα και η δρομολόγηση της καινούργιας μου ζωής. Δηλαδή μέσα σε αυτό το μήνα, σκεφτόμουν, πώς πρέπει να ξεκινήσω πλέον. Να μιλήσω πάλι με τον εαυτό μου, να πράξω πράγματα, να κάνω πράγματα που δεν έκανα πριν. Ήταν ένας μήνας σκέψης και πράξης που μετά αυτό έγινε καθημερινότητα... ήταν ένας μήνας προσαρμογής. Θυμάμαι την πρώτη μέρα που έφτιαχνα τα φάρμακα, έλεγα δεν είναι δυνατό, πώς θα τα θυμάμαι εγώ τόσα φάρμακα, Πώς θα τα φτιάχνω; Πώς θα τα παίρνω;... Τώρα πλέον νομίζω δεν παίρνω τίποτα. Δηλαδή, όλα μπήκαν μέσα στην καθημερινότητα. Ενσωματώθηκαν όλα, δεν τα σκέφτομαι.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Μερικοί προσαρμόστηκαν αναγνωρίζοντας προηγούμενες λανθασμένες επιλογές και συμπεριφορές όσον αφορούσε την υγεία τους.

«Ακόμα και αν δεν μπορούσα να εξοικειωθώ, θα έπρεπε να εξοικειωθώ, να εξοικειωθώ με τις εξετάσεις, θα έπρεπε να εξοικειωθώ με τις επισκέψεις στους γιατρούς, θα έπρεπε να εξοικειωθώ με τα φάρμακα, θα έπρεπε να εξοικειωθώ ακόμα και με μια πιθανή εισαγωγή μου σε ένα νοσοκομείο, για πιθανές εξετάσεις. Εε! Εντάξει αυτά, πριν δεν τα είχα. Εεε! και αυτά με οδήγησαν εκεί, γι' αυτό και λέω εντάξει, από τη στιγμή που, αυτό ήταν το λάθος, γιατί να το ξανακάνω, Δεν υπάρχει λόγος.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Άλλοι πάλι διατήρησαν κάποιες από τις παλιές τους συνήθειες αν και αναγνώρισαν ότι δεν βοηθά την κατάσταση της υγείας τους.

«Η καθημερινότητά μου, άλλαξε η ζωή μου, άλλαξε το διαιτολόγιό μου, εε! είχα κομμένο πλέον το τσιγάρο για μήνες. Περπατούσα, αλλά ως ένας κακός μαθητής και κακός ασθενής, το ξανάρχιζα το τσιγάρο και αναλαμβάνω τις ευθύνες. Διότι, ζώντας και μόνος πλέον στην ηλικία των 63 ετών...είναι η συντροφιά μου . Έτσι το έχω δει εγώ.» (Σ₁₀, καρδιοχειρουργημένος).

Ένα άτομο ανέφερε ότι συνέχισε τον προηγούμενο τρόπο ζωής του «χωρίς περιορισμούς».

«Δεν είμαι όμως, ο άνθρωπος που θα πάω κάθε έξι μήνες στο γιατρό, που θα κάνω εξετάσεις.... Δεν έβαλα τον εαυτό μου σε αυτή την περιπέτεια. Δεν άλλαξα ρυθμούς, δεν άλλαξα τις συνήθειες μου, δεν άλλαξα τίποτα.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

7.2.2.7 Αποδοχή της εικόνας σώματος και των σωματικών περιορισμών

Επιπλέον, για κάποιους οι σωματικές τους αλλαγές οδήγησαν σε μια διαφορετική αποδοχή της εικόνας σώματος αναγνωρίζοντας τους σωματικούς περιορισμούς μέσα από την καθημερινότητα τους.

«...τους πρώτους 2 μήνες, είδα ότι κάτι τσούλαγε διαφορετικά... έπαιρνα ακόμα βαριά φαρμακευτική αγωγή, με οχτώ φάρμακα την ημέρα έτσι, και λέω κάτι έχει αλλάξει τώρα. Και κάτι άλλο, έχω νιώσει τον εαυτό μου μερικές φορές, επειδή συνέχεια κάνω ποδήλατο, ποδαρόδρομους, τρέχω το ένα, το άλλο, ότι κουράζομαι και λίγο πιο εύκολα με πριν.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

Μερικοί ασθενείς που μετά τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ είχαν σωματικές αλλαγές και προσπάθησαν να συνειδητοποιήσουν τις επιπτώσεις και τους περιορισμούς. Μερικοί αισθάνθηκαν άβολα λόγω αλλαγής / αλλοίωσης στην εικόνα σώματος τους. Κάποιοι καρδιοχειρουργημένοι περιέγραψαν τις εμπειρίες τους από τις επιπτώσεις της χειρουργικής επέμβασης που είχαν υποβληθεί.

«Ο πόνος, πιο πολύ πόνος είχα στο σπίτι όταν ήρθα, όταν έθρεφε αυτό,(η τομή) και δεν μπορούσα να σηκωθώ καλά από το κρεβάτι, έπρεπε, όταν θα σηκώνομαι να βάζω ένα μαξιλάρι, γιατί γυρνούσα πλευρό και άκουγα γκουπ!, γκουπ!, γκουπ! που έφτιαχνε αυτό. Δεν ήταν ξέρετε ένα απλό ανεύρυσμα...Εδώ σκίστηκα όλος στο στήθος μπήκε ένα μόσχευμα και πρέπει να ακολουθώ κάποιες διαδικασίες.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

«...στην αρχή, όταν είχα βγει από το νοσοκομείο, η καρδιά μου έκανε τουκ! σαν να χτυπάει ένα ρολόι, Και με ενοχλούσε. Πώς χτυπάει ένα ρολόι; Έτσι χτύπαγε, η βαλβίδα. Εκνευριζόμουν που το άκουγα. Και πολλές φορές και τώρα άμα πέφτω στο κρεβάτι και την ακούω όταν είναι ησυχία και εκνευρίζομαι. Γιατί πρώτα, ο χτύπος της καρδιάς, δεν ήταν έτσι.... Αλλά μου είπε ο γιατρός ότι, αυτή είναι ξένο σώμα.» (Σ15, καρδιοχειρουργημένη)

Άλλοι πάλι είχαν την ανάγκη διατήρησης της αυτοεκτίμησης τους και την αποφυγή του στιγματισμού. Η τομή στον θώρακα και η ουλή προκαλούσε αρνητικά συναισθήματα και αμηχανία στα αδιάκριτα στα βλέμματα των άλλων.

«Μετά όμως, όταν ήρθα στο σπίτι... αυτή τώρα η τομή, εμένα με ενοχλεί... Εγώ, ας πούμε, έχω την τομή, και κάνω έτσι να μην φαίνεται. Δεν φοράω έτσι ανοιχτό μπλουζάκι...Ούτε μου αρέσει που έχουνε μάθει εδώ οι γείτονες, ότι έχω χειρουργηθεί, ναι. Γιατί λέω θα σε λένε, αρρωστιάρα, θα σε λένε καρδιακιά... δεν θέλω να περνάω από κάπου και να λένε να!! αυτή έχει κάνει εγχείρηση καρδιάς. Σαν να σε λυπούνται.» (Σ15, καρδιοχειρουργημένη)

Για τους περισσότερους ο πόνος ήταν επίσης ένα σημαντικό θέμα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που τους προκάλεσε έντονη δυσφορία και μεγάλες δυσκολίες στην καθημερινότητά τους.

«Μου λέγανε όλοι ότι θα γίνω καλά και οι νοσοκόμο, και οι γιατροί και δεν το πίστευα. Είχα τόσο πόνο, μου φαινόταν αιώνας, το πότε θα γίνω καλά και πότε, δεν θα πονάω, πια. Το πρώτο δμηνο,...ήταν όλη μου η ζωή, πόνος. Ήταν σαν να έχω μια πλάκα στην πλάτη μου, ξέρω 'γω. Λες και ήταν πολύ ακόμα το τραύμα.» (Σ20, πολυτραυματίας)

«Το πλέγμα. Αυτό που δεν μπορούσα να βγάλω, το οποίο θα το κουβαλάω μια ζωή. Με πονούσε πάρα πολύ, με πονούσε φριχτά στην αρχή. Για 2 μήνες, 2,5 ήτανε φριχτοί οι πόνοι.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος).

Η απώλεια της όρεξης βιώθηκε ως σημαντικό πρόβλημα που σχετιζόταν με μεγάλη απώλεια βάρους, γεγονός που επηρέασε πολύ αρνητικά τη διαδικασία αποκατάστασης ή την έναρξη των θεραπειών που έπρεπε να ακολουθήσουν.

«Εγώ για παράδειγμα μπορεί όταν μπήκα με εκατό πέντε κιλά, όταν βγήκα από το νοσοκομείο και ζυγίστηκα εδώ όταν γύρισα, ήμουν ογδόντα δύο κιλά. Είχα χάσει πάρα πολλά κιλά, που σημαίνει ότι στην εντατική εκεί ..το μυϊκό μου σύστημα δεν

υπήρχε...ξεκίνησαν μια σειρά προληπτικών χημειοθεραπειών από κει και μετά. Γιατί έπρεπε να γίνει αυτό.» (Σ₂, ca εντέρου)

7.2.2.8 Ψυχικές επιπτώσεις από το πρόβλημα της υγείας

Οι ψυχικές επιπτώσεις από το πρόβλημα της υγείας περιλαμβάνουν τρεις υποκατηγορίες: (α) τις συναισθηματικές (β) τις συμπεριφορικές και (γ) τις γνωστικού τύπου εκδηλώσεις.

α. Συναισθηματικές εκδηλώσεις

Όσον αφορά τις συναισθηματικές εκδηλώσεις, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων παρέπεμπαν σε κατάθλιψη, υπερδιέγερση, φόβο και άγχος, μοναξιά και απομόνωση.

Κατάθλιψη: Η αντίληψη της σοβαρότητας της κατάστασης (καρδιολογικοί ασθενείς) και η αβεβαιότητα της αποκατάστασης (πολυτραυματίες) τους προκάλεσε κατάθλιψη την οποία κάποιοι προσπάθησαν να ελέγξουν.

«Όταν βγήκα από το νοσοκομείο, αυτό το λέω για να δείξω περίπου την ψυχολογική μου κατάσταση έκανα να φάω μια εβδομάδα...Εντάξει εννοείται δεν είχα όρεξη για τίποτα. Η καινούργια πραγματικότητα...από την πρώτη στιγμή το έχω στο μυαλό μου ότι δεν θα επανέρθω, όπως ήμουν πριν, ποτέ. Αυτό είναι αλήθεια, σε ποιο βαθμό θα επανέρθω, είναι το ζήτημα. Το γενικό κλίμα ήταν να μην με χαροποιεί τίποτα.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

«...πέρασα μια κατάθλιψη μετά το χειρουργείο. Ήθελα να είμαι μόνη μου δεν ήθελα να έχω πολλές παρέες, και ένιωσα πολλές φορές, έτσι την απομόνωση. Εγώ ήθελα να είμαι από μόνη μου... και έλεγα "ζήστο", αλλά δεν άφησα, να χάσω τον έλεγχο. Προσπαθούσα να το μειώσω, να το περιφρονήσω.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Κάποιοι ασθενείς συσχέτισε τα καταθλιπτικά του συμπτώματα με την απειλή της ζωής του.

«...Ναι, βέβαια είχα κατάθλιψη, είναι από το άγγιγμα του θανάτου, αυτό ίσως δεν είχα τον κατάλληλο μηχανισμό για να τον ξεπεράσω.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Υπερδιέγερση: Κάποιοι από τους συμμετέχοντες βίωσαν έντονο εκνευρισμό, στρες, και υπερδιέγερση που αδυνατούσαν να ελέγξουν και να εξηγήσουν.

«Όσο είσαι στη μονάδα παίρνεις το κοκτέιλ αυτό που δεν καταλαβαίνεις τίποτα και είσαι χαχα! και χαχαχου! και όλα καλά ...και δεν τρέχει και τίποτα...και λίγο πριν

βγω μου σταματήσανε τα ηρεμιστικά και τα νεύρα μου ήτανε τσατάλια.» (Σ19, πολυτραυματίας)

«Υπάρχουν νεύρα από αυτή την κατάσταση, έχω κάποια νεύρα. Σε σχέση με το τροχαίο, είχα έναν εκνευρισμό. Είχα καμιά φορά θυμό και νεύρα.» (Σ21, πολυτραυματίας).

Φόβος και άγχος: Άλλοι πάλι περιέγραψαν τον φόβο και το άγχος που βίωσαν κατά τη περίοδο της αποκατάστασης στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις καθημερινές ανάγκες της ζωής τους.

«...Δεν μπορούσα να ανέβω τις σκάλες, γιατί είχα φόβο, είχα πάρα πολύ φόβο να ανέβω στις σκάλες γιατί είπα να μην πέσω.» (Σ9, καρδιοχειρουργημένη)

Μοναξιά και απομόνωση: Άλλοι αισθάνθηκαν αδύναμοι και εγκλωβισμένοι στο σπίτι τους, βίωσαν μοναξιά από την αναγκαστική παραμονή στο σπίτι τους.

«Και μη μπορώντας, να βγω. Μη μπορώντας να αποδράσω από το σπίτι έτσι,. Οι δυνάμεις μου ήταν πάρα πολύ ελάχιστες. Ελάχιστες, ήμουν εξαντλημένος από την αναιμία, την εγχείριση. Εε! ήμουν εγκλωβισμένος, ακριβώς, έτσι.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

«..25 μέρες μέσα στο σπίτι, φοβόμουν να βγω έξω μήπως κολλήσω κανένα μικρόβιο, μην αρρωστήσω,...Ήτανε λίγο απομόνωση.» (Σ8, καρδιοχειρουργημένος)

β. Συμπεριφορικές εκδηλώσεις

Όσον αφορά τις **συμπεριφορικές εκδηλώσεις** οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων παραπέμπουν σε μια ενεργοποίηση και έλεγχο της ζωής τους.

«Παίρνοντας τη ζωή στα χέρια»: Ορισμένοι από τους συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να συμβιβαστούν με τις συνθήκες που αντιμετώπισαν. Αντιλήφθηκαν ότι είχαν χάσει την προηγούμενη ζωή τους, την ανεξαρτησία τους και επέλεξαν να «πάρουν τη ζωή τους στα χέρια» τους.

«Ήθελα να είμαι ήρεμος. Μου ήταν πολύ σημαντικό και να μπορώ να ξαναμπώ, στους δικούς μου ρυθμούς της ζωής. Ήταν πολλοί μήνες για εμένα, το να μη μιλάς, κάνε αυτό, κάνε εκείνο μην παραπονιέσαι.... Βέβαια, πείστηκα πάρα πολύ, πάρα πολύ...Μου ήταν πολύ σημαντικό, ήθελα να πάρω τη ζωή μου πίσω ...λέω και τώρα, δεν μένει τίποτα άλλο, από το να τρέξω το χρόνο, να ξαναγυρίσω σε αυτό που ήμουνα.» (Σ19, πολυτραυματίας)

«Ναι, Δεν είχα άλλη επιλογή, δεν έχεις επιλογή . Ή πας να φουντάρεις ή χορεύεις. Ναι, ναι, πήγα μπροστά. Πήγα μπροστά γιατί θα μπορούσα να τα παρατήσω όλα, ας πούμε, να αφεθώ τελείως ή και πολύ χειρότερα...Αλλά, όχι, το προσπάθησα και το προσπαθώ.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Για ορισμένους, η ενεργοποίηση συνδέθηκε με την επιστροφή στην εργασία επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο την ανάκτηση πτυχών της προηγούμενης ζωής τους

«Πολύ χαρούμενη ήμουν ότι θα πάω στη δουλειά μου. Και περίμενα να πάω στη δουλειά μου πως και τι. Έπεσα με τα μούτρα στις υποθέσεις... ήμουν στα δικαστήρια όλη μέρα. Δούλευα όμως, δεν είχα κανένα πρόβλημα διανοητικό. Ήμουν ζυράφι. Δεν είχα κανένα πρόβλημα. Συναισθηματικά ήμουν καλά. Άρχισα να βγαίνω έξω σιγά σιγά. Πήγαινα όλο και προς το καλύτερο.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

γ. Γνωστικού τύπου εκδηλώσεις

Άλλοι πάλι υιοθέτησαν γνωστικού τύπου εκδηλώσεις διατηρώντας την αισιοδοξία τους απέναντι στην ασθένεια ή υποτιμώντας το μέγεθος της απειλής ή την πιθανότητα της υποτροπής.

«... μου είπαν ότι έχω κακοήθεια, αλλά εφόσον χειρουργηθώ τα πράγματα θα φτιάξουν, δεν το πήρα μέσα μου, δεν το έβαλα κατάκαρδα, θεώρησα ότι έχω μια απλή αρρώστια, μια όπως είναι η γρίπη όπως είναι και αυτό... Κρατάω δηλαδή μια αισιόδοξη στάση που είναι νομίζω η καλύτερη που μπορώ να έχω σαν ασθενής. Ότι θα το παλέψω και θα γίνω καλά, όπως ήμουνα πρώτα.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Αντίστοιχα και η πίστη στον εαυτό τους και στο ιατρικό προσωπικό, συνέβαλαν θετικά στην ενεργοποίησή τους και μια αισιόδοξη στάση απέναντι στο πρόβλημα της υγείας τους.

«Είναι πέρα από τις δυνάμεις σου, και όμως το καταφέρνεις. Πίστη μεταξύ της συνεργασίας των γιατρών και των επιστημόνων που έχεις δίπλα σου και του εαυτού σου...θα το πάω και εγώ όσο μπορώ, θα το παλέψω μαζί σας, συνεργασία και προχωράμε. Ό,τι πείτε εγώ είμαι μέσα. Με πίστη και υπομονή καταφέρνουμε τα πάντα. Πίστη στα χέρια μας, στο μυαλό μας, στην ψυχή μας... βλέπεις έχεις ένα πρόβλημα, κάτσε, πάλεψέ το αλλιώς εκεί είναι η γωνιά, μέχρι να έρθει η ώρα σου

εντελώς, ... αυτό είναι το μέλλον σου, αυτό είναι για το καλύτερο, θα το παλέψεις.»
(Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

7.2.2.9 Οικογενειακές σχέσεις

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις όταν επέστρεψαν στο σπίτι τους οι οικογενειακές σχέσεις για κάποιους ήταν υποστηρικτικές και για κάποιους άλλους ήταν επιβαρυντικές. Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (19 άτομα) την φροντίδα τους είχαν αναλάβει τα μέλη της οικογένειάς τους ή άτομα που ήταν συναισθηματικά κοντά τους, τα οποία προσπάθησαν με διάφορους τρόπους να μειώσουν τα αισθήματα ανασφάλειας αλλά και να εκφράσουν την κατανόηση και την αγάπη τους.

και μου έχουν γράψει μια κάρτα, στα λουλούδια που μου είχαν πάρει. Δεν θυμάμαι τώρα τι έγραφε ακριβώς, ότι όταν τα δύσκολα τελειώνουν οι σκληροί συνεχίζουν κάπως έτσι....Και σίγουρα αυτό μου έδωσε άλλη δύναμη και ξέρεις, συγκινήθηκα. Είναι μεγάλο πράγμα. αυτό, να βλέπεις, ότι το αντιμετώπισαν, σχεδόν μαζί μου.»
(Σ₁₁, εμφραγματίας)

Κάποιοι άλλοι (μόνο δύο περιπτώσεις), μετά την επιστροφή στο σπίτι βίωσαν αισθήματα εγκατάλειψης και αδιαφορίας από το οικείο περιβάλλον. Έτσι παρέμειναν αβοήθητοι και χωρίς φροντίδα. Ένας επιδίωξε την απομόνωση παρά την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, προκειμένου να αποφύγει δύσκολες και πιεστικές σχέσεις που προκαλούσαν συναισθηματική κόπωση.

«Μετά όμως, όταν ήρθα στο σπίτι από την εγχείρηση, δεν είχα κανέναν να με βοηθήσει. Και από το κρεβάτι μου έκανα να σηκωθώ, μισή ώρα στην αρχή. Αν είχα και έναν άνθρωπο, που να με φρόντιζε, να με σκεφτότανε, να με πρόσεχε, προπαντός γιατί μου λείπει αυτό η αγάπη, η προσοχή. Δηλαδή αν αρρωστήσω, όπως εγώ φροντίζω άλλους, εμένα δεν με έχει φροντίσει κανένας. Εγώ, πρέπει να σηκωθώ μόνη μου να φροντίσω τον εαυτό μου. Εντάξει αυτό ήταν όλα τα χρόνια μου, το μαράζι που είχα έναν άνθρωπο, τον άντρα μου, να με φροντίζει και τα έκανα όλα μόνη μου.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

«Μόνος μου, κανένας. Αυτό το βράδυ θα μου μείνει αζέχαστο. Το πρώτο 24ωρο. θεωρούσα ότι μπορώ να ζήσω μόνος μου, νευρίαζα γιατί πίεζα πολύ τον εαυτό μου, πρακτικά δεν γινότανε. Και ταυτόχρονα όμως δεν ήθελα και κανέναν, πάνω από το κεφάλι μου. Κάπου είχα κουραστεί. Κάποιους κούρασα και αυτοί με κουράσανε. Υπήρχε μια δύσκολη σχέση, και μετά δεν ήθελα πραγματικά κανέναν.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

Σε άλλες περιπτώσεις το έντονο ενδιαφέρον και η υπερπροστασία της οικογένειας επιβάρυνε συναισθηματικά και δημιούργησε αισθήματα εγκλωβισμού.

«Ο άντρας μου με παίρνει δύο, τρεις φορές την ημέρα και μου λέει: 'είσαι καλά; Πρόσεχε!, πρόσεχε!' Αυτό θέλω να σταματήσει...να αγχώνεται τόσο πολύ, για μένα...ένοιωθα πραγματικά εγκλωβισμένη, πιεσμένη από τη τόσο πολύ προσοχή που έχω. Από όλο αυτό το ενδιαφέρον αισθάνομαι πολύ περιορισμένη. Σου λένε, 'ναι θα πας, αλλά πάρε και το κινητό μαζί σου, μην πάθεις τίποτα.' Δεν θέλω τόσο πολύ, να μ' έχουν έννοια. Δηλαδή, θέλω η ζωή τους να συνεχίσει από 'κει που ήταν πριν αρρωστήσω. Αυτό είναι ένα αγκάθι στη ζωή μας.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

Μέσα από τις αφηγήσεις φάνηκε η έννοια τους και η βαθύτερη επιθυμία τους να μην επιβαρύνουν τους οικείους τους, με συνέπεια να κινητοποιούνται και να ενεργοποιούνται, στη διαδικασία της αποκατάστασης τους. Η πιο πάνω συμμετέχουσα ανέφερε:

«...Βγήκα από το Σωτηρία και μου είπαν ότι για να συνέλθω, θέλω ένα χρόνο. Λέω δεν μπορεί να χαραμίσω έτσι ένα χρόνο να κάνω φυσικοθεραπεία. Πρέπει να αναλάβω τις ευθύνες μου, και να μην τις αφήσω, σε άλλους ανθρώπους...να μην, γίνεσαι βάρος στην οικογένειά σου.... Δεν επέτρεπα στον εαυτό μου να μην τα καταφέρω. Δεν χρειάζεται να το πω. Κάποια πράγματα δεν τα λες, τα κάνεις, δεν θέλω να τους κάνω δυστυχισμένους. Όλα αυτά είναι ένα πακέτο. Σήμερα το έχουμε, αύριο δεν το έχουμε. Μπορεί σήμερα, μ' αγαπάνε, με σκέφτονται. Ο άντρας μου έχει δύναμη, η κούραση όμως; θα τους εξαντλήσει και ψυχικά και σωματικά, αυτούς τους ανθρώπους,...μετά θα παύει το ενδιαφέρον να υπάρχει και η αγάπη. Κι εγώ δεν μπορώ να ζήσω χωρίς αγάπη. Αυτό είναι το αποτέλεσμα.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

7.2.2.10 Το πρόβλημα της υγείας σήμερα

Από τις αφηγήσεις φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες σήμερα αντιμετωπίζουν διαφορετικές καταστάσεις όσον αφορά την υγεία τους και βρίσκονται σε διαφορετικό σημείο εξέλιξης. Η εξέλιξη της υγείας τους και οι προοπτικές που υπάρχουν σχετικά φαίνεται να καθορίζουν τη διάθεσή τους, τους στόχους και τους σκοπούς της ζωής τους αλλά και τον χρονικό ορίζοντα που θέτουν να πραγματοποιούνται όλα αυτά.

Κάποιοι αναγνώρισαν ότι επιβίωσαν και παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν είναι ικανοποιημένοι και μόνο από το γεγονός ότι ζουν την καθημερινότητα τους.

«Εγώ, αυτή τη στιγμή, σκέφτομαι, διαφορετικά λίγο. Και δεν με απασχολεί τόσο πολύ η αρρώστια μου αρκεί να ζω για να μπορώ, να προσφέρω ότι μπορώ, στην οικογένειά μου.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

«Μια χαρά. Ότι είμαι όρθιος μετά από τέτοιο περιστατικό, άμα είσαι όρθιος, είσαι όρθιος.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

α. Αναπόσπαστη πτυχή της ζωής

Παρά τους σωματικούς και ψυχικούς περιορισμούς που βίωναν στην καθημερινότητα τους κάποιοι το έχουν εντάξει και αποτελεί πλέον αναπόσπαστο μέρος της ζωής τους.

«Κοντεύω να το ξεχάσω Εε! Έχει γίνει μέρος της ζωής μου, δηλαδή αν δεν υπήρχαν οι τομές, να μου το θυμίζουμε,...εντάξει θεωρώ ότι η εγχείρηση, με βοήθησε, να βελτιώσω την ποιότητα της ζωής μου.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Δεν θεωρώ ότι έχω πρόβλημα, θεωρώ ότι ούτε καν, δεν έχω πρόβλημα. Το μόνο ότι πονάω με τις αλλαγές του καιρού, αλλά έχω μάθει να το αντιμετωπίζω...Το 'χω, ζω με αυτό και είμαι μια χαρά.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Άλλοι πάλι βίωσαν μια κατάσταση υγείας με εξελικτική βελτίωση μέσα στο χρόνο και που απαιτούνταν επιπλέον συνεχείς παρεμβάσεις για την ολοκλήρωσή της αποκατάστασης τους.

«Η ασθένεια δεν έχει τελειώσει στο εκατό τα εκατό, θα πρέπει να υπάρξει μια συνέχεια, μια παρακολούθηση φυσιοθεραπείες που πρέπει να συνεχίσω να κάνω αλλά εκεί μπαίνουν άλλοι παράγοντες όπως είναι οικονομικοί παράγοντες.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

β. Φόβος επανεμφάνισης του προβλήματος υγείας

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων φαίνεται ότι ένα κοινό θέμα για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν τα έντονα συναισθήματα φόβου για την πιθανή επανεμφάνιση της ασθένειας και την αναγκαιότητα επανεισαγωγής στη ΜΕΘ.

«Με φοβίζει. Με την έννοια, πω! πω! μη μου συμβεί πάλι, το να ξαναβρεθώ στην εντατική, με φοβίζει μήπως ξαναρρωστήσω, αυτή η περιπέτεια με φοβίζει.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Πιο πολύ φοβάμαι τώρα για το τι θα ξημερώσει αύριο, ή την επόμενη μέρα. Άμα μου ξανατύχει έμφραγμα, πώς θα αντιδράσω. Το σκέφτομαι, το σκέφτομαι συνέχεια. Ναι υπάρχει ένας φόβος, για το που θα είμαι. Αυτή τη φορά ήμουν τυχερός, ήμουν»

στο σπίτι. Άμα μου τύχη στη δουλειά, Φοβάμαι πιο πολύ. Το υπογλώσσιο στην τσέπη και άγιος ο Θεός.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

Ένας νέος με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ανέφερε εκδηλώσεις διαταραχής μετατραυματικού στρες με αυτό το ενδεχόμενο.

«...μερικές φορές το βράδυ, στον ύπνο μου. Εάν νιώσω κάποια ζαλάδα, κάποια πίεση να το πω στο κεφάλι, μου θυμίζει αμέσως πράγματα από εκείνη τη στιγμή και με πιάνει έτσι ένα λαχάνιασμα, ένας πανικός να το πω, 3 φορές μου έχει συμβεί την τελευταία εβδομάδα...υπάρχει και αυτός ο φόβος. Η φρίκη της εντατικής θα έλεγα γιατί και ειδικά τώρα που ξέρω το τι μπορεί να προκύψει, από ένα δεύτερο εγκεφαλικό.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο).

Η έμφαση αυτή του φόβου δεν είχε να κάνει μόνο με τη ζωή τους αλλά και με τις ανάγκες της οικογένειάς τους.

«Δεν μπορείς να κλειστείς σε κλουβί όταν είσαι 40 χρόνων...οι κόρες μου, η σύζυγος έχουν ανάγκες. Το σπίτι πρέπει να συντηρηθεί! Τρέχεις! Δεν σταματά η καθημερινότητα, μόνο ο φόβος της επόμενης φοράς.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

Αισθανόντουσαν φόβο και λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στις θυσίες των σημαντικών άλλων προς εκείνους.

«Δηλαδή, ο μεγάλος μου φόβος αυτή τη στιγμή, είναι να μην βρεθώ εγώ στη θέση των δικών μου...Ότι θα πάθουνε κάτι και ότι δεν θα μπορέσω να ανταπεξέλθω, όπως μου σταθήκανε αυτοί...νιώθω λίγος, πώς το λένε, Μπροστά σε αυτό που μου προσφέρανε. Σίγουρα δεν θα μπορέσω ποτέ να το ανταποδώσω.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Κάποιοι άλλοι βρίσκονταν σε ετοιμότητα σχετικά με την επανεμφάνιση του προβλήματος υγείας και κάποιοι έδιναν έμφαση στην σημασία του προληπτικού ελέγχου.

«Ναι είμαι πάντα σε ετοιμότητα, πάντα. Μήπως, μήπως τυχόν κάνει αυτόματα μια μετάσταση που θα πρέπει να την κυνηγήσουν οι γιατροί. Το σκέφτομαι, το σκέφτομαι μην τυχόν και είναι κάτι ξαφνικό και δεν προλάβω τέλος πάντων... Περνάει από το μυαλό μου ... ότι μπορεί κάποια στιγμή, μπορεί να έρθει αυτό.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Άλλοι πάλι, εστίαζαν στο ενδεχόμενο επιδείνωσης της ασθένειας που εξελίσσεται αρνητικά.

«...Δεν θα γίνω ποτέ καλά από την ίνωση. Το μόνο που θα προσφέρω από 'δώ και πέρα, θα είμαι μονίμως σ' ένα πρόβλημα. Και μονίμως μια σκέψη, στο μυαλό, μια σκέψη στα παιδιά μου, στον άντρα μου. Είμαι ένας ευπαθής άνθρωπος άρρωστος, που θα δημιουργεί πάντα προβλήματα. Γιατί είναι συνεχής η αρρώστια μου.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

«Καλός σε όλα. (λυπημένη φωνή). Πάει καλύτερα, πολύ καλύτερα η υγεία μου. Εγώ αυτή τη στιγμή λέω ότι είμαστε καλά. Όμως μπορεί εκεί που κάθομαι να μείνω. Αλλά μπορεί, και να συνεχίσω έτσι όπως είμαι, δεν με πειράζει. Με πειράζει για τους δικούς μου ανθρώπους, εμένα δεν με πολυπειράζει.» (Σ7, πολυτραυματίας)

γ. Απόθεση της εμπειρίας

Μέσα από τις αφηγήσεις φαίνεται ότι δεν μπορούσαν να διαχειριστούν τις αναμνήσεις τους, τις απωθούσαν και εύρισκαν τρόπους υπεραπασχόλησης με τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος τους, ώστε να μην ασχολούνται με αυτές.

«Όχι, όχι τα αποφεύγω να τα σκέφτομαι αυτά... Για μένα το έχω ξεχάσει αυτό το θέμα, το έχω πετάξει πίσω. Η ζωή πάει μπροστά, έχω άλλα να κάνω Έχω τη μητέρα μου άρρωστη, έχω τη δουλειά μου, έχω υποθέσεις, έχω τρεξίματα, έχω υποχρεώσεις, έχω τρία ανίψια που σπουδάζουνε, έχω τον γαμπρό μου που αρρώστησε τώρα, έχω άλλα, τώρα. Το τροχαίο τελείωσε. Για μένα έχει τελειώσει.» (Σ21, πολυτραυματίας)

«Απλά δεν το βάζω καν στο κεφάλι μου, πλέον δεν το θέλω να το θυμάμαι. Δεν μου έκανε καλό...προσπαθώ να μην το σκέφτομαι. Προσπαθώ, να απασχολώ τον εαυτό μου όταν είμαι σπίτι μόνη μου... είτε με το διάβασμα ή με τα social media.» (Σ12, εμφραγματίας)

«Δεν θέλω να τα θυμάμαι, καθόλου τη μέρα που ήμουνα στο νοσοκομείο. Πέρασανε. Δεν θέλω τίποτα να τα σκεφτώ, καθόλου. Οτι πέρασα, πέρασα. Πάω σε άλλο δρόμο τώρα, δεν πάω πάλι πίσω.» (Σ9, καρδιοχειρουργημένη)

7.2.2.11 Καθορισμός στόχων και αντίληψη του μέλλοντος

Οι στόχοι ήταν συνδεδεμένοι με την εικόνα εαυτού τόσο σε σωματικό, όσο σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο καθώς επεδίωκαν να επανενταχθούν. Έθεταν στόχους ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους, την εξέλιξη της αποκατάστασης, τη φάση της ζωής τους όπου βρίσκονταν ή/και την ηλικία τους. Κάποιοι παρά την επίγνωση ότι υστερούσαν ακόμα σε κάποια πράγματα και η αποκατάσταση ήταν σε εξέλιξη έθεταν ως στόχους μεσοπρόθεσμους να αποκτήσουν αντοχές να επιστρέψουν στη δουλειά τους, κάτι που το επιθυμούσαν πάρα πολύ.

«Ναι, στόχους έχω. Θέλω να μπορέσω πραγματικά να αποδεσμευτώ τελείως. Να αποκτήσω αντοχές. Θέλω πολύ να ξαναδουλέψω... Τώρα ναι θεωρώ ότι πρέπει να έχω μια ποιοτική ζωή, στη συνέχεια μπορεί να αποκατασταθεί η υγεία μου στο μεγαλύτερο βαθμό, και εντάξει. Δεν το συζητώ θα προσπαθήσω, θα φροντίζω γι' αυτό όσο μπορώ.» (Σ1, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Να περπατήσω και αν γίνεται να μπορέσω να ξαναδουλέψω.. Θα ήθελα πάρα πολύ να πήγαινα για δουλειά και ας μην έπαιρνα μια.» (Σ7 πολυτραυματίας).

Κάποιοι άλλοι παρά τα εμπόδια που αντιμετώπιζαν από την κατάσταση της υγείας τους έθεταν στόχους που έδιναν νόημα και σκοπό στη ζωή τους όπως την επιμόκυνση της ζωής τους και την εκπλήρωση του γονεϊκού τους ρόλου.

«Οι στόχοι στη ζωή μου, Να ζήσω, όσο περισσότερο μπορώ. Όσο πιο υγιεινά μπορώ, χωρίς να επιβαρύνω την οικογένειά μου... Τα παιδιά μου θέλω να τα δω, να φεύγουν από τα χέρια μου, χωρίς να μ' έχουν ανάγκη.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

Οι νεώτεροι σε ηλικία έθεταν στόχους στο μακρινό μέλλον. Ένας νέος πολυτραυματίας σε φάση αποκατάστασης με σοβαρές οργανικές επιπτώσεις από το ατύχημα και τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, ενώ έθετε μακροπρόθεσμους στόχους ταυτόχρονα αμφέβαλε αν θα είναι σε θέση να τους εκπληρώσει.

«...έτσι μακρινός στόχος, από παλιά είναι αυτό, θέλω να κάνω την οικογένειά μου, να προσφέρω στα παιδιά μου ότι πρόσφερε ο πατέρας μου, που δεν πρόκειται ποτέ να μπορέσω να προσφέρω τα ίδια. Αλλά τέτοια πράγματα και πιο μακρινά, δηλαδή μακροπρόθεσμους στόχους.» (Σ17, πολυτραυματίας)

Άλλοι νεότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες έθεταν ως στόχους την απόλαυση της ζωής, την κοινωνική, επαγγελματική εξέλιξη και διάκριση μέσα από την εκπαίδευση και την καλύτερευση ως Άνθρωποι.

«Θέλω να φτάσω όσο πιο ψηλά γίνεται στον επαγγελματικό τομέα που θα ακολουθήσω. Αυτός είναι ο στόχος μου, παράλληλοι στόχοι είναι πλέον από την ζωή, να διεκδικήσω, όσα περισσότερα γίνονται. Δηλαδή ακόμα και σε υλικά αγαθά, ότι το περισσότερο και ότι το πλουσιοπάροχο γίνεται. Γιατί, λέω πλέον μια φορά ζούμε, δεν πρόκειται να ζήσουμε δεύτερη, ή τουλάχιστον δεν το ξέρουμε. Αυτή τη μια φορά που θα ζήσουμε, να πάρουμε τα πάντα στα γεμάτα. Αυτό ακριβώς...για τους κοντινούς στόχους...να μπω στην τριτοβάθμια εκπαίδευση στη σχολή που θέλω...να πάω και πιο μπροστά, να πάω για ένα master και να το συνεχίσω.. και για το

διδασκτορικό, άμα με παίρνει πλέον. Άμα δεν με έχει κουράσει το όλο θέμα.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«Οι στόχοι, να μην είμαι άλλος ένας άνθρωπος μέσα στην κοινωνία. Θα μπορέσω να προσπαθήσω...Να μην μείνω στάσιμος, να προχωράω είτε καθημερινά, είτε μακροπρόθεσμα, να μπορέσω να πετύχω κάτι. Μέσα από τη δουλειά μου προφανώς και σαν άνθρωπος, να φτάσω σε ένα καλό επίπεδο. Καλό επίπεδο λέγοντας, καταξιωμένος κοινωνικά, καταξιωμένος.» (Σ19, πολυτραυματίας)

Αντίθετα εκείνοι που ήταν μεσήλικες έθεταν στόχους εστιασμένους στο παρόν:

«Ναι, με την παρέα μου, θέλω να είμαι όπως ήμουν και παλιά, να είμαι και τώρα και να συνεχίζει η πορεία της ζωής μου. Από εδώ και πέρα για τη ζωή μου το μόνο που θα έλεγα τώρα, να είμαι καλά, και να περάσει η υπόλοιπή μου ζωή, καλή.» (Σ16, ca εντέρου)

Σε άλλες περιπτώσεις διαπιστώνουμε πως η αναζήτηση συντροφικότητας, η προσφορά αγάπης, και η αφιλοκερδής δοτικότητα αποτελούσαν στόχο ζωής που μέσα από την προσωπική τους εμπειρία οι συμμετέχοντες αποφασίσαν να προσφέρουν στους συνανθρώπους τους. Έτσι ένας στόχος ήταν η δημιουργία μέσα από την συγγραφή ολοκληρωμένων έργων ως καταστάλαγμα της επαγγελματικής πορείας τους.

«Ο στόχος μου είναι ο στόχος της ευτυχίας. Να 'σαι καλά, κανείς, να ζω ανθρώπινα...Τα σχέδια είναι κατ' αρχήν, επαγγελματικά. Στο νου μου έχω να γράψω κάποια βιβλία που κάποια θα αφορούν τη μουσική σαν αποκρυστάλλωση μιας πορείας ως δημοσιογράφος.» (Σ2, ca εντέρου)

«...Έχω στόχους, ναι. Οι στόχοι για εμένα είναι καταρχήν η συντροφικότητα ανέκαθεν και για πάντα...θα είναι προτεραιότητα στη ζωή μου, η αγάπη. Το να προσφέρω αφιλοκερδώς σε ανθρώπους, στον τόπο μου, στο να γράψω ένα καλό βιβλίο που νομίζω είναι από τα καλύτερα. Το έγγραφο μετά την εμπειρία μου αυτή της νοσηλείας μου.» (Σ10, καρδιοχειρουργημένος)

Σε κάποιες περιπτώσεις το μέλλον και το παρόν ήταν συνδεδεμένα με την πληρότητα και την αυτάρκεια χωρίς να δημιουργεί τη ανάγκη για άλλους στόχους.

«Το δικό μου μέλλον, κοιτάζτε δεν μπορώ να σας πω ότι βλέπω κάτι το οποίο θα ήθελα να κάνω...Εμένα αυτό που με ενδιαφέρει είναι να παραμείνω έτσι όπως είμαι. Δεν θέλω τίποτα. Δεν θέλω ν' αλλάζω, όχι. Δηλαδή μ' αρέσει αυτό...Μ' αρέσει η ζεστασιά της οικογένειας.» (Σ3, πνευμονικό οίδημα)

«Δεν κοιτάζω τις ρίζες μου με το παρελθόν. Είμαι στο σήμερα. Ότι ήταν να κάνω, τα έχω κάνει. Γεμάτος. Όχι να κάνω ακόμα, χορτασμένος, χορτασμένος είμαι χορτασμένος. Από όλες τις πλευρές.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

Αντίθετα σε δύο περιπτώσεις (καρδιολογικοί ασθενείς) δεν τέθηκαν στόχοι καθώς από τις αφηγήσεις τους φαινόταν ότι η ασθένεια τους δεν προκάλεσε αλλαγές στη καθημερινότητά τους.

«Οι στόχοι μου στη ζωή είναι αυτοί, που ήτανε και πριν. Δεν έχω βάλει καινούργιους στόχους... Ότι ήταν να κατακτηθεί, κατακτήθηκε. Δεν έχει σημασία το αν αρρώστησα ή όχι. Και να μην είχα αρρωστήσει, σε αυτό το στάδιο της ζωής μου, δεν νομίζω ότι θα έβαζα στόχους πλέον, για το οτιδήποτε. Όχι, όχι δεν άλλαξε κάτι... Δεν υπάρχει προγραμματισμός, τη στιγμή που δεν υπάρχουν και ενδιαφέροντα πλέον. Δεν ξέρεις τι θα σου ξημερώσει αύριο.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

«Στόχους, λέω, να είμαι καλά. Τίποτα άλλο δεν λέω. Δεν έχω στόχους.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων φαίνεται ότι η αντίληψη για το μέλλον επηρεάζεται από την κατάσταση υγείας, την ηλικία και την θέαση ζωής. Για κάποιον το μέλλον γίνεται αντιληπτό ως αισιόδοξο και δημιουργικό σε ότι αφορά την προσωπική του πορεία. Αυτό αντιπαραβάλλεται στο μέλλον της ανθρωπότητας που το βλέπει αρνητικό.

«..το προσωπικό μου μέλλον το βλέπω δημιουργικό και αισιόδοξο. Το μέλλον της ανθρωπότητας το βλέπω ζοφερό. Το δικό μου το βλέπω καλό.» (Σ₂, ca εντέρου)

Για κάποιους άλλους το μέλλον υπήρχε χωρίς χρονικό ορίζοντα και εστιάστηκαν στο παρόν / στο σήμερα αφήνοντας το στη τυχαιότητα της ζωής.

«... Ξέρετε, δεν το σκέφτομαι... Ζω την ημέρα με τα άγχη της, με τις χαρές της, με τις λύπες της, με τις στεναχώριες της, το μέλλον, δεν θέλω να το διαμορφώσω. Δεν θέλω να κάνω όνειρα... ναι, τα αφήνω όπως τα θέλει η τυχαιότητα της ζωής, όπως τα θέλει, ο χρόνος, ο ίδιος.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Γενικά δεν είμαι πολύ των στόχων και πλάνων, γιατί αλλάζω γρήγορα.. Δεν θα τον κρατήσω, οπότε δεν κάνω. Και επειδή η ζωή τα φέρνει έτσι τα πράγματα, που όλα αλλάζουν, η ζωή μας πάει... Έτσι είναι, και την εμπιστεύομαι τη ζωή... Περιμένω να δω πως θα τα φέρει η ζωή.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

Σε κάποιες περιπτώσεις οι σωματικοί περιορισμοί περιόριζαν τις προσδοκίες για το μέλλον και το καθιστούσαν αβέβαιο και δύσκολο.

Η μεγαλύτερή μου ανησυχία είναι αν θα ξαναπερπατήσω, γιατί δεν μπορώ να περπατήσω κανονικά, κουτσαίνω. Το χειρότερο από όλα είναι η ψυχολογία μου...Πάρα πολλές φορές σκεφτόμουν ότι μακάρι να μην είχα μπει σε αυτή τη διαδικασία, να, να τελείωνε το θέμα εκεί ας πούμε, να το πω κάπως έτσι....Το μόνο που σκέφτομαι, ότι δεν μπορώ να περπατήσω.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

«Κοιτάζτε το μέλλον το προσωπικό μου μέλλον. Κοιτάζτε, όσον αφορά προσπαθώ να είμαι γερή και όρθια...Έχω τα κατάλοιπα του τροχαίου κυρίως στη μέση μου και στα πόδια μου και παρόλα αυτά αγωνίζομαι, προσπαθώ και τρέχω.. Το μέλλον το βλέπω δύσκολο. Και για όλους μας. Και για μένα. Η περιρρέουσα ατμόσφαιρα είναι πολύ δυσμενής. Για εμένα είναι ένας αγώνας. Αλλά τώρα έχω, έχω φορτωθεί και τους πόνους του τροχαίου. Το αντιμετωπίζω με ψυχραιμία. Τι άλλο να κάνω;.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

Σε κάποια άλλη περίπτωση για ένα καρδιοχειρουργημένο η ηλικία αποτελούσε εμπόδιο στο να τεθούν στόχοι για το μέλλον.

«Ποιο μέλλον; 55 χρονών είμαι δεν είμαι 25 , ότι ζωή έκανα, κάνω με τη μόνη διαφορά ότι θα περπατήσω, δεν έχει αλλάξει κάτι έτσι στον τρόπο που ζω... όπου πήγαινα τι να κάνω; Τα διαβάσματά μου, οι παρέες μου και συνεχίζω.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

7.2.3 Τρίτο ερευνητικό ερώτημα

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: Αν και πώς άλλαξε ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τους άλλους και τη ζωή και ποιοι παράγοντες συνέβαλαν στις αλλαγές αυτές. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι περιγραφές των ασθενών σχετικά με τις αλλαγές που βίωσαν στην αντίληψη εαυτού, ζωής και των άλλων μετά τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ και την αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας τους. Τη νοηματοδότηση της εμπειρίας τους καθώς και τους παράγοντες που επέδρασαν στη διαδρομή τους. Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται το κεντρικό θέμα, οι κατηγορίες και υποκατηγορίες που αναφέρονται στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Κεντρικό θέμα, κατηγορίες και υποκατηγορίες που αφορούν στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις αλλαγές τον εαυτό τους, τους άλλους, τη ζωή. Τη νοηματοδότηση της εμπειρίας και τους παράγοντες που συνέβαλλαν στις αλλαγές αυτές (3ο ερευνητικό ερώτημα)

3 ^ο Ερευνητικό Ερώτημα	Κεντρικό Θέμα	Κατηγορίες/ υποκατηγορίες
<p>Αν και πώς άλλαξε ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, τους άλλους και τη ζωή και ποιοί παράγοντες συνέβαλλαν στις αλλαγές αυτές;</p>	<p>Αλλαγές ζωής</p>	<p>Συνειδητοποίηση των αλλαγών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγές στην αντίληψη εαυτού <ul style="list-style-type: none"> - Τυχερός - Νικητής - Συμπάσχων • Εκτίμηση της ζωής <ul style="list-style-type: none"> - Σεβασμός της ζωής - Απόλαυση της ζωής - Νέα θέαση της ζωής • Αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους <ul style="list-style-type: none"> - Μεγαλύτερη εγγύτητα - Επιλεκτική αποξένωση από άλλους - Κατανόηση και αποδοχή των άλλων - Παράδειγμα για άλλους • Νέες πηγές ψυχικής δύναμης • Νέες δυνατότητες • Πνευματικές αλλαγές <p>Νοηματοδότηση της εμπειρίας</p> <p>Νοηματοδότηση της ασθένειας/ ατυχήματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ανεξίτηλο σημάδι • Συνάντηση με τον χάρο • Μια ασθένεια όπως τόσες άλλες • Ένα ‘άδικο’ δυστύχημα <p>Νοηματοδότηση της νοσηλείας στη ΜΕΘ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χαμένος χρόνος • Ένας ύπνος <p>Νοηματοδότηση της αποκατάστασης και επιβίωσης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αγώνας • Αναγέννηση <p>Νοηματοδότηση της ζωής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δώρο θεού και δώρο θεραπευτικής ομάδας <p>Νοηματοδότηση της συνολικής εμπειρίας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μετάλλαξη • Δεύτερη ευκαιρία • Μάθημα ζωής • Κέρδος • Παρένθεση • Χωρίς νόημα

		<p>Παράγοντες:</p> <p>Θρησκευτικές, μεταφυσικές εμπειρίες</p> <p>Γεγονότα και εμπειρίες ζωής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προηγούμενα γεγονότα ζωής • Παράλληλα ή μεταγενέστερα γεγονότα <p>• Πρότυπα προς μίμηση</p> <p>Υποστηρικτικό πλαίσιο</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συγγενείς • Άνθρωποι από το πουθενά <p>Ατομικά Χαρακτηριστικά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας • Επιθυμία και θέληση για ζωή • Επίτευξη στόχων • Επαγγελματική εμπειρία
--	--	---

7.2.3.1 Αλλαγές ζωής

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, η συνειδητοποίηση και η νοηματοδότηση των αλλαγών ήταν μια σταδιακή εξελικτική διαδικασία που άλλαξε την ζωή τους ριζικά. Παρατηρήθηκαν διαφορετικό βάθος, ρυθμοί αλλαγής και ανάπτυξης. Η εδραίωση των αλλαγών πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικές φάσεις, για τους περισσότερους όμως μετά την ανάρρωση όταν οι συμμετέχοντες ήταν στο στάδιο της αποκατάστασης ή είχαν επιστρέψει στο σπίτι.

Οι αλλαγές έγιναν αντιληπτές μετά τη συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας τους, την αντιμετώπιση των οργανικών περιορισμών και των νέων πρακτικών αυτοφροντίδας. Μέσα από το βίωμα αυτών των αλλαγών άρχισε και η επεξεργασία των προεκτάσεων στην καθημερινή τους ζωή και στο μέλλον καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τη σωματική αδυναμία και την απώλεια. Συνειδητοποίησαν το τι συνέβη στη ζωή τους, τι επιπτώσεις που έχει όλη αυτή η εμπειρία προσπαθώντας να εξοικειωθούν με τη νέα κατάσταση υιοθετώντας παράλληλα ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης, νέες θέσεις και αντιλήψεις για η ζωή, τους άλλους και τον εαυτό τους.

7.2.3.1.1 Συνειδητοποίηση των αλλαγών

Όπως προαναφέρθηκε, η χρονική στιγμή που αρχίσαν να διαπιστώνουν τις αλλαγές, ήταν για τους περισσότερους, μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, την έναρξη της αποκατάστασης στο κέντρο αποκατάστασης ή στο σπίτι.

«Αμέσως, όταν ήρθα σπίτι, στην καθημερινότητα, όταν άρχισα την καθημερινότητά μου. Ένα μήνα μετά. Όταν λειτούργησα οργανικά.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Για κάποιους άλλους η έναρξη της συνειδητοποίησης των αλλαγών εντοπίστηκε όταν ακόμη νοσηλευόντουσαν «σε συνείδηση» στις ΜΕΘ και συνεχίστηκαν για αρκετό διάστημα μετά την έξοδο από εκεί. Ως αφορμή των αλλαγών αποτέλεσε η αναγνώριση του προβλήματος υγείας, και η πληροφόρηση που έπερναν.

«Από την αρχή, από την εντατική. Το πρόβλημα της υγείας σίγουρα, κάτι τέτοιο σε ξυπνάει και σε αλλάζει σαν άνθρωπο. Υπήρχαν αλλαγές κάθετες στον χαρακτήρα και σε ένα διάστημα και ένα χρόνο μετά. Μαθαίνεις πληροφορίες, που δεν τις ήξερες. Αυτό με έκανε να αλλάζω, ναι. Είναι αυτές οι λεπτομέρειες που σε αλλάζουν και εκείνη τη στιγμή και μετέπειτα. Αλλάζανε αντιλήψεις, αλλάζανε τα πιστεύω. Ανοίγουν τα μάτια σου. Όπως και να το κάνεις ακόμη και να μην το θέλεις.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«Από τότε που βγήκα από την εντατική μέχρι που βγήκα από το νοσοκομείο. Ναι, το δούλενα στο μυαλό μου. Γιατί, παράλληλα έπαιρνα και τις πληροφορίες το τι είχε συμβεί...Και αυτό με έκανε ν' αρχίζω να σκέπτομαι, και μαζί με τις σκέψεις άρχισαν οι αλλαγές. Δηλαδή πρέπει να ξεκινήσω την αντιμετώπιση της ζωής διαφορετικά, αυτό ήταν το δεδομένο.» (Σ₂, ca εντέρου)

Στο ερώτημα αν βοήθησε κάποιος ή κάτι που διευκόλυνε στις αλλαγές αυτές, ανέφεραν ότι για τους περισσότερους δεν υπήρξε κάποιος ή κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Για ορισμένους όμως, πέρα από την έκθεση στις ιστορίες των άλλων, ήταν και η υποστήριξη των ψυχολόγων που επικοινωνούσαν ατομικά αλλά και μέσα από ομάδες με ασθενείς που αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα.

«Στην αρχή απ' ότι καταλαβαίνω, μόνο εγώ, βοήθησα τον εαυτό μου. Και προσπαθώ να βοηθώ και τους ανθρώπους σχεδόν να το δουν έτσι.» (Σ₂, ca εντέρου)

«Απλώς εκεί είχε και ψυχολόγο που μας έβλεπε. Βλέπαμε κάποιες φορές, που περνούσε και μας συναντούσε έναν, ένα. Κάναμε ομαδικές συναντήσεις. Συζητούσαμε τις εμπειρίες του ο καθένας, και τα προβλήματά του.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Πιστεύω, η ψυχολόγος μου με βοήθησε πάρα πολύ, μου ξεκλείδωσε κάποια πράγματα, που δεν τα είχα σκεφτεί ως τότε. Είχα πολλές εμμονές.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Σε μία περίπτωση μόνο αναφέρθηκε ότι συνετέλεσαν οι οικείοι.

«...οι άνθρωποι που αγαπώ, τα παιδιά μου.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Από τις αφηγήσεις τους φαίνεται ότι οι αλλαγές ήταν αντιληπτές ως μεταμορφωτικές μέσα σε μια εξελικτική διαδικασία που τους άλλαζε ριζικά και αμετάκλητα σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής τους. Στην ερώτηση το πώς έγινε αντιληπτή η συνειδητοποίηση της αλλαγής αφηγήθηκαν ότι:

«Είναι πολύ σημαντικό, μαθαίνω να εξελίσσομαι και δεν μένω στάσιμος, ως άνθρωπος. Μαθαίνω να προσαρμόζομαι. Η φάση που πέρασα με την εντατική, το πώς έμαθα τον εαυτό μου, να μη μιλάει, και να μη παραπονιέται, και να αυτοπροσαρμόζεται στην κατάσταση που πρέπει, το έχω μετουσιώσει στο χαρακτήρα μου, έγινε τρόπος ζωής, ναι.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

«Τα έβλεπα τελείως διαφορετικά, σε πολλούς τομείς. Παρατηρούσα διαφορετικά τα πράγματα....αλλά συνεχίζω και αλλάζω σε κάποια πράγματα. Το πώς αντιλαμβάνομαι τις καταστάσεις, ήταν δηλαδή μια διαρκής εξελικτική διαδικασία. Γενικά κάποιες φορές δεν καταλαβαίνω κάποια πράγματα, αλλά κάποιες φορές είναι ξεκάθαρα τα πράγματα, γιατί γίνονται πια.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Κάποιοι ανέφεραν ότι δρούσαν συνειδητά και επεδίωκαν ενεργά να διασφαλίσουν αλλαγές που βελτίωναν την καθημερινότητά τους. Οι αλλαγές αυτές χαρακτηρίστηκαν «ριζικές» και «θετικές»

«Ναι, παρατήρησα, έχω και συνειδητές αλλαγές. Μπορεί να μη τις πετυχαίνω αυτές τις αλλαγές. Το θέμα όμως ότι, επειδή τις θέλω και τις επιδιώκω, πιστεύω αυτό και μόνο, μου δίνει μια άλλη ποιότητα στη ζωή μου, δηλαδή πιο ουσιαστική. ...Είναι κάτι, το οποίο ήτανε ριζική αλλαγή για μένα.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Αλλάζεις πολλά, καταργείς πολλά. Άλλα πράγματα που έχεις σαν στόχους και πρότυπα και κάνεις άλλα μετά. Ναι, ναι, σε αλλάζει ριζικά, θετικές ήταν όλες αυτές οι αλλαγές.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«Οι αλλαγές που έχουν γίνει είναι θετικές όλες, προς το καλύτερο δηλαδή...θα με ξανακάνουν να γίνω όπως ήμουνα τα χρόνια τα παλιά, και θα είναι, πιστεύω, και πιο καλύτερη η ζωή μου, από ότι είναι τώρα.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

α. Αλλαγές στην αντίληψη εαυτού

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες αναγνώρισαν αλλαγές στην αντίληψη του εαυτού τους που για κάποιους σχετίστηκαν με μια μεγαλύτερη ωρίμανση, με την

αγάπη και τη φροντίδα του και την επιθυμία για διεύρυνση των ορίων του, ενώ για άλλους με την αναγνώριση της τύχης που μπόρεσαν και επιβίωσαν και επέστρεψαν στην προηγούμενη ζωή τους.

Τυχερός:

«Θεωρώ πραγματικά ότι σώθηκε η ζωή μου. Η κατάσταση μου ήταν πολύ άσχημη. Βρέθηκε η εντατική, ήμουν τυχερή, με προσέξανε, τα κατάφερα, ελπίζω να ολοκληρωθεί η αποκατάστασή μου.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

«...ναι μεν μου βρέθηκε το πρόβλημα, όμως μέσα στην ατυχία μου ήμουνα και τυχερή, γιατί το πρόλαβα και έζησα, γιατί μπορούσα, δούλεψα, περπατούσα έβλεπα τα παιδιά μου, τα εγγόνια μου και τους ανθρώπους.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

Σε κάποια περίπτωση η τύχη ταυτίστηκε εκτός από την επιβίωση και με την ακεραιότητα της εικόνας του σώματος και την επαναπόκτηση της κινητικότητας τους.

«Στην ατυχία μου είμαι τυχερός εγώ άνθρωπος, ...Είχα καλό διαβατήριο στην τύχη, ...Δεν θα μου άρεσε να έχω τραύμα. Χίλιες φορές που χτύπησα το κεφάλι μου παρόλο ότι θα πέθαινα ... αισθάνομαι τυχερός σε σχέση με τους άλλους, που είχανε κινητικά προβλήματα.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

Νικητής: Η επαφή με την απειλητική κατάσταση υγείας, τον επικείμενο θάνατο αλλά και η επιβίωση μέσα από τη δοκιμασία αυτή επέφερε μια αίσθηση εξοικείωσης με το θάνατο αλλά και δύναμης, όπου μόνο οι «νικητές» μπορούσαν να τον αντιμετωπίσουν, να επιβιώσουν και να κερδίσουν την ζωή τους.

«Γενικά, σκληραγωγήθηκα πολύ. Δηλαδή δεν φοβάμαι πια, ούτε τα νοσοκομεία, ούτε τον θάνατο, ούτε τίποτα.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας).

«Εκείνο που είναι σίγουρο είναι ότι αναθεώρησα την ιδέα του θανάτου. Δεν τον φοβάμαι πια, τόσο. Δεν τον φοβάμαι. Εε! θεωρώ ότι είναι ωραία η ζωή, θέλω να ζήσω, αξίζει να ζει κανείς, για αυτό θα παλέψω, όσο γίνεται, για να ζήσω και ποιοτικά και πολύ. Αλλά, αν είναι να έρθει θε να 'ρθει, αλλιώς θα προσπεράσει.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Αφού τον χαιρέτησα τον χάρο και έφυγα πάει να πει ότι τον ψιλονίκησα. Επιβίωσα, ναι, επιβίωσα. Και αισθάνομαι χαρούμενος, νικητής.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

Στην περίπτωση μιας γυναίκας με πνευμονική ίνωση η επαφή με την απειλή του θανάτου επιβεβαίωσε την δύναμη όπου είχε δείξει σε προηγούμενη παρόμοια εμπειρία που την αντιμετώπισε με επιτυχία.

«Μια γιατρός όταν έφευγα από το νοσοκομείο έλεγε: 'Δεν πιστεύω ότι υπογράψω χαρτί για να βγεις. Δεν περίμενα ποτέ ότι θα φύγεις ζωντανή από δω μέσα.' Νίκησα, τον θάνατο. Ναι, νίκησα. Για άλλη μια φορά, κέρδισα τη ζωή μου. Γιατί, θα μου πεις, τόσο σημαντικό είναι, ναι, νοιώθω πάλι, πολύ δυνατή.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Κάποιοι άλλοι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν το φόβο θανάτου αλλά τον περιέγραψαν «ως βαθύ ύπνο» ως «οικείο» ή «ως μια φυσική κατάσταση στη ζωή».

«Όχι, πλέον όχι δεν τον φοβάμαι επειδή το έχω ζήσει, πλέον, λέω αυτό είναι, εντάξει. Ένας βαθύς ύπνος είναι στην ουσία, δεν είναι τίποτα παραπάνω. Ναι, ναι. Χάνεις τις αισθήσεις σου σιγά σιγά και μετά παπ!, αυτό ήτανε τέλειωσε...Ναι, είναι αυτό ακριβώς είναι οικείο, γνώριμος, τον ξέρω και εντάξει δεν είναι τίποτα. Τόσο πεθάνανε, κανείς δεν γκρίνιαζε...είναι κάτι που είναι μέσα στη ζωή και εντάξει δεν μπορεί να είναι τόσο τραγικό όσο το αναφέρουνε...Ναι, έτσι είναι, έτσι το βλέπω πλέον. Είναι ένας βαθύς ύπνος που κοιμάσαι και που πλέον ο χρόνος μετά αρχίζει και κυλάει αστραπιαία.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο).

«Μάλλον βίωσα το θάνατο, και δεν τον φοβάμαι. Όχι, όχι. μου είναι δηλαδή, πώς να στο πω, σαν να κοιμάσαι. Υπαρξιακά το σκέφτηκα, δηλαδή ότι ο θάνατος δεν είναι κάτι το φοβερό και το σπουδαίο. Είναι κάτι, πώς να το πω, Μεσ στη ζωή ρε παιδί μου. Αυτό είναι γέννηση και θάνατος. Όχι, πιο κοντά στο θάνατο, απλά συνειδητοποίησα τι είναι θάνατος. Εε! ναι λέω σιγά μωρέ!, σιγά μωρέ! το πράγμα.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

Συμπάσχων: Κάποιοι περιέγραψαν ότι έγιναν πιο ευαίσθητοι και συμπονετικοί, στο υποφέρειν των συνανθρώπων τους με τους οποίους συμπάσχουν. Έδειχναν ενσυναίσθηση και αλτρουιστική διάθεση και μια τάση προσφοράς προς το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους.

«Έχω περισσότερη συμπόνοια τώρα, αλλά είμαι και εκ φύσεως έτσι. Μόλις ακούω, κάτι το οποίο είναι αδικία, ασθένεια, φτώχεια, αναπηρία... Όλοι αυτοί, όλες αυτές οι ομάδες των ανθρώπων με προβλήματα, θα ήθελα να μπορούσα να τους παρασταθώ. Έχω πάει και έχω γραφτεί σε ένα αναπηρικό σύλλογο για ΑΜΕΑ, και εκεί προσπαθώ να κάνω όσο μπορώ, ότι είναι δυνατόν.» (Σ₄, πνευμονικό οίδημα).

«Από νέος, έχω βιώσει πράγματα που ήδη ήμουν ενσυνείδητος και σε σχέση με τους άλλους, είτε λόγω εμπειριών, είτε λόγω κυττάρου μου, έχω μια ευαισθησία προς τον πόνο, την αδυναμία, την ανάγκη να δώσω, το είχα και από πριν. Από εκεί και πέρα

αυτό και η νοσηλεία μου και η εμπειρία μου, φυσικά και το αύξησε με έκανε περισσότερο συμπονετικό.» (Σ₁₀, καρδιοχειρουργημένος)

β. Εκτίμηση της ζωής

Η εκτίμηση της αξίας της ζωής, χαρακτηρίστηκε από μία ευρύτερη θέασή της, που περιλαμβάνει την ευγνωμοσύνη προς την ίδια τη ζωή και την αλλαγή προτεραιοτήτων με εστίαση στις πιο σημαντικές πλευρές της. Οι αλλαγές στο επίπεδο αυτό πήγασαν από μια επανεκτίμηση της αξίας της ζωής που σχετίζεται άμεσα με τη συνειδητοποίηση της θνητότητας. Η αξία της ζωής εκτιμήθηκε περισσότερο μέσα από τη πιθανότητα ενός επικείμενου θανάτου.

«Σίγουρα την εκτιμάς περισσότερο τη ζωή...μπορεί να μην λες ότι αυτό που λένε, πέθανα και ξαναγύρισα, αλλά σίγουρα όταν έχεις ένα έντονο συμβάν, έχεις μια χειραψία να πούμε με το Χάρο.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

«Είναι μια νίκη της ζωής, απέναντι στο θάνατο. Εντάξει ο θάνατος είναι ο δυνατότερος, ας μην κρυβόμαστε, τελικά. Αλλά ναι, σε μικρές μάχες νικά η ζωή, ναι, και εκεί πιστεύω ότι εξαρτάται και από τον άνθρωπο, αν θέλει να ζήσει. Και εγώ, ήθελα να ζήσω και θέλω να ζήσω.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Κάποιοι ανέφεραν μεγαλύτερη εκτίμηση για τα πράγματα που προηγουμένως θεωρούνταν δεδομένα.

«Το καλό είναι ότι είδα τον άνθρωπό μου. Να πορευτώ στη ζωή που λέμε. Αν δεν το ας αυτό, τα σκέφτεσαι και διαφορετικά τα πράγματα. Λίγο πιο ευκαιριακά, λίγο πιο, ναι... Εκεί πάει το «ότι δεν με σκοτώνει με κάνει πιο δυνατό», στο να εκτιμήσω πράγματα, ας πούμε, που πριν δεν τα έβλεπα και τόσο.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Σεβασμός της ζωής: Μια πτυχή της εκτίμησης της ζωής αποτέλεσε και ο σεβασμός της που οδήγησε σε αλλαγές που αφορούσαν στην σημασία της υγείας αλλά και στην αίσθηση ευθύνης να διατηρήσουν μια καλή υγεία που μετουσιώθηκε σε πράξη αυτοφροντίδας με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών αλλά και την επιδίωξη ελέγχου.

«Η ζωή μου με αυτές τις αλλαγές γίνεται καλύτερη, γίνεται πιο σωστή, πιο εύρυθμη, πιο υγιεινή εε! και βέβαια είναι και ποσοτικές οι αλλαγές έτσι, έχω χάσει κιλά, τρώω λιγότερο, ξοδεύω λιγότερα για τα τσιγάρα.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Τώρα που το σκέφτομαι λέω ναι, τώρα λειτουργείς πολύ πιο σωστά. Ναι, πιο υπεύθυνα, πιο υγιεινά, πιο με πιο σεβασμό στη ζωή...δεν πρέπει να το παρατραβάς,

να μην φτάνεις τα όριά σου...Πρέπει να σεβαστώ για να με σεβαστεί.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Για τους περισσότερους η υγεία τοποθετήθηκε ως το πιο σημαντικό πράγμα, το πρώτο και στην κορυφή στην ιεραρχία των αξιών της ζωής της σε σύγκριση με τα υλικά αγαθά. Δεν αφορούσε μόνο τη δική τους υγεία αλλά και των άλλων στο στενότερο ή ευρύτερο περιβάλλον.

«Τίποτα, και δεν με ενδιαφέρει τίποτα άλλο, παρά να βλέπω υγεία, να υπάρχει υγεία και δεν με νοιάζει. Τα άλλα όλα μέσα στο πρόγραμμα είναι, για εμένα είναι δευτερεύοντα. Η υγεία είναι πάνω από όλα. Πρώτα των αλλωνών που αγαπώ και είναι στη καθημερινότητά μου και στην έννοια μου, και μετά η δικιά μου. Αλλά αυτό είναι το άλφα και το ωμέγα. Ναι, συνειδητά αυτό είναι. Δεν θέλω κάτι άλλο. Αυτή είναι η ουσία.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Συνέκριναν τη θέση που είχαν στο παρόν με το παρελθόν που δεν την εκτιμούσαν ως ιδιαίτερα σημαντική και δρούσαν βλαπτικά παραμελώντας την.

«Τώρα ναι, τώρα την εκτιμώ την ζωή. Πρώτα δεν την εκτιμούσα, ιδιαίτερα τη ζωή μου γιατί εντάζει την κακοποιούσα με το τσιγάρο, θεωρώ ότι εντάζει, θα μπορούσα να είχα προλάβει πράγματα, δεν το έψαχνα καθόλου, και ούτε δεν του έδινα καμία σημασία... Τώρα, ναι, θεωρώ ότι πρέπει ... να έχω μια ποιοτική ζωή και εντάζει... θα φροντίζω γι αυτό.» (Σ₁, ΧΑΠ/πνευμονία)

Απόλαυση της ζωής: Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι πλέον επιθυμούσαν να απολαύσουν τη ζωή σε όλες τις εκφάνσεις της συμπεριλαμβανομένου και των μικρών χαρών στα καθημερινά πράγματα χωρίς να αναλώνονται σε θέματα χωρίς αξία.

«...Πλέον από την ζωή, να διεκδικήσω, όσα περισσότερα γίνονται. Δηλαδή ακόμα και σε υλικά αγαθά, ότι το περισσότερο και ότι, το πλουσιοπάροχο γίνεται. Γιατί, λέω πλέον μια φορά ζούμε, δεν πρόκειται να ζήσουμε δεύτερη, ή τουλάχιστον δεν το ξέρουμε. Αυτή τη μια φορά που θα ζήσουμε, να πάρουμε τα πάντα. Ναι, «στα γεμάτα», αυτό ακριβώς.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«...δηλαδή έναν περασμένο χρόνο έχουμε, δεν έχουμε άπλετο. Να είμαστε καλά, είναι το θέμα, και να ζούμε όσο γίνεται καλύτερα τη ζωή μας με υγεία.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

«... Έχει και άλλα πράγματα η ζωή δεν είναι μόνο αρρώστια και μουρμούρα. Έχει την καθημερινότητά της, με τα δύσκολά της... Έχει χαρές, μικρές στιγμές.. τις βλέπω και θέλω να τις νιώθω να γεμίζει η ψυχή μου... το πρωί που βγαίνω έξω, βλέπω τον ουρανό. Εκείνη την ώρα μέσα μου νιώθω γεμάτη. Να βγαίνω να περπατάω. Να βλέπω το δέντρο και να το καταλαβαίνω. Ακούω το πουλάκι, δεν μου περνάει απαρατήρητο. Χαίρομαι τα μικρά, αλλά το είχα πάντα αυτό. Τώρα, όσο περνάει ο καιρός, μπορώ να πω περισσότερο, ναι και σε περισσότερα.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Η δημιουργικότητα και ο προσωπικός χρόνος υπερνικούσε τη μοιρολατρική διάθεση και τις απαισιόδοξες σκέψεις.

«Έλεγα αν είναι μοιραίο να γίνει, θα γίνει. Δεν με κρατάει κανείς, ούτε ο γιατρός, ούτε κανείς, ούτε τίποτα. Είναι γραμμένο μου να παω έτσι.... Αφού όμως είδα ότι προχώρησα μπροστά... ξαναπήρα το κουράγιο να προχωρήσω. Για αυτό βγαίνω έξω κάθε μέρα και στο χωριό και εδώ (στην Αθήνα). Βάνω κήπο, βάνω ντομάτες, πιπεριές, μελιτζάνες, σπανάκι. Μου αρέσει έτσι να πηγαίνω για ψάρεμα, ξεχνιέμαι τέλος πάντων.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Νέα θέαση της ζωής: Σε κάποιες αφηγήσεις φαίνονταν να υπάρχει κάποιες φορές μια ποιητική διάθεση που συναντήθηκε με ένα πνεύμα μάχιμης αισιοδοξίας.

«..Περνάει, περνάει ο χρόνος ναι, ναι! και η καρδιά δεν αλλάζει. Μένει καρδούλα. Ναι, καρδούλα... ήμουν πάντα ένας άνθρωπος αισιόδοξος. Αυτό δεν μου το πήρε ούτε η εντατική... και οικονομική καταστροφή, ...Να τα χάσω όλα, αλλά θα πω: Αγάντα, φύγαμε! Δεν θα πέσω στα πατώματα. Ούτε μετά την εντατική είπα δεν θα πέσεις στα πατώματα και ξόφλησες και τέτοια. Όχι παλεύω.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

«Εντάξει πολλοί, τώρα λένε: 'Δεν σκέφτεσαι πότε θα πεθάνεις; Σε βλέπουμε και γελάς όλη μέρα', να πούμε... Λοιπόν και λέω γιατί εγώ στη ζωή μου έμαθα πάντα να γελάω και τώρα θα με αναγκάσει η αρρώστια να κόψω το γέλιο μου. Δεν το κάνω εγώ αυτό το πράγμα.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

«Τα καταφέρνω μόνη μου. Έχω πολύ καλή ψυχολογία. Βλέπω τα παιδιά μου και τα χαίρομαι. Λέω, η ζωή μου είναι μπροστά μου. Όσο ζήσω. Που ξέρω εγώ, αν αυτός που δεν έχει πάθει τίποτα, δεν έχει πιεί ασπιρίνη, αν δεν περάσει αυτοκίνητο και τον χτυπήσει... Ναι, το χαίρομαι, το ζω το εδώ και τώρα. Κάνω όνειρα για το αύριο.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Σε κάποιες άλλες αφηγήσεις διακρίθηκε ένα πνεύμα αποδοχής για όσες δυσκολίες φέρει η ζωή τις οποίες αντιμετωπίζουν με χιούμορ.

«...Δηλαδή το να μην στενοχωριέται κανείς γι' αυτά που συμβαίνουν. Να μη μπορεί ν' ανησυχεί γι' αυτά που συμβαίνουν,. Δηλαδή και τι έγινε που χρωστάμε από δω κι' από 'κει . Ας έρθουν να μας βάλουν φυλακή. Θα μας έχουν 'κει να μας ταΐζουν... Σ' αυτό το στυλ, ασήμαντα στη πραγματικότητα.» (Σ₂, ca εντέρου)

Μια ενδιαφέρουσα θέαση ζωής που υπέθαλπε έναν διαφορετικό φόβο όχι για το εάν ζω, αλλά για το πώς ζω, παρατηρήθηκε σε κάποιες αναφορές των συμμετεχόντων.

«Άχρηστος άνθρωπος δεν ήθελα να ζήσω Καθλωμένη σ' ένα κρεβάτι και εξαρτώμενη από τον οποιοδήποτε. Να περιμένω να μου φέρει ένα ποτήρι νερό ο οποιοσδήποτε ή να γίνω βάρος στους δικούς μου....γιατί οι οικείοι μας είναι που τραβάνε το λούκι που λέμε στη καθομιλουμένη.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Ο ανεξάρτητος χαρακτήρας της πιο πάνω συμμετέχουσας που δεν μπορούσε εύκολα να περιοριστεί και να πειθαρχήσει σε έναν νέο τρόπο ζωής συνέβαλε σε μια θέαση ζωής ευκαιριακή, πρόσκαιρη, άμεση, με δυσδιάκριτα σημεία απαισιοδοξίας.

« Όχι, εγώ θα ζώ όπως ζω και δεν πειράζει αν συντομεύσει ή όχι το όριο της ζωής μου... μια μέρα παραπάνω, μια μέρα παρακάτω δεν έχει σημασία...Εε! σημασία έχει να ζεις την ημέρα....Ότι η ασθένεια δεν μου έδωσε μια θέληση, στο να αλλάξω το σκεπτικό μου και να πω, 'όχι ρε αδερφέ, εγώ γλίτωσα από θάνατο, τώρα θέλω να ζήσω'. Όχι, δεν με ενδιαφέρει. Όσο είναι βρε παιδί μου, όσο υπάρχει.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Απαισιοδοξία και παραίτηση διακρίθηκαν συχνότερα στους ασθενείς που ζουν μόνοι, που δεν έχουν υποχρεώσεις και σε όσους αισθάνθηκαν πως δεν έχουν τους οικείους τους συμμάχους στην φροντίδα και αποκατάστασή τους.

«Λέω πολλές φορές: 'Και γιατί έκανα την εγχείρηση; Τώρα θα είχα φύγει από τη ζωή και δεν θα είχα να τραβάω όλο αυτό το βάσανο, Τώρα εγώ να νοιάζομαι για όλα. Να τρέχω για όλα.' Νιώθω, πώς να σας το πω τώρα, που είμαι μόνη μου και τα τραβάω και σαν μειονεκτικά νιώθω. Το είχα δηλαδή και αυτό, δεν είναι ο άντρας μου γερός. Να μπορώ ... να κάνουμε τις δουλειές μας, να έχω μια υποστήριξη. Δεν ξέρω πολλές φορές δεν αισθάνομαι καλά, αισθάνομαι χάλια. Τώρα λέω, 'τα παιδιά μου τα πάντρεψα, εγγόνια είδα....δεν έχω άλλο σκοπό στη ζωή'. Πολλές φορές, ναι, σηκώνομαι τώρα το πρωί, άντε, λίγο να σκουπίσεις, λίγο ναα! Εδώ, δεν έχω δηλαδή

και κόσμο να τα λερώσει. Κάθομαι τώρα μόνη μου λέω: 'Τώρα, ζωή είναι και αυτή; Νέα γυναίκα να είσαι, να μην έχεις ενδιαφέροντα, ρε παιδί μου, ..επειδή είναι έτσι η κατάσταση, έτσι και ο σύζυγος με το πρόβλημά του όλη μέρα, σε ένα κρεβάτι'. Αυτό μου έχει κοστίσει... Μια ζωή δηλαδή σαν μίζερη.» (Σ₁₅, καρδιοχειρουργημένη)

Άλλοι πάλι αναφέρθηκαν στο απροσδόκητο και το εφήμερο της ζωής και ό,τι μπορεί να φέρει.

«Δεν είναι τίποτα σίγουρο. Αύριο το πρωί δεν ξέρουμε αν θα υπάρχουμε. Δεν τις έκανα πριν αυτές τις σκέψεις, μετά το τροχαίο τις έκανα....έχει μπει πλέον αυτός ο παράγοντας του τυχαίου, του απρόσμενου του ξαφνικού, που σε αναστατώνει, που σε αλλάζει. Που μπορεί να σου στοιχήσει πάρα πολλά. Να σου αλλάξει όλη σου τη ζωή...πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί, γιατί όλα είναι σχετικά ανά πάσα στιγμή όλα μπορούν να αλλάξουν. Υπάρχει μια δυναμική στη ζωή εμείς δεν μπορούμε πάντα να παρεμβαίνουμε, ούτε να τα προβλέπουμε όλα. Δεν ξέρω τι θα συμβεί αύριο το πρωί. Είναι όλα σχετικά, ...τίποτα δεν είναι απολύτως σίγουρο, να σκεφτόμαστε ότι όλα είναι δυνατά.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

«Ναι το αποδέχομαι γιατί εντάζει δεν... η ζωή κυλάει αλλά δεν ξέρεις τι μπορεί να σου φέρει. Γιατί αυτή η ασθένεια έχει και πολλά απρόοπτα. Δεν είναι ότι πάντα είναι σε ένα ρυθμό αυτή η ασθένεια, έχει ξεσπάσματα.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

Μερικοί αναφέρθηκαν στην έλλειψη ελέγχου πάνω στη ζωή, γεγονός που τους κινητοποίησε να την απολαύσουν και να γίνουν 'καλύτεροι άνθρωποι'.

«Είναι ανεκτίμητη όταν τη ζεις ευτυχισμένα, δεν θες να τη χάσεις. Αλλά, δεν μπορείς να κάνεις και κάτι για να πεις, κέρδισα, την έχω, απομονωμένη, τη φυλάω. Είναι σαν να κωνηγάς, τη σκιά σου...Κι όσο τρέχεις εσύ να τη πιάσεις, τόσο πιο πολύ αυτή φεύγει...Είναι κάτι άπιαστο, η ζωή. Απλά το ζεις.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

«... η ζωή μπορεί να φύγει, μέσα σε μια στιγμή. Μπορεί να φύγει αλλά μπορεί και να κερδηθεί. Σημαίνει ότι μπορώ ας πούμε να γίνω καλύτερος αφενός άνθρωπος ενόψει του τέλους, του ενδεχόμενου τέλους.» (Σ₁₀, καρδιοχειρουργημένος)

Άλλοι πάλι, αντιλήφθηκαν τη ζωή ως μια επειρία που δεν πρέπει να καθορίζεται από το δυστύχημα ή το πρόβλημα της υγείας.

«Δεν μπορεί η ζωή μας, να είναι, γύρω από μια αρρώστια. Γύρω από ένα συμβάν. Η ζωή προχωράει. και πρέπει να την ακολουθούμε. Να πηγαίνουμε μπροστά, απ' τη ζωή, όχι πίσω. Να 'μαστε πρωτοπόροι. Να πηγαίνουμε μπροστά, να προλαβαίνουμε,

να νοιώσουμε πράγματα. Και να εισπράξουμε πράγματα ωραία.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

«Για μένα έχει τελειώσει το τροχαίο...Προσέχω πιο πολύ μετά από αυτό(το ατύχημα)...Η ζωή συνεχίζεται, και έχει απαιτήσεις η ζωή... Η ζωή προχωράει. Ναι, αύριο είναι μια άλλη ημέρα.» (Σ₂₁, πολυτραυματίας)

γ. Αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους

Σύμφωνα με τις περιγραφές της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων οι αλλαγές που βίωσαν στις σχέσεις με τους άλλους φαίνεται να γίνονται μέσα στο πλαίσιο της γενικότερης αναθεώρησης της ζωής τους. Οι αλλαγές αυτές έγιναν περισσότερο αντιληπτές μετά την έξοδο από το νοσοκομείο κυρίως στη φάση της αποκατάστασης.

Μεγαλύτερη εγγύτητα: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν την ενδυνάμωση των σχέσεων, μεγαλύτερη συναισθηματική εγγύτητα με τους άλλους και την αναγνώριση όσων συνέβαλαν στην υποστήριξή τους. Πιο συγκεκριμένα, οι σχέσεις με τους οικείους (σύντροφο, παιδιά και φίλους) έγιναν ακόμα πιο σημαντικές στη ζωή τους, απέκτησαν νέο νόημα, γίνονται αντιληπτές ως πολύτιμες. Πολλοί ανέφεραν μια βαθιά ευγνωμοσύνη καθώς χωρίς την στήριξή τους δεν θα είχαν επιζήσει και δεν θα είχαν επιστρέψει τόσο γρήγορα στο σπίτι τους και στη ζωή τους.

«Θεωρώ πολύτιμη τη σχέση που έχω με τη φίλη μου ας πούμε, είναι κάτι που δε θέλω να το χάσω, είναι το ουσιαστικό δηλαδή αυτό το πράμα. Σε περίπτωση που δεν είχα εγώ αυτή τη σχέση, δεν ξέρω αν είχα επιζήσει, ας πούμε. Θεωρώ πολύτιμη τη σχέση που έχω με τ' αδέρφια μου. Θεωρώ πολύτιμη τη σχέση που έχω με τη μάνα μου.» (Σ₂, ca εντέρου)

«... εντάξει η γυναίκα είναι μεγάλο στήριγμα για τη ζωήΕγώ όμως έρχομαι αυτή τη στιγμή, γιατί είκοσι δύο μέρες έξω από το νοσοκομείο δεν έφυγε η γυναίκα μου, ενώ την παρακαλάγανε τα παιδιά μου. Λέει: 'Μαζί ήρθαμε, μαζί θα φύγουμε', αυτά είναι συμβόλαια ζωής.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

«Και τον κόσμο γύρω μου, τους φίλους μου οι οποίοι πραγματικά ήταν δίπλα μου σε αυτές τις στιγμές, πλέον είναι μετρημένοι στα δάχτυλα. ναι, μου στάθηκαν, πώς να το πω το υπέρτατο, το ανεκτίμητο, ανεκτίμητο. Ανεκτίμητη η αξία.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Οι αλλαγές αυτές αντικατοπτρίζουν μια συνειδητή απόφαση να μοιραστούν περισσότερο χρόνο και να δώσουν περισσότερη προσοχή κυρίως στην οικογένεια σε

σύγκριση με πριν, καθώς και να εκφράσουν την αγάπη τους και το ενδιαφέρον τους αλλά και να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους.

«...Πάντα στην οικογένεια. Δίνω πιο πολύ χρόνο στα παιδιά μου... Είχα πάντα ένα πρόγραμμα, πάντα, κάτι ήθελα να κάνω άλλα πράγματα. Άφηνα την επικοινωνία με τα παιδιά. Εε! έλεγα Σαββατοκύριακο θα καθίσω μέσα, θα απασχοληθώ με τα παιδιά. Τώρα δεν υπάρχει Σαββατοκύριακο, υπάρχει η κάθε μέρα, η κάθε ώρα, η κάθε στιγμή. Πριν, δεν υπήρχε η κάθε στιγμή.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

«Άστο λέω μη το παλεύεις με τη δουλειά σου, κοίταζε να ευχαριστηθείς λίγο την οικογένεια.. Της λέω της γυναίκας μου ότι μετά από δύο χρόνια που έχω αρρωστήσει, έχω ευχαριστηθεί την οικογένεια. Ζω τα παιδιά μου από κοντά.... Για να έρθεις κοντά με τα παιδιά και τη γυναίκα σου, πρέπει να τα ' αφήσεις να κυλίσει μέσα σου, αυτή η επικοινωνία μου έλειπε χρόνια.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

Η εγγύτητα τους με την οικογένεια είχε σαν αποτέλεσμα την αναγνώριση μας σημαντικότητας του ρόλου τους μέσα σε αυτή.

«Η συγκλονιστική αλλαγή είναι αυτή. Γιατί για μένα δεν μπορούσα να φανταστώ...γιατί εισπράττεις ακόμη περισσότερη αγάπη, από τα παιδιά σου από μας ανθρώπους σου. Και 'κείνα σε χαίρονται πιο πολύ. Δηλαδή, σαν να κατάλαβαν την αξία μου, την προσφορά μου, την αγάπη μου, πόσο σημαντική είμαι και εγώ, για 'κείνους.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

Επιλεκτική αποξένωση από άλλους: Αντίθετα κάποιοι απομακρύνθηκαν με τη θέλησή τους θέτοντας τα όριά τους σε σχέσεις που μπορεί να τους επηρέασαν αρνητικά και περιόρισαν την επικοινωνία τους λόγω μειωμένων σωματικών και ψυχικών αντοχών ώστε να διατηρήσουν την ηρεμία και την ησυχία τους αλλά και να προστατέψουν τον εαυτό τους από την εξάντληση.

«Θέλω ησυχία. Δεν θέλω τα πολλά. Μου φτάνει η οικογένειά μου. Προσέχω επίσης, την κάθε μου συνάντηση με ανθρώπους που μπορούν να με επηρεάσουν αρνητικά, ψυχολογικά. Και δυστυχώς είναι πολλοί. Πέρα όμως από την οικογένειά μου, και από ένα φίλο που έχω, δεν θέλω να βλέπω άλλον.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

Οι σχέσεις ουσιαστικά δοκιμάστηκαν άλλαξαν οι προσδοκίες και τα κριτήρια αξιολόγησης, ξεκαθαρίστηκαν και διατηρήθηκαν όσες πραγματικά άξιζαν και ήταν αυθεντικές. Μέσα από αυτή τη δοκιμασία διακρίθηκαν εκείνοι που στήριζαν τους

συμμετέχοντες και στάθηκαν στο πλευρό τους. Με αποτέλεσμα να αποκλειστούν σχέσεις που δεν θεωρούνται πλέον θετικές ή ευεργετικές.

«Όλοι είναι καλοί και ακόμα και εχθροί. Θα πάρουν ένα τηλέφωνο να ρωτήσουν από ευγένεια, τι κάνει ο ασθενής. Τα πράγματα όμως είναι αλλιώς, μετά. Μετά ξεκαθαρίζει η ήρα από το στάρι...Εντάξει, ανθρώπους οι οποίοι πλέον με κουράζουν, τους απομακρύνω. Δεν χαρίζομαι, ούτε κρατάω πλέον τα προσχήματα που κρατούσα, ούτε έχω την ευγένεια που είχα πριν, μην στεναχωρήσω, μην κάνω και τα λοιπά. Τώρα, διακριτικά, τους απομακρύνω. Προστατεύω τον εαυτό μου περισσότερο, είτε λέγοντας το άφες αυτοίς ου γαρ οίδασι τι ποιούσι, είτε απομακρύνοντας τους, ανάλογα.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Κοίταξε...επειδή ξέρεις ότι δεν πρόκειται να σε παρεξηγήσουν, επειδή είσαι άρρωστος, βλέπεις με πολύ ψυχραιμία, πολλούς χαρακτήρες ανθρώπων. Είναι σαν σουρωτήρι. Συγκεκριμένα, ένας πρώτος ξάδελφος μου, που έχουμε μεγαλώσει μαζί δεν ήρθε να με δει, ούτε στο νοσοκομείο, ούτε πήρε ένα τηλέφωνο τη γυναίκα μου, για να δει τι κάνω Δεν θα πέσει διαγραφή σ' αυτόν, Σουρωτήρι σκέτο, ναι, δεν περνάς φίλε, από τις τρύπες, για να σ' έχω δικό μου. Κάτσε εκεί, καλά είσαι. Μη με απασχολείς.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βίωσαν απογοήτευση θλίψη και κάποιες φορές θυμό όταν δεν είχαν την υποστήριξη που προσδοκούσαν από σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους.

«Επειδή ξέρω πολύ κόσμο υπήρχαν όμως κι άλλοι άνθρωποι, που ενδιαφερθήκανε, δεν ήμασταν όμως τόσο κοντά. Αλλά παίρνανε τηλέφωνο, που δεν το περίμενα να πάρουν, τόσο πολύ ενδιαφέρον.... Αλλά εδώ, μιλάμε για τους ανθρώπους οι οποίοι, νόμιζα ότι ήτανε δίπλα μου. Τελικά ήτανε ένας ο οποίος δεν ήτανε συγγενής, φίλος μου, από μικρό παιδί. Το περίμενα, αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

«Απλώς με τους δικούς μου δηλαδή τα αδέρφια μου έχουμε κάποια που δεν υπάρχει τίποτα να μοιράσουμε. Ο μεγάλος ειδικά τώρα που μπήκα στο νοσοκομείο μέχρι και τώρα δεν με έχει πάρει ένα τηλέφωνο. Να πει ξέρω εγώ τι έγινε, πώς πας,.... Τώρα βλέπω πιο ξεκάθαρα τους ξένους, με άλλο μάτι και τους δικούς μου πάλι με άλλο μάτι.» (Σ₁₆, ca εντέρου)

«Απογοητεύτηκα από το περιβάλλον. Έπαθα ότι χειρότερο μπορούσα να πάθω. Κρύβονται όλοι γύρω σου, και δεν υπήρχε, κανένας, κανένας. Εκτός από το άμεσο

περιβάλλον μου, την αδερφή μου ας πούμε και την κοπέλα μου. Φίλοι, καλά γνωστούς δεν το συζητάμε. Δηλαδή δυο φορές περάσανε να με δούνε, τρεισήμισι μήνες, δυο φορές περάσανε να με δούνε και αυτό γιατί ήταν ο δρόμος τους. Αλλά δεν πειράζει, καλύτερα. Καλύτερα που γίνονται έτσι τα πράγματα και ξεκαθαρίζεις, ξεσκαρτάρεις. Ναι γιατί είσαι σίγουρος ποιόν έχεις απέναντί σου.» (Σ17, πολυτραυματίας)

Κατανόηση και αποδοχή των άλλων: Άλλοι συμμετέχοντες ανέφεραν μια μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή των άλλων, ακόμα και συγχώρεση όποιου ήταν υπαίτιου για την απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση.

«Τον συγχώρησα αυτόν και του λέω: ‘παιδί μου, είσαι νέος, κοίταξε μην σκοτώσεις και κανέναν άλλον’. Του λέω να προσέχει να μην σκοτωθεί και ο ίδιος.» (Σ21, πολυτραυματίας)

Ένας συμμετέχων ανέφερε τη διεύρυνση των προσωπικών ορίων με συνέπεια την μεγαλύτερη κατανόηση, αποδοχή και αγάπη ακόμα και για ανθρώπους με ιδεολογικές πεποιθήσεις εκ διαμέτρου αντίθετες με τις δικές του.

«Καταλαβαίνω ακόμα και τους ανθρώπους που ψηφίζουν Χρυσή Αυγή. Τους καταλαβαίνω με ποια λογική το κάνουν. Μπορεί να κατανοήσω τις ανάγκες τους, δεν είναι συγκατάβαση. Μπορώ να εξηγήσω την συμπεριφορά τους και το τι πιστεύουν. Ενώ πριν μπορεί να ήμουν απόλυτος...Ε! ναι κάπως αυτό, που έχει να δώσει κανείς είναι μόνο αγάπη και τίποτα άλλο να παραδώσει.» (Σ2, ca εντέρου)

Παράδειγμα για άλλους: Άλλοι πάλι, εξέφρασαν την ανάγκη μετάδοσης μιας «εναλλακτικής λογικής» στους άλλους για να τους βοηθήσουν μέσα από το μοίρασμα της εμπειρίας τους. Επιθυμούσαν να τους ταρακουνήσουν σχετικά με τη σημασία της αυτοφροντίδας και ταυτόχρονα τους βοηθήσουν να μπουν σε αυτήν τη λογική.

«Ναι, δηλαδή είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου, μόνο και μόνο για να λέω και στους άλλους προσέχετε μην πάθετε ότι έπαθα και εγώ. Ναι, ενδιαφέρομαι.Μην πίνεις, μην καπνίζεις, τους καθοδηγώ για να μην πάθουνε και αυτοί ότι έπαθα και εγώ.» (Σ8, καρδιοχειρουργημένος)

«Είναι μια συζήτηση την οποία θέλω να την κάνω τακτικά, με ανθρώπους για να μπορέσω να τους μεταδώσω κάποια εμπειρία μου...Είναι πολύ σημαντικό, δηλαδή. Μακάρι, δεν είναι σωστό αυτό που λέω, μακάρι να μπορούσαν να το ζήσουνε όλοι οι άνθρωποι, αυτό που έζησα, για να καταλαβαίνουνε.» (Σ2, ca εντέρου)

δ. Νέες πηγές ψυχικής δύναμης

Μια άλλη πτυχή των αλλαγών που βίωσαν κάποιοι είναι η αίσθηση της εσωτερικής δύναμης που πηγάζει από το γεγονός ότι κατάφεραν να αντιμετωπίσουν όλες τις δύσκολες στιγμές τις οποίες συνάντησαν στη διάρκεια της ασθένειας και της αποκατάστασης και κάποιοι να επιστρέψουν στις προηγούμενες ενασχολήσεις τους.

«Δεν μπορώ εγώ, δεν είμαι άνθρωπος που κάθομαι και λέω πω! Πω! πεθαίνω. Τώρα πώς να το πω, Έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου!!. Τον νιώθω δυνατό ρε παιδί μου. Είμαι δυνατός. Δεν φοβάμαι, δεν έχω την αίσθηση του φόβου, είναι και θέμα χαρακτήρα.» (Σ18, πολυτραυματίας)

«Να πω ότι ήμουνα πολύ δυνατός, στο να μπορέσω να ξαναβρεθώ σε ένα στάδιο, αρκετά καλό, ούτως ώστε να μπορώ να ξανακάνω και το άθλημα αυτό που έκανα, που με έφερε σε αυτή την κατάσταση...Διότι δεν το βάζω κάτω, και ταυτοχρόνως είναι και ένα χόμπι που με κάνει και ξεχνιέμαι, και περνάω καλά.» (Σ19, πολυτραυματίας)

Μπορεί επίσης να περιελάμβανε την ιδέα της επιβίωσης του τραυματικού γεγονότος που ένα άτομο αισθάνοταν ότι δεν υπάρχει τίποτα που δεν μπορούσε να το κάνει υπερνικώντας ακόμα και τις σωματικές του αδυναμίες.

«Έχω πλέον αναγνώριση της δύναμής μου παρόλο που συνεχίζω και σχεδόν κάνω τις δουλειές μου με ένα χέρι και ένα πόδι, αναγνωρίζω τις δυνάμεις μου και ξέρω, ότι απλά βάζοντας λίγο το μυαλό μου να δουλέψει περισσότερο, μπορώ να καταφέρω τα ίδια πράγματα και περισσότερα. Άμα περάσεις κάτι τέτοιο πιστεύω, που να μην το περάσει κανείς, το εύχομαι, ανακαλύπτει πολύ τις δυνάμεις του... θα την έλεγα αλαζονεία, γιατί βλέπεις ότι κάνεις πράγματα που ούτε εσύ ο ίδιος θα πίστευες την προηγούμενη μέρα ότι θα τα είχες κάνει.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Ο πίο πάνω συμμετέχων ανέφερε και μια άλλη πτυχή της εμπειρίας που ήταν η συνειδητοποίηση της δύναμης μέσα από τον σωματικό πόνο.

«Πίστευα ότι λίγο και πάει θα λιποθυμήσω, κάπως θα αντιδράσω περίεργα με αυτούς τους πόνους που πέρναγα. Στην εισπνοή, στη μισή εισπνοή σταμάταγα, έβηχα, πόναγα και αυτό ήτανε. Όλο το βράδυ πήγε έτσι, με μισή ανάσα στην κυριολεξία. Τα κατάφερα. Και εκεί τα κατάφερα. Ξαφνιάστηκα με τη δύναμη που έχω. Πώς να το χαρακτηρίσω είναι πέρα από τις δυνάμεις σου, και όμως το καταφέρνεις.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Στις αφηγήσεις τονίστηκε ο ρόλος των γιατρών ως πηγή ψυχικής δύναμης και αντοχής που λειτούργησαν ως συμπαραστάτες ώστε να αποκατασταθεί η υγεία και να ξεπεραστούν οι δύσκολες σωματικές και ψυχικές δοκιμασίες

«Δεν πίστευα πριν (στο Θεό) και δεν πιστεύω τώρα, σε ακραίο βαθμό. Δηλαδή ότι και να μου πει κάποιος θα το αμφισβητήσω, γιατί όταν ζύπνησα δεν είδα το θεό. Είδα, έναν γιατρό είδα.... Είδα έναν γιατρό να προσπαθεί να με κάνει καλύτερα.»
(Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«...Αλλά, για μένα η θρησκεία παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου. Η προσπάθεια όμως των γιατρών και η φώτιση των γιατρών μέσα απ' όλα αυτά, είναι τεράστιο έργο για μένα να είμαι ζωντανός.» (Σ₃, πνευμονικό οίδημα)

ε. Νέες δυνατότητες

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μέσα από το τραύμα και τον πόνο, ανοίχθηκαν νέοι δρόμοι, διαφάνηκαν νέες προοπτικές για το μέλλον, ανέπτυξαν καινούρια ενδιαφέροντα, επαναπροσδιόρισαν τις προτεραιότητές τους ή δεσμεύτηκαν σε νέες δραστηριότητες, ευκαιρίες μάθησης, οικοδόμησης μιας καριέρας ή και αλλαγής επαγγελματικού προσανατολισμού και εκπαίδευσης. Τέτοιες αλλαγές τους βοήθησαν να αισθανθούν ότι προσέφεραν τους συνανθρώπους, ότι παρήγαγαν κάτι σημαντικό στη ζωή τους ή ότι συνεβαλαν στην ευημερία των άλλων με το να μοιράζονται τη σοφία που απέκτησαν μετά την τραυματική τους εμπειρία.

«Να φανταστείτε ήθελα να ασχοληθώ με.. ήμουνα μηχανολόγος μηχανικός, ήθελα να ασχοληθώ κάποια στιγμή με τα όπλα Εε! Τώρα θέλω να μπω στο ΠΑΔΑ για τη Σχολή Ιατρικών Οργάνων, να ασχοληθώ με αυτό τον τομέα. Να ! βοηθήσω να βάλω και εγώ το λιθαράκι μου, σ' αυτό το τομέα, όσο μπορώ. Φόραγα ένα νάρθηκα, τύπου κλέτζαχ. Αυτό τώρα κάποιος το σχεδίασε και το φοράω, και τώρα αυτή τη στιγμή...δηλαδή εμένα το χέρι μου αυτή τη στιγμή δεν λειτουργεί σωστά ή έχω ακούσει ένα πόδι ψεύτικο με τσιπάκι να λειτουργεί σωστά, σαν κανονικό πόδι. Λέω, πλέον εντάζει αυτό είναι κάτι το υπέρτατο, σε αυτό θα βοηθήσω.» (Σ₆, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Ο επαναπροσδιορισμός των προσωπικών προτεραιοτήτων και η διαχείριση του προσωπικού χρόνου ήταν ένα ακόμα θέμα που ανέφεραν συμμετέχοντες.

«Περισσότερα, ανέπτυξα νέα ενδιαφέροντα, τώρα εντάζει, περισσότερο ασχολούμαι δηλαδή μ' αυτά με θέματα υγείας. Δεν το 'κανα αυτό πριν, ας πούμε, αυτό δεν μ' απασχολούσε. Ναι, ναι, ακριβώς αυτό, δηλαδή, δεν το συζητάω, τώρα έχω

μεγαλύτερα ενδιαφέροντα, ιδιαίτερα για τη ζωή, για την υγεία γι' αυτά.» (Σ₂, ca εντέρου)

«Απλά αισθάνομαι πια, ότι θέλω να ζήσω ελεύθερα. Τον χρόνο μου να τον διαχειριστώ ελεύθερα, χωρίς πρέπει... Ήδη έχω τα πρέπει από το καλούπι στο οποίο έχω μπει μετά την επέμβαση. Τα πρέπει από τα οποία μπορώ να απαλλαχτώ έχω απαλλαχτεί, και απαλλάσσομαι σιγά σιγά. Βέβαια είναι επίπονο, δεν γίνεται αμέσως... Τώρα δίνω προτεραιότητα σε αυτό που θέλω εγώ.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

στ. Πνευματικές αλλαγές

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά και υπαρξιακά ζητήματα και ενδυνάμωση της θρησκευτικής τους πίστης που συνέβαλε σε μια νέα προοπτική και απόδοση νοήματος στη ζωή όπως και μια νέα αίσθηση σκοπού και προορισμού ύπαρξης. Θέτοντας ερωτήματα υπαρξιακά όπως «γιατί να επιζήσω εγώ;» ωθήθηκαν να ζήσουν πιο ουσιαστικά και να γνωρίσουν τον εαυτό τους. Σε ελάχιστες περιπτώσεις υπήρξε έκπτωση της θρησκευτικής τους πίστης χωρίς αλλαγές στην κατανόηση πνευματικών ζητημάτων.

Κάποιοι ανέφεραν υπαρξιακές αναζητήσεις οι οποίες είναι υπό εξέλιξη και διαμόρφωση, όπως «Όλα συμβαίνουν για κάποιο λόγο μέσα σε ένα σύμπαν που όλα είναι τυχαία». Άλλοι, έθεταν ερωτήματα όπως «γιατί να επιζήσω εγώ;» κάτι που δεν μπορούσαν να νοηματοδοτήσουν αλλά που τους ώθησε να ζήσουν πιο ουσιαστικά.

«Το ότι εγώ όπως πούμε, που μπόρεσα και επέζησα από αυτό και δεν πέθανα όπως τόσοι άλλοι θα μπορούσα να έχω πεθάνει, γιατί να μην έχω πεθάνει, Όχι, δεν μπορείς να δώσεις εύκολα απάντηση σ' αυτό. Αυτός είναι και ο λόγος που λες, όχι θα ζήσω. Αυτό το πράγμα που μου μένει να ζήσω, πιο ουσιαστικά. Αυτό βλέπω δηλαδή περισσότερο σαν καταστάλαγμα.» (Σ₂, ca εντέρου)

«Βασικά υποτίθεται ότι ερχόμαστε στη ζωή, για να εκπληρώσουμε κάποιο σκοπό. Ίσως και να μην ερχόμαστε για κανένα σκοπό. Απλά, για να δούμε, ποιοι είμαστε εμείς μέσα μας, εμείς μέσα μας, να μάθουμε ποιοι είμαστε και να βοηθάμε τους άλλους... Θεωρώ ότι είναι περισσότερο να τα βρούμε με τον εαυτό μας και να βοηθήσουμε τους άλλους, αν μπορούμε. Αν δεν μπορούμε να μην κάνουμε κακό, έστω... Εντάξει εγώ πιστεύω ότι όλα τα πράγματα, πρέπει να γίνονται για κάποιο λόγο στη ζωή μας. Αυτό. Και ο λόγος που έζησα και δεν πέθανα, ήταν ότι γιατί έχω ακόμη

πράγματα, όχι να ζήσω, να δω κάποια πράγματα που δεν τα είχα ήδη δει, για τη ζωή μου.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Μία εμφραγματίας κατέθεσε την δική της άποψη:

«... Να μας οδηγεί να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι. Ναι. να αφήσουμε λίγο καλύτερες αναμνήσεις στους υπολοίπους κάποια στιγμή που θα φύγουμε. Κάπως έτσι. Απλά να γίνουμε λίγο, πιο ανεκτικοί με τους ανθρώπους, βασικά για να με θυμούνται καλύτερα, αυτό εννοώ υστεροφημία.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Κάποιοι ανέφεραν μια μεγαλύτερη κατανόηση και ανεκτικότητα στις πνευματικές πεποιθήσεις των άλλων.

«Τα πνευματικά υπαρξιακά ζητήματα τα κατανοώ, τα δέχομαι μάλλον πιο εύκολα. Και τώρα θα 'λεγα, δηλαδή ότι κάποια πράγματα τα θεωρώ και λίγο αστεία, αλλά μπορώ να κατανοήσω κάποιον με τις πνευματικές του ανησυχίες του, ανεξάρτητα αν τις ενστερνίζομαι ή όχι... Η θρησκευτική μου πίστη είναι ενδυναμωμένη σε μεγάλο βαθμό σε σχέση αυτό που ήταν πριν.» (Σ₂, ca εντέρου)

Άλλοι αναγνώρισαν ότι η θρησκευτικότητά τους ενισχύθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό από το βίωμα τους στις ΜΕΘ

«...Από βιώματα στη ΜΕΘ, από παραισθήσεις, αυτό το όνειρο που είδα να το πούμε έτσι. Ναι, ναι. γιατί αυτό μου προσέφερε εκείνη τη στιγμή σιγουριά, γαλήνη ξέρω εγώ ένα και δεύτερον τύχη. Δεν πιστεύω τόσο στην τύχη, δηλαδή όλα έχουν κάποιο λόγο που γίνονται, και πιστεύω ότι βοηθάει... Ναι γιατί όταν θεωρώ γενικά τον εαυτό μου καλό άνθρωπο, ας πούμε για πολλά πράγματα στη ζωή μου, αυτά θα λάβω και πίσω.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αποτέλεσαν πηγή αναφοράς και δύναμης που τους κινητοποίησε να επιτύχουν τους στόχους τους. αναφορές στην πίστη και στην ανάπτυξη μιας πνευματικότητας που είχε θετικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία.

«Η πίστη μου στο Θεό και η πίστη μου στον εαυτό μου ότι είμαι δυνατή και θα τα καταφέρω και θα τα βγάλω πέρα και θα περπατήσωΕίχα δηλαδή τέτοια πίστη ότι θα τα καταφέρω....που ήταν ασάβινη αυτή η πίστη που είχα...Μετράει η ψυχή να έχεις ψυχή και να το παλεύεις...Καμιά φορά αυτά τα ατυχήματα μας κάνουν πιο δυνατούς. Ναι, ναι ο άνθρωπος έχει μεγάλες δυνάμεις. Την δύναμη την πήρα από τον εαυτό μου και από τον Θεό. Έτσι πιστεύω. Ο Θεός πάντα δίνει την πιο μεγάλη

δύναμη και μετά την παίρνει ο άνθρωπος, πάντα από τον Θεό παίρνεις Δύναμη.»
(Σ₂₁, πολυτραυματίας)

7.2.3.2 Νοηματοδότηση της εμπειρίας

Η ανάγκη των ασθενών για νόημα θεωρήθηκε ότι έγινε επιτακτική όταν βρεθηκαν αντιμέτωποι με ένα γεγονός, όπως είναι μια τραυματική εμπειρία που περιελάμβανε τη διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας, ένα ατύχημα, τη νοσηλεία στις ΜΕΘ αλλά και τη διαδικασία της αποκατάστασης, καθώς οι εμπειρίες αυτές ανέτρεψαν τα δεδομένα της ζωής και έφεραν στο προσκήνιο σημαντικά υπαρξιακά ζητήματα. Καθώς οι ασθενείς περνούσαν από τα διάφορα πλαίσια νοσηλείας και φροντίδας νοηματοδοτούσαν αυτά που ήταν σημαντικότερα συναισθηματικά στη διαδρομή τους. Έτσι κάποιιοι νοηματοδοτούσαν την εμπειρία στη νοσηλεία στις ΜΕΘ, άλλοι την αποκατάσταση, άλλοι την απειλή του θανάτου, μερικοί την ασθένεια και τις αλλαγές ζωής που επέφερε, αλλά και την συνολική εμπειρία που βίωσαν. Αξιοσημείωτο είναι ότι κάποιες φορές ήταν σαφές το αντικείμενο της νοηματοδότησης. Άλλες φορές πάλι ήταν ασαφές και διαφορούμενο.

α. Νοηματοδότηση της ασθένειας/ατυχήματος

Η ασθένεια ή το ατύχημα έρχεται να ανατρέψει καθοριστικά και βίαια τη ζωή και να δημιουργήσει ανεξίτηλα τραύματα μέσα στο χρόνο. Σε αυτήν την εμπειρία αποδίδουν διάφορες νοηματοδοτήσεις.

Ανεξίτηλο σημάδι: «Βέβαια, το έμφραγμα είναι μια στάμπα. Η οποία δεν θα φύγει ποτέ. Βέβαια στάμπες, όλοι μας λίγο-πολύ έχουμε πάνω μας κάποιες. Εντάξει, λέω και εγώ έχω πάνω μου μια τέτοια στάμπα που αν την προσέξω, από κάτι άλλο θα φύγω, εκτός από αυτό» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

«Δεν ξεκολλάει από πάνω σου. Είναι ένα τραύμα ψυχολογικό. Εξαρτάται πως θα το πάρεις. Πόσο δυνατός θα είναι ο χαρακτήρας σου. Εγώ ειλικρινά σας μιλάω, σας λέω δεν ξεχνάς ότι το 'χεις (το πρόβλημα υγείας). Αλλά το θέμα είναι πώς θα το αντιμετωπίσεις.» (Σ₄, πνευμονικό οίδημα)

«..... Αλλά ναι, πιστεύω ότι όσα χρόνια και να περάσουνε είναι κάποια, τόσο έντονα αυτά τα πράγματα, τόσο παράξενα που θα τα νιώθω πάντα τόσο έντονα μέσα μου. Όλη μου η εμπειρία με χάραζε. Τέλος.» (Σ₁₇, πολυτραυματίας)

«Δεν θα τη ξεπεράσω ποτέ θα την κουβαλάω για πάντα, ανεξίτηλη, ναι, μια άσχημη παρένθεση στη ζωή μου. Εεε!! που σου αφήνει κάποια σημάδια. Στεναχωριέμαι. Το κουβαλάω μέσα μου. Δεν με φοβίζει αλλά είναι ένα πικρό συναίσθημα, είναι μια άσχημη εμπειρία.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

Συνάντηση με τον χάρο: Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων με καρδιολογικά νοσήματα, νοηματοδοτούσαν την απειλή της ζωής τους ως μια επαφή με τον Χάρο.

«Άμα σταματήσει η καρδιά, δεν σταματάει; Σίγουρα. Λες ότι... μπορεί να μην λες ότι αυτό που λένε, 'πέθανα και ξαναγύρισα, αλλά σίγουρα είχες ένα έντονο συμβάν, Είχες μια, μια χειραψία να πούμε με το Χάρο... Δεν σε αγκάλιαζε, αλλά από μακριά σε χαιρέτησε σίγουρα.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

«Πήγα και γύρισα από τη μια τράβαγε ο χάρος και από την άλλη οι γιατροί.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

«Είπα, πέθανα και ζωντάνεψα. Ήρθα από άλλο κόσμο και έγινα άλλος άνθρωπος. Από την εγχείρηση και όλα αυτά έγινα καλά και δόξα το Θεό να λέω. » (Σ₉, καρδιοχειρουργημένη)

Μια ασθένεια όπως τόσες άλλες: Αντίθετα κάποια εμφραγματίας νοηματοδοτεί σαν μια ασθένεια σαν τις άλλες.

«Δεν αγχώθηκα πολύ... Ε! έπαθα έμφραγμα. Θα μπορούσα να πάθω και κάτι πιο σοβαρό., έπαθα έμφραγμα. Όλοι στη ζωή μας κάτι παθαίνουμε. Εγώ έπαθα αυτό. Εντάξει. Α! ένας άνθρωπος είμαι που έπαθα ένα έμφραγμα.» (Σ₁₃, εμφραγματίας)

Ένα «άδικο» δυστύχημα: Μία πολυτραυματίας νοηματοδοτεί το ατύχημα ως αδικία που αδυνατούσε να εξηγήσει.

«Ήμουν πολύ στεναχωρημένη. Έλεγα γιατί να γίνει. Δεν μπορούσα να καταλάβω γιατί να γίνει αυτό σε εμένα, αδικία.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

β. Νοηματοδότηση της νοσηλείας στη ΜΕΘ

Ο χρόνος της νοσηλείας χωρίς συνείδηση και αναμνήσεις νοηματοδοτείται ως ένας χαμένος χρόνος ή ως ύπνος όπου η ζωή διακόπτεται και ένα κομμάτι από τη ζωή τους χάθηκε γιατί δεν βιώθηκε, σαν αποτέλεσμα της απουσίας τους.

Χαμένος χρόνος : *«Ναι, σταμάτησε αυτός ο χρόνος για μένα. Για μένα δεν υπήρξε. Το λέω, το δηλώνω και το υπογράφω. Και ξαναγύρισα πίσω, όταν ξύπνησα. Ζούσα με καλώδια με τεχνικό τρόπο...Τίποτα, αυτό το διάστημα για εμένα είναι ένας*

χαμένος χρόνος... Σαν να είχε διακοπή η ζωή μου, ένα κομμάτι της ζωής μου είχε φύγει, χωρίς να το ζήσω...ήμουν απούσα εγώ η ίδια από τη ζωή.» (Σ21, πολυτραυματίας)

ένας ύπνος: «Εγώ κοιμήθηκα, και ξύπνησα μετά από δυο μήνες, λες και κοιμήθηκα βράδυ και ξύπνησα πρωί. Σαν να ξύπναγα από έναν ύπνο καθημερινό μιας ημέρας... Τον έχασα τον χρόνο.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

γ. Νοηματοδότηση της αποκατάστασης και επιβίωσης

Η διαδικασία της αποκατάστασης νοηματοδοτείται άλλοτε ως «αγώνας» που απαιτούσε ψυχική δύναμη και άλλοτε ως διαδικασία αναγέννησης.

Αγώνας:

«Ήταν ένας αγώνας. Όχι, ερχόντουσαν, οι άνθρωποι προσπαθούσαν να μου κάνουνε γυμναστική στα πόδια. Εγώ είχα ξυπνήσει, πήγαινα πολύ καλύτερα από το χτύπημα στο κεφάλι, αλλά δεν μπορούσα να σταθώ όρθια και να πάρω ένα βήμα.. Ήταν ένας αγώνας, ήταν ένας αγώνας.» (Σ21, πολυτραυματίας)

Αναγέννηση:

«Εφτασα στο μηδέν και αναγεννήθηκα, κατά κάποιο τρόπο. Απλώς ήταν μια δοκιμασία.» (Σ20, πολυτραυματίας)

«Μετά την επέμβαση εε! αισθανόμουν να ξαναγεννιέμαι μέρα με την ημέρα.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

«Τα πάντα έγιναν από την κυρία Π... (ιατρός). Σαν να πήγα σαν να πήγα πεθαμένος εκεί στο κέντρο αποκατάστασης, και με ανέστησε και με έκανε πάλι, άνθρωπο γύρισα στο σπίτι μου και στην οικογένειά μου.» (Σ7, πολυτραυματίας)

δ. Νοηματοδότηση της ζωής

Δώρο θεού και δώρο θεραπευτικής ομάδας: Η ζωή νοηματοδοτείται ως δώρο Θεού ή της ιατρονοσηλευτικής ομάδας που οφείλουν να εκτιμήσουν, αξιοποιήσουν και χαρούν, μετά τη συνειδητοποίηση της απειλής ζωής.

«... από τη στιγμή που εμένα μου δόθηκε το δώρο μετά από ένα γεγονός που οδηγεί στο θάνατο, να ζήσω, ε!! τη ζωή οφείλω να τη σεβαστώ και να τη γευτώ. Το καταλαβαίνει κανείς όμως, όταν αγγίζει το θάνατο. Μόνο τότε το καταλαβαίνει.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

«Έχω την ευεξία, την υγεία μου, τη ζωή. Αυτό είναι δώρο του Θεού... Το αν ζω, είναι θαύμα. Και μέτρησε πάρα πολύ η άμεση μεταφορά. Βρέθηκε ασθενοφόρο και με πήρε

στο dt.... Βέβαια, ήθελε ο Θεός να ζήσω, ήθελε ο Θεός. Βέβαια, ένα δώρο του Θεού. Και οι άνθρωποι με βοήθησαν και η ομάδα του Ευαγγελισμού είναι εξαιρετικά καλή η νευροχειρουργική ομάδα με τον κύριο Σ...(γιατρός), εξαιρετικός καθόλα.» (Σ21, πολυτραυματίας)

«..Και μου 'ρθαν παραδείγματα ανθρώπων. Τον Ωνάση τον έσωσε τίποτα; Την Αλίκη Βουγιουκλάκη πού 'χε δισεκατομμύρια, από τον καρκίνο την έσωσε τίποτα; Και σένα ρε! Φίλε, λέω, στην έκανε δώρο τη ζωή, με μία ζαριά, ο Χριστός. Έτσι, ναι, βέβαια τεράστιο! δώρο. Το οποίο δεν μπορείς να το ανταποδώσεις με τίποτα, έτσι το νοιώθω εγώ. Να το αξιοποιήσω, να το χαρώ γιατί μπορεί και να αλλάζει γνώμη, και να μου πει, ρε! φίλε δεν άξιζε το κόπο για πάρτη σου, έλα πάνω.» (Σ3, πνευμονικό οίδημα)

ε. Νοηματοδότηση της συνολικής εμπειρίας

Νοηματοδοτούν την συνολική εμπειρία που βίωσαν ως μια πρόκληση την οποία αντιμετώπισαν, επιδεικνύοντας θάρρος και δύναμη και η οποία παράλληλα αποτέλεσε την αφορμή για σημαντικές αλλαγές και νέες συνειδητοποιήσεις για τον εαυτό τους και τους άλλους και τη ζωή.

Μετάλλαξη: Μία πολυτραυματίας νοηματοδότησε τις αλλαγές που βιώνει ως μετάλλαξη.

«Γενικότερα, απορώ και με τον εαυτό μου. Λέω μα δεν είναι δυνατόν; μα τι έπαθα, μετάλλαξη; Τόσο πολύ.» (Σ1, ΧΑΠ/πνευμονία)

«Εντάξει ήταν κάτι, το πιστεύω, η μεγαλύτερη εμπειρία της ζωής μου. Ναι, ναι σε αλλάζει ριζικά, σε αλλάζει ριζικά. Είναι, ήταν φοβερή εμπειρία, τραγική κατά κάποιο τρόπο, αλλά πήρα πάρα πολλά. Πάρα μα πάρα πολλά.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Δεύτερη ευκαιρία: Η συνολική εμπειρία περιγράφηκε ως μια δεύτερη ευκαιρία ή δεύτερη γέννηση. Η ζωή χωρίζεται στα δύο «πριν» και «μετά», με αλλαγές στον τρόπο σκέψης και αντίληψης. Αν και η ζωή «μετά» το δυστύχημα ή την ασθένεια δεν είναι ασύνδετη με την προηγούμενη, περιγράφεται όμως ως διαφορετική σε πολλούς τομείς.

«... εγώ το καταλαβαίνω σαν μια δεύτερη ευκαιρία που μου δόθηκε. Ναι, ναι κανονικά που σε φυσιολογικές συνθήκες θα πρέπει να θεωρεί κανείς, ότι ξαναγεννήθηκε. Εε! ότι για παράδειγμα το 55 ως το 2012 ήταν αυτή η ζωή του, και από το 2012 και μετά μέχρι όσο, θα πρέπει να 'χει μια άλλη ζωή, που μπορεί μεν να μην αποσυνδέεται από την προηγούμενη αλλά, αλλά σίγουρα θα πρέπει να είναι

διαφορετική σε διάφορους τομείς και κυρίως στο τρόπο που σκέφτεται κανείς.» (Σ₂, ca εντέρου)

Η συνολική εμπειρία των αλλαγών στη ζωή τους αποτιμήθηκε θετικά παρά και τις αρνητικές επιπτώσεις που συνυπήρχαν με τις θετικές

«Όλη αυτή η εμπειρία ήταν θετική. Όσο και να ακούγετε τρελό, ήταν θετική. Οξύμωρο ακούγεται. Ήταν θετική γιατί, θα σας πω, από την άποψη της υγείας μου βέβαια, ήταν αρνητική δεν το συζητώ έτσι, όμως μου έκανε καλό, σε τόσα άλλα πράγματα, που τελικά, η ζυγαριά κλείνει προς το θετικό.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Μάθημα ζωής: Μία νέα πολυτραυματίας νοηματοδότησε την εμπειρία της ως «μάθημα»

«Μόνο όταν πονάω με ενοχλεί, αλλά εντάξει θεωρώ ότι ήταν το τίμημα για να καταλάβω κάποια πράγματα στη ζωή μου, για να δω τη ζωή μου διαφορετικά. Ίσως χρειαζότανε...είναι ένα διάλλειμα, το όλο αυτό που πέρασα με το ατύχημα. Για να κατασταλάξω, να σκεφτώ και να ξαναπάρω δυνάμεις να ξαναμπώ σε αυτή τη διαδικασία, αλλά που με έκανε να μάθω πράγματα κυρίως για τον εαυτό μου και μετά για τους άλλους. Πιστεύω ήταν ένα επιμορφωτικό μάθημα, λέω, ξέρω εγώ, Πώς να το πω, Καταλυτικό, εντέλει, ήταν μια πολύ δυνατή εμπειρία της ζωής μου που μάλλον έπρεπε να τη βιώσω.» (Σ₂₀, πολυτραυματίας)

Κέρδος: Κάποιοι συμμετέχοντες νοηματοδοτησαν το γεγονός ότι επέζησαν ως «κέρδος» ή «θετικό πακέτο» που συνέβαλε ώστε να είναι δημιουργικοί και πιο πλούσιοι σε εμπειρίες.

«Κοιτάχτε, το γεγονός ότι επέζησα. Το να ζήσω 2-3 μήνες πριν το χειρουργείο, ενώ είχα το πρόβλημα, το να κάνω χειρουργείο και να βγω από εκεί πέρα σώος και όλο αυτό και ότι συνεχίζω και ζω και γράφω και δημιουργώ κάτι καλό, όλο το πακέτο ήταν θετικό.» (Σ₁₀, καρδιοχειρουργημένος)

«Εγώ θεωρώ ότι όλα γίνανε για κάποιο καλό σκοπό. Και στο κάτω-κάτω τους γραφής, κέρδος μου είναι. Δεν έχασα, πήρα κάτι. Έγινε αυτό που έγινε. Δεν μπορώ να το αλλάξω, κανείς δεν μπορεί να το αλλάξει και πήρα μια τεράστια βάση δεδομένων. Τεράστια. Είναι τεράστια, διότι εσύ μπορεί να ζήσεις μια ολόκληρη ζωή και να φτάσεις στα 40, στα 50, στα 60, στα 70 και να κατασταλάξεις και να καταλάβεις κάποια πράγματα. Εγώ τα έζησα, σε ένα πολύ μικρό περιθώριο, χωρίς

να έχω το χρόνο να τα φιλτράρω. Τα έζησα live. Άνοιξα τα μάτια μου και τα είδα... Αλλάζεις... βλέπεις τα πράγματα στον πραγματικό τους χρόνο... στην πραγματική τους διάσταση. Θα χρησιμοποιήσω και μια έκφραση 'είναι πλέον τα πράγματα γυμνά', για εμένα, χωρίς δεύτερη σκέψη.» (Σ₁₉, πολυτραυματίας)

Παρένθεση: Κάποιοι άλλοι νοηματοδότησαν την εμπειρία ως «παρένθεση» που δεν προσέφερε στη ζωή τους κάτι θετικό που όμως θέλουν να αφήσουν πίσω τους.

«Εγώ δεν θεωρώ ότι αυτό που μου συνέβη είναι θετικό σε καμία περίπτωση. ότι είναι θετικό όχι. Αλλά όμως, λέω δόξα το Θεό, τώρα είμαι καλά και συνεχίζω να ζω. Δεν μπορώ να πω ότι μου έδωσε κάτι θετικό. Τι να μου δώσει, Θετικό, όχι. Ναι, νομίζω ότι απλώς, σταμάτησε!, τέλος πάντων θέλοντας και μη σταμάτησε η ζωή μου, εκεί πέρα, και μετά όταν ξαναπέκτησα όλες μου τις δυνάμεις είπα τώρα, θα συνεχίσω σαν να μην είχε συμβεί τίποτα έγινε, πέρασε, το ξεχνάμε. Τίποτα, και συνεχίζουμε τη ζωή μας.» (Σ₅, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

Χωρίς νόημα: Μερικοί συμμετέχοντες επέλεξαν να υποτιμήσουν το γεγονός ότι απειλήθηκε η ζωή τους, καθώς δυσκολεύονται να το διαχειριστούν και κατά συνέπεια να αποφεύγουν να το νοηματοδοτήσουν.

«...η εμπειρία μου αυτό μόνο, σαν περιστατικό έγινε και πέρασε έγινε και πέρασε, τίποτα άλλο.» (Σ₁₁, εμφραγματίας)

«Τίποτα, το θεωρώ σαν ένα περιστατικό. Σαν να μην, σαν να μην έγινε κάτι. Δεν το θυμάμαι, όχι δεν το θυμάμαι, ούτε καν, δηλαδή, ε! μια στιγμή, αντί να χτύπαγα το δάχτυλό μου, χτύπησα το κεφάλι μου. Τόσο δηλαδή. Δεν το υπολογίζω, εγώ. Δεν λέω: 'ωχ! Παναγία μου τι έπαθα'. Ναι, ένα περιστατικό ναι, ναι. μέσα στη ζωή.» (Σ₁₈, πολυτραυματίας)

«Αυτή την εμπειρία που έχω ζήσει εγώ την έχουν ζήσει εκατομμύρια άνθρωποι. Για εμένα δεν σημαίνει τίποτα αυτό. Δεν μου έδωσε κανένα νόημα. Εμένα, δεν μου έδωσε, δεν μου προσέφερε, δεν μου προσέφερε κάτι στην καθημερινότητά μου, δεν μου προσέφερε κάτι. Ήτανε ένα απλό, για μένα βασικά, στο μυαλό μου, ήτανε κάτι απλό, το οποίο μπορεί να το πάθαινα ανά πάσα στιγμή στη ζωή μου και το οποίο ξεπεράστηκε. Ίσως δεν ξεπεράστηκε, πάλι δεν μπορώ να ξέρω.» (Σ₁₂, εμφραγματίας)

Για κάποιον από τους συμμετέχοντες ήταν δύσκολο να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του γιατί αδυνατούσε καθώς ήταν έξω από τον έλεγχό του.

«Ένα αναπάντητο γιατί, πως μου συνέβη αυτό. Και να σας πω δεν ήταν εε!!, το παράπονό μου εμένα, γιατί το έπαθα εγώ, τόσος κόσμος αρρωσταίνει. Επειδή εγώ είχα σε εισαγωγικά «τρέλα», προληπτικά, κοιτούσα τα πάντα. Δηλαδή, δηλαδή, και ακόμα αυτό που δεν μπορώ να ξεπεράσω είναι πώς το έπαθα εγώ.» (Σ₈, καρδιοχειρουργημένος)

7.2.3.3 Παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην εμφάνιση και εξέλιξη της μετατραυματικής ανάπτυξης

Η ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων ανέδειξε παράγοντες που επηρέασαν άλλοτε άμεσα και άλλοτε έμμεσα την εξέλιξη, το περιεχόμενο και τη νοηματοδότηση των αλλαγών όσον αφορά στις αντιλήψεις για τον εαυτό τους άλλους και τη ζωή. Οι παράγοντες ποικίλουν και επιδρούν στις διάφορες φάσεις της διαδρομής τους πολύ πριν την είσοδό τους στις ΜΕΘ έως και πολύ μετά τη έξοδό τους από αυτές-

α. Θρησκευτικές, μεταφυσικές εμπειρίες

Ένας άλλος παράγοντας που αναγνωρίστηκε μέσα από τις αφηγήσεις ήταν οι θρησκευτικές μεταφυσικές εμπειρίες, (προέβλεπαν κίνδυνο/ασθένεια ή θάνατο) που βιώθηκαν άμεσα ή έμμεσα (μέσω της εμπειρίας άλλων) πριν τη εμφάνιση του προβλήματος της υγείας και της νοσηλείας στις ΜΕΘ. Αξιοσημείωτο είναι ότι ήταν πολύ σημαντικά για εκείνους, συνδέθηκαν με το βίωμα της επιβίωσής τους και νοηματοδοτήθηκαν ως μήνυμα για μένα. Επίσης σηματοδοτούσαν θετικές αλλαγές σε υπαρξιακά θέματα και θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Κάποιος από τους συμμετέχοντες περιέγραψε πως βίωσε έντονα μια θρησκευτική μεταφυσική εμπειρία μετά από διάγνωση καρκίνου του λάρυγγα και πολύ πριν από την ασθένεια (πνευμονικό οίδημα) που τον οδήγησε σε νοσηλεία σε ΜΕΘ. Η εμπειρία αυτή νοηματοδοτήθηκε ως προμήνυμα ίασης και επιβίωσης από την απειλή που αντιμετώπιζε και ενδυνάμωσε την θρησκευτική του πίστη και τη σχέση του με το Θεό.

«Έγινε κάτι πολύ δυνατό, μετά επενέβη και η εκκλησία, χωρίς να το θέλω, γιατί εγώ δεν ήμουν παιδί της εκκλησίας και ούτε τώρα...είχα χειρουργηθεί(καρκίνος λάρυγγα) πήγαινα μόνος μου, στο Ρίο έκανα τριάντα ακτινοβολίες, τελείωσαν όλα όμορφα και ωραία...τέσσερις ημέρες πριν του Αποστόλου Παύλου,.. έρχονται όλα τα Άγια λείψανα από το Άγιον Όρος. Παράλληλα όμως, είχε έρθει και το τίμιο Ξύλο

από τη Παναγία Σουμελά...Ε! πήγα προσκύνησα ... Το παιδί μου ήταν ακριβώς δίπλα μου, ένα μέτρο μακριά από μένα, σκύβω εγώ προσκυνάω, βάζω και το λαιμό μου επάνω στα Άγια λείψανα. Εκεί ξαφνικά νοιώθω στο λαιμό ακριβώς, πολύ, μα πάρα πολύ, χαϊδευτικές, γρήγορες παλμικές κινήσεις. ...Δεν θυμάμαι ακριβώς να σας πω πόσο κράτησε, είκοσι δευτερόλεπτα, τριάντα δευτερόλεπτα...γυρίζω και κοιτάω το γιό μου, εγώ από τη μέση και πάνω έτρεμα, και αυτός έτρεμε.»

Για να εξηγήσει την συγκλονιστική εμπειρία που βίωσε ανέτρεξε στην επαγγελματική του εμπειρία και προσέτρεξε σε ιερείς για να πάρει μια απάντηση και να κατανοήσει τι του συνέβη.

«Σαν μηχανολόγος που είμαι προσπαθούσα να δώσω μια εξήγηση, ...Το μυαλό πήγε κυρίως στο σεισμό. Ένας παππάς πολύ φίλος, ο δεσπότης και οι καλόγηροι από τον Άγιο Όρος μου πήραν συνέντευξη, όλοι μαζί. Όταν τους εξήγησα τι συνέβη, μου είπαν παιδί μου αυτό είναι «Θεοσημία»....Εγώ ήμουν πολύ πεπεισμένος, πήγαινα στη γυναίκα μου και έκλαιγα από δάκρυα χαράς γιατί πέταγα, υποσημειώνοντας ότι εγώ θα ‘φευγα για θάνατο, από τον καρκίνο που είχα. Ο γιατρός που με χειρουργήσε μου είχε πει, έχεις πολύ γερό χτύπημα στο λαιμό σου και εγώ δεν σου έκανα πολλή δουλειά. Για δεκαπέντε τις εκατό σου ‘κανα, με προετοίμαζε, ότι μπορεί να συμβεί και το μοιραίο. Μετά από τρία χρόνια με πήρε τηλέφωνο, για να δει αν ζω ή πέθανα. Και του λέει η γυναίκα μου και ζει, και τρώει και δουλεύει.πριν ένας άλλος γιατρός ΩΡΛ με κάμερα με εξέτασε και μου λέει είσαι μια χαρά, πλήρης ίαση.....δοξάζω το Θεό, γιατί αυτός έβαλε τη τελική υπογραφή, το αν θα μ’ έπαιρνε ή όχι.» (Σ3, πνευμονικό οίδημα)

Κάποιος άλλος με ρήξη ανευρύσματος αορτής περιέγραψε την έμμεση εμπειρία του αναφέροντας το όνειρο συναδέλφου που προέβλεψε την επερχόμενη απειλητική για τη ζωή του ασθένεια και την τελική αισιόδοξη κατάληξη της εμπειρίας γεγονός που τον ξαφνιάζει και τον προβληματίζει.

«Ήρθε η συνάδελφός μου και μου λέει, σε είδα στον ύπνο μου και ήταν κακό το όνειρο, αλλά στο τέλος όλα καλά. Αφού την άλλη μέρα το πρωί στην εντατική, το σκεφτόμουν. Εε! ναι, με έβαλε σε σκέψεις γιατί εγώ την κορόιδευα.» (Σ8, καρδιοχειρουργημένος)

Η εμπειρία αυτή φαίνεται ότι αποτέλεσε το έναυσμα για προβληματισμούς και σκέψεις αμφισβήτησης και αναθεώρησης προηγούμενων πεποιθήσεων σχετικά με υπαρξιακά και μεταφυσικά θέματα που μέχρι τότε δεν τον είχαν απασχολήσει..

«Ήταν γραμμένο από τη μοίρα...Και πίστευα ενδόμυχα, ότι θα σωθώ από την ώρα που μου λέει: 'στο τέλος όλα καλά'.» (Σ8, καρδιοχειρουργημένος)

Ένας παράγοντας που αξίζει να σημειωθεί ως ειδική περίπτωση είναι η μεταφυσική εμπειρία κοντά στο θάνατο (Near Death Experience - NDE) που βίωσε ένας καρδιοχειρουργημένος λίγο πριν ξυπνήσει από την χειρουργική επέμβαση όπου υποβλήθηκε.

«Θυμάμαι ότι πριν ξυπνήσω από την επέμβαση, αισθάνθηκα ένα υπέροχο φως στο πρόσωπό μου,... να είμαι μέσα σε ένα υπέροχο τούνελ φωτεινό με πολύ ηρεμία με πολύ γαλήνη, με απροσδιόριστες διαστάσεις. Ήταν ένα τούνελ άυλο, ένα τούνελ ενέργειας, και μέσα σε αυτό αισθανόμουν το ενεργειακό μου σώμα το οποίο έτρεχε, σε ύπτια κατάσταση, με ιλιγγιώδη ταχύτητα, έχοντας όμως τη σκέψη και εικόνα... Ήταν ένα περίεργο συναίσθημα...και την ώρα που πήγαινα να βγω, είδα την γυναίκα μου και την κόρη μου να έρχονται με αύρα προς εμένα... ζύπνησα και αμέσως φώναζα να μου δώσουν νερό.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

Την εμπειρία που την βίωσε ως πραγματική προσπαθήσε να την κατανοήσει δίνοντας κάποιες εξηγήσεις και ερμηνείες.

«Δεν ήταν όνειρο για εμένα ήταν πραγματικότητα ήταν το χρονικό διάστημα της μετάβασης από τη μη ζωή, στη ζωή, από την ανυπαρξία στην ύπαρξη. Το τούνελ ήταν το χρονικό διάστημα. Εγώ το απέδωσα, ότι ουσιαστικά η ενέργεια η οποία ξαναμπήκε στο σώμα μου είναι η ζωή, σαν να έφυγα και σαν να ξαναγύρισα στη ζωή...Η ανάσα μου, με μορφή ενέργειας, επανήλθε στο σώμα μου και ζύπνησα. Μου επανήλθε η ζωή μετά τη νάρκωση, έτσι το νιώθω εγώ.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

Προσπάθησε να εξηγήσει γιατί του συνέβη αυτό το γεγονός και να δώσει μια απάντηση αν και αποδέχεται ότι δεν υπάρχει ερμηνεία. Παραδέχεται ότι άλλαξαν ριζικά οι θρησκευτικές και οι υπαρξιακές πεποιθήσεις μετά από αυτή την εμπειρία.

«Όχι, όχι και δεν νομίζω ότι θα πάρω απάντηση γιατί μου συνέβη αυτό. Ίσως νομοτελειακά έπρεπε να ζήσω. Ίσως, γιατί σε αυτό το σύμπλεγμα κόσμων εκπληρώνω κάποιο σκοπό σαν μέρος του τον οποίο προφανώς δεν τον είχα

ολοκληρώσει. Οπότε για αυτό να επιλέχθηκα από όλο αυτό, που διευθύνει το σύμπαν, να ζήσω. Σημασία έχει πάντως ότι έπαψα να είμαι άθεος.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Ανέφερε επίσης ότι η εμπειρία αυτή είχε ως αποτέλεσμα να συνειδητοποιήσει τις σχέσεις που ήταν *πραγματικά* σημαντικές στη ζωή του αλλά και εκείνες που έπαψαν να είναι.

«...Ήταν μοναδική εμπειρία γιατί μέσα από αυτό κατάλαβα ότι αυτά τα δύο πρόσωπα είναι σημαντικά η γυναίκα μου και η κόρη μου. Είναι μέσα στη ζωή μου ...από εκεί και πέρα όταν ζύπνησα το πρώτο πράγμα που είπα είναι ότι θα ζήσω θα κάνω τα αδύνατα-δυνατά, να ζήσω, για αυτές...διέλυσα τις σχέσεις μου και με πολλούς φίλους μου, οι οποίοι δεν το δέχονταν, αυτό το πράγμα...Και έτσι σταματήσαμε να έχουμε σχέσεις, με χρόνια φίλιες. Το ότι δεν το πιστεύουν ότι το έζησα με ενοχλεί.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

Η νοηματοδότηση της εμπειρίας ανέδειξε τον αντίκτυπο και την σημαντικότητα που έχει στην μετέπειτα ζωή του καθώς τις βαθιές αλλαγές που βιώνει. Έτσι η μεταφυσική εμπειρία του τούνελ αναφέρεται ως «η πιο συγκλονιστική εμπειρία που σημάδεψε μοναδικά και ανεπανάληπτα τη ζωή του».

«..έχω κάνει άλλες 3 εγχειρήσεις, όμως ποτέ, μα ποτέ δεν είδα κάτι αντίστοιχο με το τέλος της νάρκωσης. Πιστεύω ότι δεν θα το ξαναζήσω, είναι το γεγονός το οποίο, μπορώ να πω, ότι με σημάδεψε...δεν θα το ξεχάσω ποτέ στη ζωή μου. Θα το κουβαλάω μια ζωή και ξέρετε είναι προσωπική μου εμπειρία, ούτε μπορεί να μου την πάρει κανείς... πιστεύω ότι είχαμε την τύχη ελάχιστοι άνθρωποι να το ζήσουμε, μέχρι τώρα. Υπέροχη, αξέχαστη και ευλογημένη εμπειρία, προς τη ζωή για μένα ή προς τον θάνατο.» (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος)

β. Γεγονότα και εμπειρίες ζωής

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων σημαντικά γεγονότα ζωής προϋπάρχοντα / παράλληλα / μεταγενέστερα και εμπειρίες από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας και τη νοσηλεία στις ΜΕΘ φαίνεται ότι άλλοτε ενίσχυαν την ανάπτυξη μετατραυματικής ανάπτυξης και άλλοτε στην μετατραυματική έκπτωση. Έτσι λοιπόν, γεγονότα όπως η ασθένεια ή η απώλεια σημαντικού ατόμου συνέβαλλαν στην αναθεώρηση των θέσεών τους για τη ζωή και το θάνατο.

Προηγούμενα γεγονότα ζωής: Ένας συμμετέχων περιέγραψε ότι ο θάνατος της αδελφής του και η μετέπειτα η ασθένειά του συνετέλεσαν στην πρόωρη έναρξη της μετατραυματικής ανάπτυξης και συνειδητοποίησης της ευθραυστότητας της ζωής.

«...Θυμάμαι μέχρι τότε που πέθανε η αδελφή μου, την ζωή την έβλεπα σαν ένα χαβαλέ...έζησα την τελευταία φάση της αρρώστια της από κοντά. Λέω: 'κάτσε εδώ κάτι σημαίνει, υπάρχουν και αρρώστιες'. Και από τότε άρχισα να αρρωσταίνω κι' εγώ, η στεφανιαία νόσος μου διαγνώστηκε μετά από μερικούς μήνες...Στο μεσοδιάστημα αυτό κατάλαβα ότι υπάρχουν αρρώστιες, και ότι δεν ήμαστε χάχα! και χουχου! μπορούμε να πεθάνουμε πολύ εύκολα. Εε! και μου 'τυχε και αυτό (ca εντέρου) που ήταν το πλέον σοβαρό, οπότε μπήκα μετά σε μια διαδικασία σκέψεων και αλλαγών.» (Σ₂, ca εντέρου)

Η επιβίωση μετά από προηγούμενη απειλητική ασθένεια σε νεανική ηλικία μοιάζει επίσης να επηρεάζει τις αντιλήψεις για το εύθραυστο της ζωής.

«Κατ' αρχήν από τα είκοσι επτά μου έπαθα ένα εγκεφαλικό ανεύρυσμα το οποίο το απορρόφησε ο οργανισμός, δεν κάναμε εγχείρηση, λόγω του νεαρού της ηλικίας μου και το αντιμετωπίσαμε με κάποια φάρμακα. Εκεί ήρθα σε πρώτη αντιμετώπιση με το θάνατο. Είπα: 'πάω, πεθαίνω, η ζωή μου'. Εεε! από κει και πέρα, άλλαξε όντως η ζωή μου μάλιστα άρχισα να βλέπω πολύ διαφορετικά τα πράγματα...το μεγάλο σοκ για το θάνατο, το πήρα τότε... Ο θάνατος παραμονεύει πάντα για όλους τους ανθρώπους και 'μένα μαζί.» (Σ₄, πνευμονική ίνωση)

«Από πολύ μικρή, παλεύω για τη ζωή μου, μόνη μου... Όταν ήμουν δώδεκα χρονών...Ο πατέρας μου πέθανε, και μετά από τέσσερις πέντε μέρες, καίγεται το σπίτι μας και δεν μένει τίποτα. ...Και από 'κει και πέρα, η μαμά μου δεν μπόρεσε να τ' αντέξει και σήκωσε τα χέρια ψηλά... Ήμασταν τέσσερα ορφανά, παιδιά και αναλάβαμε εμείς χωρίς σπίτι, στην ουσία χωρίς μάνα χωρίς πατέρα, χωρίς συγγενείς. Και 'μείς παλέψαμε, με αρρώστιες, με πείνα, με φτώχεια, με χωρίς δουλειά, χωρίς τίποτα. Σκεφτείτε τι φορτίο ζωής φορτωθήκαμε, που δεν ξέραμε τι είναι η ζωή.. Λοιπόν, όταν εγώ νίκησα και ξεπέρασα ένα τέτοιο μεγάλο εμπόδιο μέχρι τα είκοσι τρία μου που γνώρισα τον άντρα μου, πάλευα. Φανταστείτε πόσο δυνατή ένοιωθα. Ένοιωθα ότι δεν έχω ανάγκη κανέναν. Έλεγα: 'είμαι καλά, έχω τα χέρια μου έχω τα πόδια μου, δεν με νοιάζει'. Έκανα και δύο και τρεις δουλειές και δεν μ' ένοιαζε. Εγώ τα θεωρούσα βλακείες αυτά που απασχολούσαν τις κοπέλες στην ηλικία μου,

ένοιωθα πολύ ανώτερη πολύ πιο δυνατή. Οι σκέψεις μου ήταν πολύ προχωρημένες από κείνες που είχαν τα παιδιά στην ηλικία μου.» (Σ4, πνευμονική ίνωση)

Παράλληλα ή μεταγενέστερα γεγονότα: Σύμφωνα με τις αφηγήσεις κάποιων συμμετεχόντων, παράλληλα ή μεταγενέστερα γεγονότα εμποδίσαν την ανάπτυξη ή ανέστειλαν την ήδη εξελισσόμενη. Έτσι αρνητικές εμπειρίες όπως ο ισχυρός κλωνισμός του υποστηρικτικού πλαισίου, ή σοβαρές απειλητικές ασθένειες μέσα στην οικογένεια που μέχρι τότε λειτουργούσε υποστηρικτικά, συνετέλεσαν ανασταλτικά και δημιούργησαν αρνητικές σκέψεις συναισθήματα με αποτέλεσμα την αρνητική θέαση της ζωής.

«Είμαι απαισιόδοξος, ναι, αλλά όχι τόσο από το ατύχημα και τι μου συνέβη, αλλά αμέσως μόλις είχα βγει από το νοσοκομείο από το ατύχημα, το έβλεπα σαν μια νέα αρχή, ότι μου δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία...Για τρεισήμισι μήνες οπότε έπεφτε νερό επάνω μου ένοιωθα πόνο. Εε! το άμεσο οικογενειακό μου περιβάλλον είναι ο πατέρας μου, η θεία μου, η αδελφή μου, η κοπέλα μου και εγώ. Αυτή είναι η οικογένειά μου. Μετά το ατύχημα, η θεία μου, έπαθε πολλαπλό μύελωμα, η αδερφή μου ψυχωτικό επεισόδιο, ο πατέρας μου καρκίνο στο δέρμα. Τι άλλο να πω; Απορώ πώς συνεχίζω.Είμαι τελείως αδύναμος σε αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μου. Όταν έπαθε η αδερφή μου το ψυχωτικό επεισόδιο, τρελάθηκα φρίκαρα. Άρχισα να βλέπω αρνητικά τα πράγματα. Έχασα τη σιγουριά μου και (την αίσθηση) ότι μπορώ να αντέξω τα πάντα. Αλλά τι μπορεί να συμβεί; Τι χειρότερο;» (Σ17, πολυτραυματίας)

Γεγονότα όπως η αρρώστια και ο θάνατος άλλων μελών της οικογένειας αμέσως μετά την ανάρρωση του συμμετέχοντα από το δικό του πρόβλημα υγείας, δεν αφήνουν χρόνο για περισυλλογή και γνωστική επεξεργασία του βιώματος ώστε να αναπτυχθεί μετατραυματική ανάπτυξη.

«...Η ζωή συνεχίζεται και έχει απαιτήσεις κάθε μέρα καινούργιες. Κάθε μέρα δημιουργείται κάτι που δεν το περιμένεις, δεν ξέρεις αύριο τι θα σου παρουσιαστεί. Να, εμένα η μητέρα μου αρρώστησε, ο γαμπρός μου έκανε εγχείρηση, αυτά όλα ξαφνικά.» (Σ21, πολυτραυματίας)

«...Δεν μπορούσα να κάνω τίποτα για μένα δεν μπορούσα να σκεφτώ...Γιατί ήμουν εγχειρισμένη και η μάνα μου άρρωστη από καρκίνο και έπρεπε να τη φροντίσω, γιατί ήμουν όλη μέρα στο νοσοκομείο μέχρι τη μέρα που πέθανε. ...μετά αρρώστησε ο πατέρας μου και έτσι δεν μου έμεινε πάλι χρόνος και για να σκεφτώ τι θα κάνω στη

ζωή μου, είχα δυο άρρωστους τον έναν πίσω από τον άλλον...γιατί και μετά ήρθανε τα εγγόνια... κουράστηκα πάρα πολύ, και είπα τώρα που τελείωσα με όλα τα βάσανά μου θα κάνω κάτι για εμένα.» (Σ9, καρδιοχειρουργημένη)

γ. Πρότυπα προς μίμηση

Παρελθούσες εμπειρίες ζωής οικείων, λειτούργησαν για μερικούς συμμετέχοντες ως πρότυπα συμπεριφοράς προς μίμηση και ανάπτυξης ψυχικών αποθεμάτων.

«Έχω έναν θείο που πέρασε το ίδιο πρόβλημα με μένα, είναι 87 χρονών. Μου λέει: 'Κάθε χρόνο κάνω ένα τραπέζι.' Τριάντα χρόνια το έχει κάνει αυτό και ζει ακόμα. Αυτό μου δίνει μια προοπτική, μου δίνει κουράγιο....Εντάξει, άμα προσέχεις μπορείς να ζήσεις.» (Σ8, καρδιοχειρουργημένος)

«Η μάνα μου, την έχασα από καρκίνο, ήταν αγωνίστρια. Δηλαδή έχω παραδείγματα να πάρω...Φοβερό, φοβερό παράδειγμα... ήταν σκληρή στη ζωή έτσι όπως μας μεγάλωσε μόνη της. Αλλά ακόμα και στην αρρώστια της και στο τέλος της, ήταν παλικάρι. Οπότε όταν έχεις αυτά τα βιώματα, κάπου δεν σου επιτρέπεται και να τα παρατήσεις. Έτσι; Λες για το γαμώτο. Και η θεία μου το παλεύει...έχει ανίατη αρρώστια, και έχει πιο πολλά κέφια από εμένα.» (Σ17, πολυτραυματίας)

δ. Υποστηρικτικό πλαίσιο

Η ύπαρξη ενός ισχυρού σταθερά διαθέσιμου πλαισίου κοινωνικής υποστήριξης πριν από τον τραυματισμό είναι πιθανό να βοηθήσει να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στο τραυματικό συμβάν και να επηρεάσει έμμεσα τη διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης με τη δημιουργία ενός θετικού περιβάλλοντος.

Συγγενείς: Κάποιοι περιέγραψαν ότι βίωσαν μια ισχυρή σχέση με συγγενείς που τους έδωσε μια ώθηση, ένα κίνητρο καθώς και μια επιβεβαίωση της δύναμης αυτών των δεσμών.

«...Συναισθηματικά ήμουνα καλά γιατί είχα στοργή. Δοκιμαζόμαστε οι άνθρωποι, στις δύσκολες στιγμές ο γαμπρός μου, η οικογένεια της αδερφής μου τα παιδιά, καλά η μητέρα μου σίγουρα. Βρέθηκα να έχω ανθρώπους, οικογένεια, ενώ, δεν έχω η ίδια οικογένεια, βρέθηκαν κοντά μου όπως πρέπει. Που είμαστε πιο μακριά και τώρα δεν έλειψαν ένα λεπτό... φερθήκανε πάρα πολύ καλά.» (Σ21, πολυτραυματίας)

«...με προσέγγισε πάρα πολύς κόσμος, αυτό το θεωρώ το καλύτερο δώρο και άγγιγμα, που μου έδωσε αυτό το ατύχημα. Ήρθε και με αγκάλιασε, πάρα πολύς κόσμος που δεν το περίμενα, και που το έκανε και το είδα, πραγματικά ότι το έκανε με αγάπη. Ε! αυτό μου έδωσε εμένα, πολύ μεγάλη δύναμη, τεράστια δύναμη. Είναι

αυτές οι λεπτομέρειες που σε αλλάζουνε και εκείνη τη στιγμή και μετέπειτα...» (Σ19, πολυτραυματίας)

Άνθρωποι από το πουθενά: Από τις αναλύσεις των συνεντεύξεων φάνηκε ότι μέσα στο υποστηρικτικό πλαίσιο περιλαμβάνονται και άτομα που απροσδόκητα συμμετείχαν στο πλαίσιο αυτό και συνέβαλαν σημαντικά στην υποστήριξη και αντιμετώπιση ποικίλων προβλημάτων.

«Ναι, είναι και άνθρωποι που γνωρίζεις από το πουθενά και παίζουμε τελικά πάρα πολύ σημαντικό ρόλο... και δηλαδή να το πω και αλλιώς, είχα ένα γιατρό στο ίδρυμα, λες και με ήξερε από το χθες. Λες και μου το χρωστούσε από κάπου, σε κάθε συμβάν σε όποιο νοσοκομείο και να πήγαινα, συνοδός ήταν αυτός...Αυτό μου δημιούργησε ένα επίπεδο τεράστιας απέναντί του εμπιστοσύνης και έλεγα εντάξει, αφού είναι αυτός ο γιατρός, εντάξει όλα τα άλλα είναι παιχνιδάκι...θα τον ακούσω, και θα προχωρήσουμε. Έτσι...αφού το λέει αυτός, τέρμα.» (Σ6, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)

«...Αλλά πάλι για καλή μου τύχη, υπήρξε ένας θείος από την Αμερική ο οποίος ήρθε στην περίοδο που εγώ ήμουνα στο νοσοκομείο για αποκατάσταση... Έβαλε ο θείος το χεράκι του και με πήρε στην Αμερική, για να συνεχίσω την κινησιολογία και τη φυσικοθεραπεία...Ναι, ήταν κάτι το απίστευτο, ήταν ο από μηχανής Θεός. Σαν να βρεθήκανε άνθρωποι από το πουθενά, και δώσανε καιρίες λύσεις.» (Σ19, πολυτραυματίας)

ε. Ατομικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, η μαχητικότητα, η αποφασιστικότητα, η επιθυμία για ζωή, η επιθυμία αλλαγής, μια ανοιχτή και αισιόδοξη στάση απέναντι στις νέες προκλήσεις, μοιάζει να συνέβαλλαν στη δημιουργία μετατραυματικής ανάπτυξης.

«Ναι, θέλω να γίνω καλύτερη. Προσπαθώ, ναι προσπαθώ, να είμαι καλά με τον εαυτό μου.» (Σ13, εμφραγματίας)

«Ανοίγουν τα μάτια σου...Πήρα τέτοια δύναμη, που η κρίση μου μετά, με έκανε να είμαι alert...Να βλέπω τα πάντα, και να κρίνω την ώρα που γίνονται, και να μην αφήνω πράγματα.» (Σ19, πολυτραυματίας)

«Ναι υπήρχε φόβος, συνεχής φόβος. Γιατί δεν ήξερα που θα πάει αυτή η κατάληξη...Κρατάω δηλαδή μια αισιόδοξη στάση που είναι νομίζω η καλύτερη που

μπορώ να έχω σαν ασθενής.... θα το παλέψω και θα γίνω καλά, όπως ήμουνα πρώτα.» (Σ16, ca εντέρου)

Επιθυμία και τη θέληση για ζωή: Άλλοι πάλι, αναφέραν την βαθιά επιθυμία και τη θέληση να επιβιώσουν και να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους.

«Ήταν δεδομένο για εμένα ότι θα γίνω καλά. Δεν με ενδιέφερε το τι αρνητικό υπάρχει. Είχα ισχυρή θέληση να βγω από αυτή την κατάσταση. Είχα συνέχεια δύναμη και θέληση. Είχαν και οι δικοί μου, προφανώς, αλλά κυρίως είχα εγώ θέληση.» (Σ20, πολυτραυματίας)

«Φεύγοντας για να πάω για την εγχείρηση, είπα στην κόρη μου, μην κλαις, θα ζήσω και θα γυρίσω...ήθελα να ζήσω και θέλω να ζήσω με όλα τα προβλήματα.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

«Εγώ κοιτούσα να επιβιώσω πλέον ψυχολογικά. Ο γιατρός όμως μου είχε πει ότι εκτός από τα χάπια και όλα αυτά, το κουμπάκι, είναι σε εσένα. Είναι καλά κρυμμένο, είναι πολύ μικρό και πρέπει εσύ να το βρεις και να το στρίψεις. Το έστριψα υποτίθεται, ως ένα βαθμό γράφοντας αυτό το βιβλίο και όταν το έγραφα ακόμα αισθάνθηκα χαρά και ικανοποίηση και ότι κάτι κατάφερα και εγώ.» (Σ10, καρδιοχειρουργημένος)

Επίτευξη στόχων: Η επίτευξη στόχων όσον αφορά στη προοδευτική θετική εξέλιξη της κινητικότητας και της λειτουργικότητας φάνηκε ότι συντετέλεσε στην επανεκτίμηση πραγμάτων που πριν θεωρούνταν δεδομένα και συνέβαλε στην έναρξη μιας διεργασίας αλλαγών στη σκέψη. Ένας νέος πολυτραυματίας ανέφερε σχετικά:

«...Εκεί πάει το ότι δεν με σκοτώνει με κάνει πιο δυνατό, στο να εκτιμήσω πράγματα, που πριν δεν τα έβλεπα και τόσο. Από το βήμα που έκανα το πρώτο, μετά από τόσους μήνες, από την πρώτη φορά που κάθισα στο κρεβάτι και είδα έξω από το παράθυρο καθιστός, δηλαδή ακόμα και πραγματάκια που απλά δεν τα σκέφτεσαι παρά μόνο όταν τα χάνεις.» (Σ17, πολυτραυματίας)

Για κάποιους ακόμη και οι μικρότερες θετικές αλλαγές που κατακτούσαν καθημερινά ενίσχυσαν τα προσωπικά τους κίνητρα. Αισθάνθηκαν ότι αυτό άλλαξε την άποψή τους για τη ζωή από την απελπισία σε μια πιο θετική προοπτική. Η νέα στάση τους έκανε να αναγνωρίζουν την πρόοδο και να επενδύουν με ενέργεια και ζωτικότητα την καθημερινότητά τους. Χαρακτηριστικά ένας καρδιοχειρουργημένος με προβλήματα κινητικότητας περιγράφει την προσπάθειά του αυτή.

«Άρχισα να σηκώνομαι από το κρεβάτι και να μη μπορώ να κάνω ούτε δυο βήματα. Δεν μπορούσα, αισθανόμουν εξαντλημένος....Την επομένη ημέρα όμως μάθαινα...αισθάνεσαι και καλύτερα...είναι όμως σημαντικό, το να αισθάνεσαι ότι κάθε μέρα κερδίζεις ένα βήμα. Τα 5 γίνανε 6, τα 6 γίνανε επτά. Τα επτά έγιναν ένας μισός διάδρομος και την επόμενη μέρα είναι ένας ολόκληρος και μετά έγιναν από τη μια άκρη της πτέρυγας του νοσοκομείου στην άλλη...Όλα αυτά είναι, ξέρετε αισθάνεσαι ότι ξανακατακτάς τη ζωή ότι κάθε μέρα προσθέτεις στη ζωή σου. Προσθέτεις ανάσες στη ζωή σου, προσθέτεις δύναμη στη ζωή σου. προσθέτεις κουράγιο στη ζωή σου. Είναι πολύ σημαντικό. Την κερδίζεις τη ζωή. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό, είναι το ωραίο αυτής της ιστορίας. Ότι ξανά, ξανακερδίζεις βήμα, βήμα τη ζωή. Όπως ο φυλακισμένος βγαίνοντας από τη φυλακή βήμα-βήμα ξανακατακτά την κοινωνική του ζωή, έτσι και ο ασθενής.» (Σ14, καρδιοχειρουργημένος)

Επαγγελματική εμπειρία: Κάποιοι ανέφεραν ότι η επαγγελματική εμπειρία τους συνέβαλε στην ανθεκτικότητά τους ώστε να αντιμετωπίσουν με επιτυχία το πρόβλημα της υγείας τους και να το ξεπεράσουν.

«Κοιτάχτε, ήταν ένα σοκ ως ένα βαθμό, βλέποντας την ουλή στο στήθος μου, αλλά από την άλλη έχοντας πέσει σε γκρεμούς και σε φαράγγια, το προχώρησα. Γιατί στην πολεμική αεροπορία έχω βιώσει και πολλά που με βοήθησαν να το ξεπεράσω.» (Σ10, καρδιοχειρουργημένος)

«Ήξερα πως θα χειρουργηθώ, θα με ναρκώσουν και ότι θα είναι δύσκολες οι ώρες. Ήμουν προετοιμασμένη, γιατί έχω εκπαιδευτεί σε σχολή νοσηλευτικής και έχω δουλέψει κάποιο χρονικό διάστημα. Για αυτό δεν είχα ούτε φόβο ούτε τίποτα γιατί είχα εξοικειωθεί πάρα πολύ με τις αρρώστιες και τα φάρμακα και όλα γύρω από αυτά.» (Σ9, καρδιοχειρουργημένη)

7.2.4 Σχολιασμός των ποιοτικών δεδομένων

Από τις αναλύσεις των συνεντεύξεων φαίνεται ότι το τραύμα είναι ένα εξαιρετικά αιφνίδιο γεγονός που ανατρέπει τον κόσμο των αντιλήψεων για τον εαυτό, τους άλλους και τη ζωή, που είχε το άτομο πριν από την ασθένεια ή δυστύχημα .Η εισαγωγή στις ΜΕΘ έχει επιπτώσεις στους κοινωνικούς, συναισθηματικούς και σωματικούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς ακόμα και μετά την έξοδο από το

νοσοκομείο. Οι νοσηλευθέντες εκτίθενται σε έντονες εμπειρίες κατά την νοσηλεία στις ΜΕΘ μερικές από τις οποίες αντιλαμβάνονται ως τραυματικές.

Η νοσηλεία στις ΜΕΘ αποτελεί ένα πλαίσιο ζωής-θανάτου, ανάμεσα σε δύο κόσμους, που, ανάλογα με το πώς βιώνεται από τον κάθε ασθενή, μπορεί να συντελέσει στην μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματική έκπτωση ή/και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Όμως εξίσου σημαντικό αποτελεί το διάστημα μετά τις ΜΕΘ κατά το οποίο το άτομο αναρρώνει και αποκαθίσταται από τις επιπτώσεις της ασθένειας/τραυματισμού και της νοσηλείας καθώς παράλληλα επιτελούνται διεργασίες μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης.

Σημειώθηκε η ύπαρξη σύνδεσης των γεγονότων που βίωσαν οι συμμετέχοντες πριν την εμφάνιση του προβλήματος υγείας (π.χ. προσωπική απώλεια ή τραύμα, απειλητική ασθένεια μέλους της οικογένειας) και της μετατραυματικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, συχνά κάποιο τραυματικό βίωμα ή μια απώλεια μπορεί να προηγήσει χρονικά της μετατραυματικής ανάπτυξης ή έκπτωσης και συνδέονταν από τους συμμετέχοντες άμεσα με αυτή. Η γνώση αυτών των προγενέστερων εμπειριών φωτίζει το υπόβαθρο πάνω στο οποίο νοσηματοδοτείται η ασθένεια ή το δυστύχημα που συνέβαλε στην απειλή της ζωής των συμμετεχόντων και στη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

Παράγοντες που φαίνεται να συνετελούν στην μετατραυματική έκπτωση ως αποτέλεσμα των ψυχικών διεργασιών που έπονται της ασθένειας/ατύχημα και της διαδικασίας αποκατάστασης, περιλαμβάνουν τον κλονισμό και αποδυνάμωση του υποστηρικτικού πλαισίου στη φάση της αποκατάστασης καθώς και η αντιλαμβανόμενη έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, η αργή και αβέβαιη εξέλιξη της αποκατάστασης και η αίσθηση ανημποριάς και αβεβαιότητας για το μέλλον, η εμμονή και προσκόλληση στην ασθένεια και η αδυναμία νοσηματοδότησης της εμπειρίας και ο αρνητικός απολογισμός ζωής, χωρίς θετική προοπτική για το μέλλον μόνο με περιορισμούς και αδυναμία ελέγχου.

Από την ανάλυση των συνεντεύξεων εξάγονται τα εξής συμπεράσματα όσον αφορά στη σύγκριση των δύο ομάδων των συμμετεχόντων (α) όσων νοσηλεύτηκαν στις Γενικές ΜΕΘ (ασθενείς με γενικά νοσήματα/ πολυτραυματίες) και (β) όσων νοσηλεύτηκαν στις καρδιολογικές κλινικές ΜΕΘ (εμφραγματίες/ καρδιοχειρουργημένοι). Οι δύο ομάδες έχουν ομοιότητες αλλά και διαφοροποιούνται ως προς τα χαρακτηριστικά τους και τη διαδρομή αποκατάστασης της υγείας τους .

α. 1^η ομάδα. Νοσηλευθέντες στις Γενικές ΜΕΘ

Όλοι εισάγονται αιφνίδια με ή χωρίς προϋπάρχουσα συμπτωματολογία. Ο χρόνος νοσηλείας είναι μεγαλύτερος, με μεγαλύτερη διάρκεια καταστολής. Έχουν περισσότερα προβλήματα και ανάγκες συγκριτικά με τους ασθενείς στις καρδιολογικές ΜΕΘ. Οι μνήμες από τις Γενικές ΜΕΘ είναι θετικές και αρνητικές (τονίζεται η ευγνωμοσύνη για τους γιατρούς και επαγγελματίες υγείας που τους βοήθησαν να επιβιώσουν), ενώ ταυτόχρονα διακρίνονται από μια αδυναμία αντίληψης της κατάστασης του κινδύνου. Όσοι δεν έχουν αναμνήσεις από τη ΜΕΘ συμπληρώνουν τα κενά από την μεθύτερη πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους οικείους και το προσωπικό.

Οι ασθενείς επικεντρώνονται στη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας και της νοσηλείας στις ΜΕΘ. Η μονάδα είναι ένα πλαίσιο που συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της θνητότητάς τους και της ύπαρξής τους ανάμεσα σε δύο κόσμους, τη ζωή και το θάνατο.

Η αποκατάσταση για πολλούς είναι μακρόχρονη με νοσηλεία σε ειδικά κέντρα ή σε προγράμματα αποκατάστασης. Επιδιώκουν να υλοποιήσουν συγκεκριμένους στόχους που συμβάλλουν στη θετική εξέλιξη της σωματικής τους υγείας με συνέπεια να νιώθουν ότι κάθε μέρα κερδίζουν κάτι, αλλά ταυτόχρονα βιώνουν αβεβαιότητα όταν η αποκατάσταση μένει ανολοκλήρωτη. Δεν παρουσιάζουν αποφυγή, αντίθετα συζητούν και επιθυμούν να μοιράζονται την εμπειρία τους και της επίτευξης ενός εναλλακτικού τρόπου ζωής.

β. 2^η ομάδα: Νοσηλευθέντες σε καρδιολογικές ΜΕΘ

Κάποιοι εισάγονται αιφνίδια και κάποιοι άλλοι εισάγονται προγραμματισμένα. Η παραμονή στις Καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ και ΜΕΘ εμφραγμάτων περιορίζεται σε 2-4 ημέρες με λιγότερο χρόνο σε καταστολή, και αφύπνιση μετά από το χειρουργείο. Αδυνατούν να αντιληφθούν την κατάσταση του κινδύνου ακόμα και για τις προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις και κατανόησης των επερχόμενων αλλαγών στο σώμα. Έχουν λιγότερα προβλήματα και ανάγκες συγκριτικά με τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε Γενικές ΜΕΘ.

Οι εμπειρίες που αφηγούνται σχετίζονται κυρίως με την καρδιά και όχι τόσο με την παραμονή τους στη ΜΕΘ. Στέκονται στη σημασία της καρδιάς ως όργανο ζωτικό από το οποίο κρέμεται η ζωή τους και που μπορεί να σταματήσει να λειτουργεί για πάντα. Η καρδιά τους ξυπνά το φόβο ζωής και θανάτου.

Εστιάζονται στο είδος της επέμβασης (χειρουργείο ανοικτής καρδιάς), στα ορατά αποτελέσματα της τομής και στη σοβαρότητα της επέμβασης. Η εκ των υστέρων πληροφόρηση για το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η συνειδητοποίηση της απειλής του θανάτου εγείρει έντονα συναισθήματα συμβάλλοντας στη συνειδητοποίηση της θνητότητας. Βιώνουν αλλαγές σε ότι αφορά το σωματικό τους είδωλο λόγω της τομής και του ήχου που προκαλεί η βαλβίδα.

Οι αναμνήσεις από τις συγκεκριμένες ΜΕΘ είναι περισσότερο θετικές. Τονίζεται το καλό περιβάλλον, οι σχέσεις με τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας χωρίς όμως να περιγράφεται με λεπτομέρειες η εμπειρία της μονάδας

Η αποκατάσταση πραγματοποιείται κυρίως στο σπίτι με την βοήθεια της οικογένειας σύμφωνα με συγκεκριμένες οδηγίες και περιορισμούς. Δεν αναφέρονται οι συμμετέχοντες στην επίτευξη στόχων αλλά περιγράφουν τις επιπτώσεις από τους περιορισμούς στην καθημερινότητά τους (π.χ. πόνος, επούλωση τομής, διατροφή, συχνός εργαστηριακός έλεγχος, φάρμακα, περιορισμός ευχάριστων συνηθειών-). Βιώνουν καθημερινά στρες υποτροπής και φόβο επικείμενου θανάτου από ένα δεύτερο επερχόμενο έμφραγμα ή ανακοπή καρδιάς. Αποφεύγουν να συζητάνε την εμπειρία τους και όταν το κάνουν, οι αναφορές τους σχετίζονται κυρίως με την ασθένεια (εμφραγματίες) και στην επέμβαση (καρδιοχειρουργική επέμβαση) που τους προκαλούν έντονο στρες.

7.2.5 Το βίωμα των συμμετεχόντων από τη συνέντευξη

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης είναι αξιοσημείωτο ότι όλοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα από το χρόνο που είχε παρέλθει από την ασθένεια ή το τραύμα, και της όλης διαδρομής μέχρι να αποκατασταθούν, περιέγραψαν με πολλές λεπτομέρειες όλες τις πτυχές αυτής της εμπειρίας. Θυμόντουσαν ακόμη και την ακριβή ημερομηνία κρίσιμων γεγονότων, που επηρέασαν την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους. Ανακάλεσαν αναμνήσεις από εικόνες, συναισθήματα, και συζητήσεις, παρουσίες και απουσίες από τους οικείους και τους επαγγελματίες υγείας. Η εμπειρία φαίνεται να τους έχει σηματοδέσει και στη μετέπειτα ζωή τους.

Στη διάρκεια της συνέντευξης αναβίωσαν πτυχές της εμπειρίας τους, που διακινούσαν έντονα συναισθήματα, όπως συγκίνηση, θλίψη, άγχος, θυμός, χαρά, αλλά και την αίσθηση ευαλωτότητας και ταυτόχρονης ψυχικής ανθεκτικότητας. Η κορύφωση αυτών των συναισθημάτων σχετιζόταν κυρίως με τις αναφορές τους σε ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα, όπως οι συνθήκες του ατυχήματος και η μεταφορά στο

τμήμα επειγόντων, η παρακολούθηση του θανάτου άλλου ασθενούς από ανακοπή, η συνειδητοποίηση της πλήρους αδυναμίας ελέγχου του σώματος του, του αγώνα να αναρρώσουν, να αποκατασταθούν και να επανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους. Έντονα συναισθήματα προκαλούσαν και οι αναφορές στην υποστηρικτική παρουσία των οικείων τους σε όλες τις φάσεις της νοσηλείας και της φροντίδας τους.

Οι συμμετέχοντες, στο σύνολο τους, δήλωσαν ότι η διαδικασία της συνέντευξης τους δεν τους είχε επιβαρύνει, αντίθετα ήταν πολύ ευχάριστη και είχε θετική επίδραση επάνω τους. Ανέφεραν:

«Ήταν ευχάριστη. θεωρώ ότι ήταν πολύ καλή. Φιλική. Την ευχαριστήθηκα πολύ.»

«Εποικοδομητική, βασικά πολύ καλή. Εκ βαθέων, εκ βαθέων.»

«Πολύ ζωντανή, πολύ ζωντανή και μπορώ να σας πω ότι, είναι και ενθαρρυντική.»

Από τις αφηγήσεις φαίνεται ότι δημιουργήθηκαν συνθήκες που λειτούργησαν βοηθητικά ώστε να μιλήσουν για το βίωμα τους.

Η συνέντευξη έγινε αντιληπτή από τους περισσότερους ως «συζήτηση» στα πλαίσια μιας σχέσης εμπιστοσύνης που είχε δημιουργηθεί, με την ερευνήτρια.

«Είστε ευχάριστη παρουσία. αισθάνθηκα, πάρα πολύ ελεύθερος και παρ' όλο που σας βλέπω για πρώτη φορά», «Μου έδωσε, κάτι η συζήτηση. Με ευχαρίστησε, με ηρέμησε. Μου χάρισε, έστω, αυτή την ώρα με έναν άνθρωπο, τον οποίο δεν τον ξέρω, με βοήθησε, με βοήθησε να ανοιχτώ σε πράγματα τα οποία ενδεχομένως, δεν έχω ανοιχτεί σε δικούς μου ανθρώπους. Ίσως γιατί δεν θέλω εγώ, όχι γιατί δεν έχω την ευκαιρία.»

«Με αφήσατε να μιλήσω. Αυτό είναι πολύ σημαντικό. Οπότε, αυτό ήταν, χαλαρό, για μένα.»

Επίσης η αφήγηση της εμπειρίας, τους είχε βοηθήσει να ξεκαθαρίσουν περισσότερο τα συναισθήματά τους, να συνειδητοποιήσουν κάποιες πτυχές που δεν είχαν αναγνωρίσει μέχρι εκείνη τη στιγμή.

«Ανακαλύπτεις μέσα από όλη αυτή τη συζήτηση, πράγματα και καταστάσεις που πέρασες κατά τη διάρκεια της αρρώστιας σου και βλέπεις, ότι όλα αυτά που πέρασες, πιάνουν τόπο.»

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ήθελαν να γνωρίζουν, αν πραγματικά είχαν βοηθήσει με τη συμμετοχή τους στη ερευνητική προσπάθεια:

«Εγώ δεν ξέρω κατά πόσο ήμουν θετικός, εντάξει προσπάθησα όσο μπορούσα να σας βοηθήσω.»

«Αυτό που έζησα πιστεύω ότι το έβγαλα από μέσα μου.»

Άλλοι επιθυμούσαν να μάθουν αν και οι άλλοι συμμετέχοντες που είχαν τα ίδια προβλήματα υγείας, αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα και δυσκολίες με εκείνους, και τι έκαναν για αυτά. Επίσης ευχόντουσαν να γίνονται τέτοιου είδους έρευνες:

«Μακάρι δηλαδή, και εντατικές να υπάρχουν και προσπάθειες να γίνονται σ' αυτήν την κατεύθυνση.»

Όσον αφορά τις ερωτήσεις της συνέντευξης οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ήταν σαφείς, διακριτικές, εύστοχες και τους διευκόλυναν να περιγράψουν το βίωμά τους. Μόνο σε μια περίπτωση, οι ερωτήσεις που αφορούσαν το ατύχημα και τη νοσηλεία, υπενθύμισαν τραυματικά γεγονότα τα οποία δημιούργησαν εκνευρισμό και την αίσθηση αποδυνάμωσης.

«Απλά λίγο που θυμήθηκα αυτό το γεγονός της νοσηλείας και το ατύχημα εκνευρίστηκα. Αισθάνθηκα ότι μου ρούφηξε ενέργεια αυτό. Αλλά όλο το υπόλοιπο το είχα φανταστεί κάπως έτσι, ότι θα είναι μια χαρά.»

Όσον αφορά τη συμπλήρωση του ψυχομετρικού εργαλείου που μετρά την μετατραυματική ανάπτυξη και την μετατραυματική έκπτωση (PTGI-42), οι περισσότεροι ανέφεραν ότι οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές, περιεκτικές, διακριτικές, αρκετά ενδιαφέρουσες και ότι καλύπτan ένα πολύ μεγάλο φάσμα εμπειριών και συναισθημάτων. Επίσης ότι ήταν πλήρεις και βοηθητικές στο να ανακαλύψουν πτυχές από τις αλλαγές που βίωσαν στη ζωή τους:

«Απλώς, είναι πράγματα ναι, που δεν τα σκέφτεσαι με τη μία, ας πούμε. Πόσο, τη θρησκευτική πίστη, τώρα ας πούμε πως δεν το είχα σκεφτεί κι' όμως είναι αλήθεια ότι, εντάξει περισσότερο, ενισχύθηκε αυτό.»

«Η αλήθεια είναι που αυτά που είπαμε τώρα δεν τα είχα σκεφτεί ούτε πριν να μπω στην εγχείρηση, ούτε μετά την εγχείρηση.»

Δυο συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν εξαιτίας της πολυπλοκότητας των γεγονότων της ζωής του ή της γενικότητας στη διατύπωσή τους:

«Όχι είναι δύσκολες να απαντηθούν. Γιατί τα πράγματα δεν είναι άσπρο-μαύρο, υπάρχει και το γκρίζο.»

«Δεν θα τις έλεγα ασαφείς, κάποιες απ' αυτές όμως είχαν μια γενικότητα, κάποιες απ' αυτές μπορεί να μη λαμβάνουν πολύ υπ' όψη τη ξεχωριστή ατομικότητα.»

Αξιοσημείωτο είναι ότι η αναφορά των αλλαγών στις πεποιθήσεις τους για τους «άλλους», παρέπεμπαν σε διαφορετικές ομάδες σημαντικών άλλων όπως: «οποιοσδήποτε εκτός από εμένα», «Οι δικοί μου» Οι φίλους μου» «οι γιατροί», «οι κοινωνικά γνωστοί και συνεργάτες». Κάποιοι από τους συμμετέχοντες τόνισαν την ασάφεια της και την αναγκαιότητα να είναι διακριτή ποιους αφορά συγκεκριμένα. Φαινόταν ότι ήταν περισσότερο επιτακτική ανάγκη σε εκείνους που από τη μια είχαν θυμώσει και απογοητευτεί από την απομάκρυνση οικείων (συγγενών, συνεργατών, συναδέλφων) από την άλλη αισθάνονταν ευγνωμοσύνη και αγάπη για αυτούς που ήταν πραγματικά κοντά τους στις δυσκολίες τους (οικογένεια):

«Αναλόγως για ποια άτομα αναφερόμαστε, τους φίλους μου, τους γνωστούς μου»

«Οι άλλοι ποιοι είναι τώρα, Εδώ είναι το θέμα. Ποιοι είναι οι άλλοι; Οι άλλοι, που είχα εμπορικές σχέσεις τους έχω απομονώσει τελείως. Πρέπει να γίνει διάκριση όταν λέμε τους άλλους.»

Έτσι κάποιοι όταν αναφέρονταν στους «άλλους» συμπεριελάμβαναν την οικογένειά τους και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, ενώ άλλοι συμμετέχοντες αναφέρονταν μόνο στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, που μπορεί να τους είχε συμπαρασταθεί ή απογοητεύσει.

Όταν ολοκληρώνονταν οι συνεντεύξεις, οι συμμετέχοντες έδειχναν ζωηρό ενδιαφέρον και ζητούσαν απαντήσεις για διάφορα θέματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθούσε γενική συζήτηση για τις συνθήκες που επικρατούν στο σύστημα υγείας της χώρας, στα ελληνικά νοσοκομεία, και την παντελή έλλειψη βοήθειας όταν επιστρέφουν στην οικία τους και αντιμετωπίζουν ανυπέρβλητες δυσκολίες έως ότου αποκατασταθούν. Ζητούσαν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων της έρευνας, συγκεκριμένα αν έχουν γίνει παρόμοιες έρευνες και ποιο είναι το βίωμα των ασθενών με παρόμοια προβλήματα. Επίσης ρωτούσαν όσον αφορά, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τις σπουδές και την εμπειρία της ερευνήτριας, ως νοσηλεύτριας. Ακόμη εξέφραζαν ικανοποίηση και ενθουσιασμό για τη προσοχή που δείχνουν, οι επαγγελματίες υγείας για τα προβλήματά τους με τις μελέτες τους.

Μετά το τέλος της συζήτησης και πριν την απομάκρυνση από το χώρο, δίνονταν θερμές ευχαριστίες στους συμμετέχοντες για το μοίρασμα της εμπειρίας και του χρόνου

τους. Σχεδόν όλοι αποχαιρέτησαν με χαμόγελο και εγκαρδιότητα, παρά την κόπωση που διακρινόταν κάποιες φορές στο πρόσωπό τους ενώ οι περισσότεροι δήλωσαν διατεθειμένοι να δώσουν επιπλέον διευκρινήσεις σχετικά με το βίωμά τους αν ήταν απαραίτητο. Οι τρεις από τους εικοσιένα συμμετέχοντες εξέφρασαν την επιθυμία να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της μελέτης, όταν ολοκληρωθεί.

7.2.6 Η γενική δομή της εμπειρίας

Σύμφωνα με την περιγραφική φαινομενολογική μέθοδο του Giorgi μετά την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων, στο τελικό βήμα προκύπτει η Γενική Δομή που αποτελείται από τα δομικά στοιχεία της εμπειρίας τους. Παρακάτω ακολουθεί η Γενική Δομή της εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Για όλους τους συμμετέχοντες η εμφάνιση του προβλήματος υγείας/ατύχημα έγινε αντιληπτό ως αιφνίδιο και απειλητικό για τη ζωή. Η νοσηλεία στις ΜΕΘ προκάλεσε διαταραχές στη συνείδηση (κενό, μεταιχμιακή κατάσταση, σε συνείδηση), έντονες σωματικές αισθήσεις (πόνος, δίψα, αδυναμία) και ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις (φόβο, άγχος, εξάρτηση). Η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας και η αποκατάσταση τους έγινε αντιληπτή ως ένας αγώνας να επιστρέψουν στη προηγούμενη ζωή τους. Για όλους σημαντική και ανεξίτηλη εμπειρία που άλλαξε τη ζωή τους προς δύο κατευθύνσεις: της *ενδυνάμωσης* (οι περισσότεροι) και της *αποθάρρυνσης/αποδυνάμωσης* (οι λιγότεροι). Προς την κατεύθυνση της *ενδυνάμωσης* η εμπειρία περιγράφεται ως επιμορφωτική και καταλυτική. Η ζωή γίνεται αντιληπτή ως δώρο αποκτά ή ενισχύεται το νόημά της, ο εαυτός γίνεται αντιληπτός ως νικητής, τυχερός, πιο ανθεκτικός, αφυπνισμένος και ικανός, ενώ οι άλλοι (και ο θεός) γίνονται αντιληπτοί ως σημαντικοί συμπαραστάτες και συνοδοιπόροι.

Προς την κατεύθυνση της *αποθάρρυνσης/αποδυνάμωσης* στις πιο ακραίες περιπτώσεις η εμπειρία περιγράφεται ως τραυματική και επιχειρείται η απόθεση και η διαγραφή της από τις αναμνήσεις του ατόμου. Η ζωή γίνεται αντιληπτή ως συνεχής αγώνας και μια συνθήκη απειλής ενώ το νόημα της αμφισβητείται, ο εαυτός γίνεται αντιληπτός ως ηττημένος, ανεπανόρθωτα τραυματισμένος, αδύναμος, ανεπαρκής, εγκλωβισμένος στην αρρώστια και δυσάρεστα αλλοιωμένος, με το περιβάλλον (οι άλλοι) να γίνεται αντιληπτό ως απόμακρο. Εμπειρίες πριν ή στην διάρκεια της νοσηλείας στις ΜΕΘ ή και μετά τη νοσηλεία, το σύστημα πεποιθήσεων/ανθεκτικότητα/προσωπικότητα αναγνωρίζονται ως παράγοντες που συντελούν στις αλλαγές.

7.3 Αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων

Στη παρακάτω ενότητα ακολουθεί η παρουσίαση των ποσοτικών αποτελεσμάτων της μελέτης.

7.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την εσωτερική συνοχή των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Στις περισσότερες υποκλίμακες καθώς και στο σύνολο των ερωτηματολογίων οι συντελεστές Cronbach α έχουν υψηλές τιμές ($>0,6$). Η συνολική βαθμολογία Cronbach α στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) ήταν ($\alpha=0,888$), στην κλίμακα PTSDI ($\alpha=0,765$), στην κλίμακα IES-R ($\alpha=0,820$) και στον δείκτη του στρες (*Index*) ($\alpha=0,564$). Αναλυτικότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Εσωτερική συνοχή των απαντήσεων των συμμετεχόντων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's α
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,851
Νέες δυνατότητες	5	0,704
Προσωπική δύναμη	4	0,172
Πνευματική αλλαγή	2	0,311
Εκτίμηση ζωής	3	0,840
Σύνολο	21	0,888
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,629
Νέες δυνατότητες	5	0,646
Προσωπική δύναμη	4	0,509
Πνευματική αλλαγή	2	0,053
Εκτίμηση ζωής	3	0,398
Σύνολο	21	0,765
IES-R		
Αποφυγή	8	0,606
Παρέισφρηση	8	0,654
Υπερδιέγερση	6	0,521
Σύνολο	22	0,820
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	4	0,564

Ποσοστό 47,6% των ασθενών θεώρησε πολύ στρεσογόνα τη διάγνωση της ασθένειας, 52,3% θεώρησε την περίοδο της νοσηλείας του στη ΜΕΘ ως πολύ στρεσογόνα ενώ 9,6% εξακολουθεί να τη θεωρεί έτσι και στο παρόν. Επιπροσθέτως,

ποσοστό 33,3% των ασθενών έχει πολύ στρες στο παρόν λόγω του προβλήματος υγείας του. Επίσης, το 47,6% του δείγματος ανέφερε ότι επηρεάστηκε πολύ η ζωή του από τις αλλαγές που επήλθαν στη ζωή του. (Πίνακας 8)

Πίνακας 8: Συνολική βαθμολογία μεταβλητών των διατάσεων του δείκτη στρες

		N	%
Πόσο στρεσογόνος ήταν για εσάς τότε η διάγνωση της ασθένειας-τραυματισμός σας	Καθόλου	5	23,8
	Λίγο	3	14,3
	Μέτρια	3	14,3
	Πολύ	10	47,6
Πόσο στρεσογόνος ήταν τότε η συγκεκριμένη νοσηλεία-εμπειρία στη ΜΕΘ για εσάς	Καθόλου	4	19,0
	Λίγο	4	19,1
	Μέτρια	2	9,5
	Πολύ	11	52,3
Πόσο στρεσογόνος είναι σήμερα η συγκεκριμένη νοσηλεία-εμπειρία στη ΜΕΘ όταν τη θυμάστε	Καθόλου	10	47,6
	Λίγο	4	19,0
	Μέτρια	5	23,8
	Πολύ	2	9,6
Πόσο στρες σας δημιουργεί σήμερα το πρόβλημα της υγείας σας	Καθόλου	3	14,3
	Λίγο	6	28,5
	Μέτρια	5	23,8
	Πολύ	7	33,3
Πόσο επηρέασαν οι αλλαγές τη ζωή σας σήμερα	Καθόλου	2	11,1
	Λίγο	6	33,3
	Μέτρια	0	0,0
	Πολύ	10	47,6

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 9) παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων και των υποκλιμάκων τους. Στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) η συνολική βαθμολογία ήταν 59,8 με τη μεγαλύτερη θετική βαθμολογία 105, ενώ η μέση τιμή στην κλίμακα μετατραυματικής (PTDI) ήταν 16,9, με μεγαλύτερη αρνητική βαθμολογία το 105 Αναφορικά με την μέση συνολική βαθμολογία στην κλίμακα IES-R ήταν 27,8, όπου η μεγαλύτερη βαθμολογία είναι το 88 με τιμή ουδού το 33. Όσον αφορά στη Μετατραυματική Ανάπτυξη (κλίμακα PTGI) μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις υποκλίμακες «Προσωπική Δύναμη» (MT=3,1) και «Εκτίμηση ζωής» (MT=3,8), ενώ στην κλίμακα Μετατραυματικής έκπτωσης (PTDI) μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις υποκλίμακες «Σχέση με τους Άλλους» (MT=1,1) και «Νέες δυνατότητες» (MT=0,9). Όσον αφορά στην κλίμακα IES-R, η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα «Παρείσφρηση» (MT=1,4), ενώ η μέση βαθμολογία του δείκτη στρες κυμαίνεται στο 2,67.

Πίνακας 9: Συνολική βαθμολογία των κλιμάκων και των διαστάσεών τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Μέση Τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (Q₁-Q₃)
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)		
Σχέση με τους άλλους	2,7(1,5)	3(1,6-3,6)
Νέες δυνατότητες	2,3(1,3)	2,4(1,3-3,4)
Προσωπική δύναμη	3,1(1,1)	3,25(2,25-3,75)
Πνευματική αλλαγή	2,9(1,5)	2,5(1,75-4,5)
Εκτίμηση ζωής	3,8(1,6)	4,7(3,3-4,8)
Σύνολο	2,9(1,1) 59,8(22,9)	2,85(2,19-3,90) 60,0(46,0-82,0)
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)		
Σχέση με τους άλλους	1,1(1,0)	0,85(0,21-2,0)
Νέες δυνατότητες	0,9(1,1)	0,6(0,0-1,4)
Προσωπική δύναμη	0,8(0,9)	0,75(0,0-1,12)
Πνευματική αλλαγή	0,3(0,7)	0,0(0,0-0,0)
Εκτίμηση ζωής	0,4(0,6)	0,0(0,0-0,7)
Σύνολο	0,8(0,6) 16,9(13,4)	0,7(0,33-1,1) 15,0(7,0-22,0)
IES-R		
Αποφυγή	1,1(0,7)	1(0,5-1,75)
Παρέισφρηση	1,4(0,7)	1,4(0,75-1,93)
Υπερδιέγερση	1,3(0,8)	1,2(0,7-1,75)
Σύνολο	3,8(1,8) 27,8(13,6)	3,5(2,25-5,3) 26(16,5-38,5)
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,67(1,4)	3,0(1,87-4,0)

7.3.2 Στατιστικά αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων

Από την εφαρμογή της μη παραμετρικής στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney Test δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες PTGI και PTDI, IES-R και του δείκτη του στρες, όπως και στις υποκλίμακές τους σε σχέση με το φύλο, $p > 0,10$ (Πίνακας 24, Παράρτημα ΙΙΙ). Σε σχέση με την ηλικία, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην υποκλίμακα «*Εκτίμηση της ζωής*» της κλίμακας PTDI όπου μεγαλύτερη έκπτωση βιώνουν τα άτομα ηλικίας από 18-50 ετών ($p = 0,062$) όπως και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PTDI ($p = 0,086$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές σε σχέση με την ηλικία σε καμία άλλη κλίμακα ή υποκλίμακα ($p > 0,10$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με την ηλικία τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ		p
	18-50 Ετών (n=7)	51+ Ετών (n=14)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,8-3,6)	3,0(1,0-3,4)	0,681
Νέες δυνατότητες	3,0(1,2-3,4)	2,1(1,3-3,4)	0,852
Προσωπική δύναμη	3,2(3,3-3,8)	3,8(2,1-3,8)	0,764
Πνευματική αλλαγή	2,0(1,5-4,0)	3,0(2,4-4,5)	0,106
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,0-4,7)	4,5(3,3-5,0)	0,518
Συνολική βαθμολογία	3,1(2,3-3,4) 66 (50-79)	2,8(2,0-4,0) 58,5(41-83,3)	0,970
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,9(0,4-2,4)	0,7(0,0-1,3)	0,346
Νέες δυνατότητες	0,8(0,0-2,8)	0,60(0,0-0,85)	0,423
Προσωπική δύναμη	1,0(0,8-1,0)	0,4(0,0-1,4)	0,279
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,902
Εκτίμηση ζωής	1,0(0,0-1,3)	0,0(0,0-0,8)	0,062
Συνολική βαθμολογία	1,0(0,8-1,8) 20 (16-37)	0,5(0,3-1,0) 10,5(5,5-22)	0,086
IES-R			
Αποφυγή	1,5(0,8-1,8)	0,9(0,4-1,7)	0,369
Παρεϊσφρηση	1,3(0,9-2,4)	1,4(0,6-1,9)	1,00
Υπερδιέγερση	1,3(0,7-2,5)	1,1(0,7-1,6)	0,498
Συνολική βαθμολογία	3,6(2,3-7,0) 26,0 (1,07-51,0)	3,3(2,2-4,9) 24,5(16,0-36,3)	0,502
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	4,0(2,3-4,3)	2,9(1,2-3,1)	0,164

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους/διαζευγμένους, βιώνουν «μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής» (p=0,076), μεγαλύτερη έκπτωση «νέες δυνατότητες» (p=0,038), και χαμηλότερης έντασης άγχος (p=0,038), (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	Έγγαμος (n=12)	Άγαμος/διαζευγμένος (n=9)	p
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,2(1,4-4,2)	2,7(1,4-3,4)	0,301
Νέες δυνατότητες	2,1(1,5 -3,4)	2,4(1,1-3,3)	0,669
Προσωπική δύναμη	3,4(2,0-3,8)	3,2(2,6-3,9)	0,747
Πνευματική αλλαγή	2,8 (1,6-4,5)	2,7(1,8-4,2)	0,747
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,3-5,0)	3,3(1,8-4,7)	0,076
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,0-2,4) 60,5 (44-85)	2,7(1,8-3,5) 57 (37-73)	0,477
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,5(0,0-2,2)	0,9 (0,6-2,0)	0,473
Νέες δυνατότητες	0,8(0,6-1,1)	0,0(0,0-0,6)	0,038
Προσωπική δύναμη	1,0(0,0-1,6)	0,8(0,0-0,9)	0,211
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,815
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,25)	0,0(0,0-1,0)	0,397
Συνολική βαθμολογία	0,6 (0,3-1,1) 13(7,0-23)	(0,7) (0,4-1) 15(8,5-20,5)	0,831
IES-R			
Αποφυγή	0,8(0,5-1,7)	1,5(0,8-1,8)	0,392
Παρείσφρηση	1,3(0,6-1,8)	1,4(1,2-2,2)	0,318
Υπερδιέγερση	0,9(0,7 -1,5)	1,2(0,8-2,6)	0,266
Συνολική βαθμολογία	3,0(2,2-3,7) 22,5(16,3-26,8)	4,3(2,8-6,5) 32,0(21,0-470,8)	0,144
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,5(1,3-3,0)	4,0(2,6-4,1)	0,038

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία κλίμακα και υποκλίμακα παρά μόνο στην υποκλίμακα «προσωπική δύναμη» της κλίμακας PTGI όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη φαίνεται να έχουν τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,073$) (Πίνακας 25, Παράρτημα III).

Από τις συγκρίσεις σε σχέση με το επάγγελμα βρέθηκε ότι στην υποκλίμακα «παρείσφρητικές σκέψεις» της κλίμακας IES-R, μεγαλύτερη βαθμολογία σημείωσαν οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι ($p=0,058$), και μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «νέες δυνατότητες» σημείωσαν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ($p=0,071$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το επάγγελμα σε καμία άλλη διάσταση των

κλιμάκων, αλλά ούτε και στις συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων ($p>0,10$) (Πίνακας 26, Παράρτημα ΙΙΙ).

7.3.2.1 Σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων PTGI-42 και IES-R

με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Συγκρίνοντας τις συνολικές και τις επί μέρους βαθμολογίες των κλιμάκων σε σχέση με τη διάγνωση βρέθηκε ότι η ομάδα των πολυτραυματιών και άλλων σοβαρών νοσημάτων σε σχέση με τους καρδιολογικούς ασθενείς είχαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,089$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη διάγνωση, $p>0,10$ (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τη διάγνωση

	ΔΙΑΓΝΩΣΗ		P
	Πολυτραυματίες/άλλα νοσήματα (n=13)	Καρδιολογικά νοσημ. (n=8)	
ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,3(1,9-3,9)	2,7(0,9-3,4)	0,292
Νέες δυνατότητες	3,2(1,3-3,7)	1,6(0,4-2,4)	0,118
Προσωπική δύναμη	3,5(3,3 -3,9)	3,6(2,3-3,6)	0,101
Πνευματική αλλαγή	4,0(2,0-4,5)	2,3(1,5-3,0)	0,165
Εκτίμηση ζωής	4,7(3,7-4,8)	4,3(2,1-4,9)	0,530
Συνολική βαθμολογία	3,3(2,3-4,0) 68,0 (49,0-85,0)	2,6(1,3-2,9) 55,5(26,0-60,8)	0,089
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9 (0,2-2,1)	0,9(0,1-1,6)	0,971
Νέες δυνατότητες	0,6 (0,0-0,9)	0,7(0,1-2,0)	0,505
Προσωπική δύναμη	0,8 (0,0-1,3)	0,9(0,9-1,9)	0,574
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-0,0)	0,154
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,167
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,2-1,1) (17,0) (5,0-23,0)	0,6(0,4-1,1) 13,0,0(7,8-20,5)	1,0
IES-R			
Αποφυγή	1,0(0,5-1,8)	1,0(0,5-1,8)	0,942
Παρείσφρηση	1,4(0,8-1,8)	1,8(0,8-2,1)	0,445
Υπερδιέγερση	0,8(0,7-1,4)	1,3(0,8-2,4)	0,273
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,3-4,2) (26,0)16,5-31,0)	4,0(2,2-6,2) (30,0) (16,3-45,3)	0,612
STRES	3,0(1,7-4,1)	2,3(1,7-3,0)	0,258

Τα άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» της κλίμακας PTDI σε σχέση με τα άτομα του δεν υποβλήθηκαν ($p=0,004$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες και στις διαστάσεις τους, $p>0,10$ (Πίνακας 27, Παράρτημα III)

Σχετικά με τον χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ενώ αντίθετα τα άτομα που παρέμειναν στο τμήμα περισσότερο από 15 ημέρες παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στην «πνευματική αλλαγή» ($p=0,036$), όπως επίσης και τα άτομα που νοσηλεύθηκαν συνολικά περισσότερες από 31 ημέρες, ($p=0,083$) (Πίνακας 28, Πίνακας 29, Πίνακας 30, Παράρτημα III).

Αναφορικά με τον χρόνο που πέρασε μετά την έξοδο των συμμετεχόντων από τη ΜΕΘ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που είχαν λιγότερο χρόνο από 24 μήνες παρουσίαζαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στις «νέες δυνατότητες» ($p=0,061$), μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση της «εκτίμησης της ζωής» ($p=0,012$), και μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» ($p=0,056$). Αντίθετα η ίδια ομάδα στην κλίμακα IES-R και στις διαστάσεις της είχε χαμηλότερη βαθμολογία με στατιστικά σημαντική διαφορά από αυτούς που είχαν μεγαλύτερο χρόνο από 25 μήνες και συγκεκριμένα διέφεραν στη διάσταση «αποφυγή», ($p=0,024$), «παρείσφρηση» ($p=0,077$), «υπερδιέγερση» ($p=0,006$) και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ($p=0,007$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τον χρόνο από την έξοδο τους από τη ΜΕΘ

	ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ ΕΩΣ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ		p
	1-24 Μήνες (n=10)	25+ Μήνες (n=11)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,5(1,0-4,2)	2,7(2,1-3,3)	0,244
Νέες δυνατότητες	3,4(1,5-4,1)	1,6(1,2-3,0)	0,061
Προσωπική δύναμη	3,5(2,9-3,8)	3,3(2,3-4,0)	0,723
Πνευματική αλλαγή	3,3(1,5-4,5)	2,5(1,5-4,0)	0,749
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,7-5,0)	4,0(2,0-4,3)	0,012
Συνολική βαθμολογία	3,8(2,0-4,1) 80,0(41,0-86,5)	2,7(2,6-3,1) 57,0(54,0-66,0)	0,231
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,5(0,0-1,3)	1,0(0,4-2,1)	0,270
Νέες δυνατότητες	0,8(0,0-1,2)	0,4(0,0-2,0)	0,719
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,7)	0,8(0,0-1,0)	0,662
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,3)	0,0(0,0-0,0)	0,056
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-1,0)	0,801
Συνολική βαθμολογία	0,6(0,3-1,1) 13,5(6,0-22,5)	0,7(0,3-1,0) 15,0(7,0-22,0)	0,805
IES-R			
Αποφυγή	0,6(0,3-1,1)	1,5(1,1-1,9)	0,024
Παρέισφρηση	1,0(0,3-1,8)	1,8(1,3-2,1)	0,077
Υπερδιέγερση	0,7(0,6-1,0)	1,3(1-2, -2,5)	0,006
Συνολική βαθμολογία	2,3(1,8-3,2) (16,5) (13,3-24,0)	4,3(3,5-6,3) 32,0(26,0-46,0)	0,006
STRES	2,9(1,1-3,5)	3,0(2,3-4,0)	0,696

Σχετικά με το είδος της μονάδας που νοσηλεύονταν βρέθηκε ότι τα άτομα που νοσηλεύονταν σε γενική ΜΕΘ σε σχέση με την καρδιολογική σημείωσαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,089$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με το είδος της ΜΕΘ

	ΕΙΔΟΣ ΜΕΘ		p
	Γενική (n=13)	Καρδιολογική (n=8)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,3(1,9-3,9)	2,7(0,9-3,4)	0,292
Νέες δυνατότητες	3,2(1,3-3,7)	1,6(0,4-2,4)	0,118
Προσωπική δύναμη	3,5(3,3-3,9)	2,3(1,8-3,6)	0,101
Πνευματική αλλαγή	4,0(2,0-4,5)	2,5(1,5-3,0)	0,165
Εκτίμηση ζωής	4,7(3,7-4,8)	4,3(2,1-4,9)	0,530
Συνολική βαθμολογία	3,2(2,3-4,1) 68,0(49,0-85,0)	2,6(1,3-2,9) 55,5(26,0-60,8)	0,089
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,2-2,1)	0,9(0,1-1,9)	0,971
Νέες δυνατότητες	0,6(0,0-0,9)	0,7(0,1-2,0)	0,505
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,3)	0,9(0,2-1,2)	0,574
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-0,0)	0,154
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,167
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,2-1,1) 17,0(5,0-23,0)	0,6(0,4-1,0) 13,0(7,8-20,5)	0,111
IES-R			
Αποφυγή	1,0(0,5-1,8)	1,0(0,5-1,8)	0,942
Παρέισφρηση	1,4(0,8-1,8)	1,8(0,8-2,1)	0,445
Υπερδιέγερση	0,8(0,7-1,4)	1,3(0,8 -2,4)	0,273
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,3-4,2) 26,0(16,5-31,0)	4,0(2,2-6,2) 30,0(16,3-45,3)	0,612
STRES	3,0(1,8-4,2)	2,3(1,7-3,0)	0,258

Τα άτομα τα οποία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο εισήχθησαν άμεσα στη ΜΕΘ, στην κλίμακα IES-R και συγκεκριμένα στη διάσταση «αποφυγή» σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία (p=0,032), λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» (p=0,032), λιγότερη «προσωπική δύναμη» (p=0,063), λιγότερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη, (p=0,039) και μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» (p=0,092) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με αντιληπτή συμπτωματολογία πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο

	ΓΝΩΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ		p
	Όχι (n=13)	Ναι (n=8)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,9-3,1)	3,8(2,5-4,6)	0,032
Νέες δυνατότητες	1,6(1,1-3,1)	3,3(1,7-3,4)	0,245
Προσωπική δύναμη	3,3(2,0-3,6)	3,8(3,3-4,4)	0,063
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,8-3,5)	4,3(1,8-4,5)	0,290
Εκτίμηση ζωής	4,3(2,7-4,7)	4,1(4,1-5,0)	0,318
Συνολική βαθμολογία	2,7(1,9-3,2) 56,0(40,0-6,07)	3,9(2,9-4,1) 82,0(60,3-8,07)	0,039
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,4-2,3)	0,3(0,0-0,1)	0,092
Νέες δυνατότητες	0,2(0,0-1,9)	0,8(0,7-0,1)	1,195
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,1)	0,9(0,0-1,6)	0,764
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,766
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,7)	0,0(0,0-1,1)	0,730
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,4-1,1) 17,0(8,5-23,0)	0,4(0,3-0,9) 9,0(7,0-19,3)	0,346
IES-R			
Αποφυγή	1,5(0,8-1,8)	0,7(0,3-0,9)	0,032
Παρείσφρηση	1,4(0,5-2,1)	1,4(1,0-1,8)	0,971
Υπερδιέγερση	1,0(0,7-2,5)	1,2(0,7-1,5)	0,884
Συνολική βαθμολογία	4,0(2,4-6,4) 30,0(18,0-40,0)	3,0(2,2-3,7) 21,5(16,3-26,8)	0,385
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	3,0(1,6-4,0)	2,6(1,7-3,2)	0,742

Αναφορικά με τις μνήμες από τα γεγονότα κατά τη νοσηλεία τους βρέθηκε, ότι τα άτομα που είχαν μνήμες βίωναν μεγαλύτερης έντασης «παρείσφρηση» ($p=0,035$), μεγαλύτερη «υπερδιέγερση» ($p=0,030$), μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,022$), στη διάσταση «νέες δυνατότητες» ($p=0,066$), και μεγαλύτερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,044$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τις μνήμες από τη νοσηλεία τους

	ΜΝΗΜΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ		p
	Όχι (n=4)	Ναι (n=17)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,1-2,2)	3,3(2,6-3,8)	0,022
Νέες δυνατότητες	1,2(0,9-1,7)	3,0(1,5-1,4)	0,066
Προσωπική δύναμη	3,3(1,3-3,7)	3,3(2,3-3,9)	0,470
Πνευματική αλλαγή	2,3(0,5-4,4)	3,0(1,8-4,5)	0,652
Εκτίμηση ζωής	4,0(0,8-4,9)	4,7(3,7-4,8)	0,681
Συνολική βαθμολογία	1,9(1,2-2,5) 40,0(24,5-53,3)	3,1(2,6-4,0) 66,0(55,0-83,5)	0,044
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,4(0,1-2,1)	0,9(0,2-2,0)	0,497
Νέες δυνατότητες	0,0(0,0-2,0)	0,8(0,1-1,4)	0,234
Προσωπική δύναμη	0,4(0,0-2,8)	0,8(0,0-1,1)	0,745
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,5)	0,0(0,0-0,0)	0,508
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,135
Συνολική βαθμολογία	0,2(0,0-1,9) 4,5(0,8-39,0)	0,8(0,4-1,0) 16,0(9,0-22,0)	0,151
IES-R			
Αποφυγή	1,2(0,4-1,8)	1,0(0,5-1,8)	0,964
Παρείσφρηση	0,5(0,3-1,2)	1,8(1,2-2,1)	0,035
Υπερδιέγερση	0,6(0,5-1,0)	1,2(0,8-2,3)	0,030
Συνολική βαθμολογία	2,5(1,2-3,8) 18,5(8,8-28,3)	3,6 (2,4-6,2) 26,0(1,07-44,5)	0,128
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	1,5(0,0-4,3)	3,0(2,3-4,0)	0,498

Τα άτομα που είχαν συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» ($p=0,036$) (Πίνακας 31, Παράρτημα III). Επίσης, τα άτομα που η αποκατάσταση ήταν σε εξέλιξη παρουσίασαν

λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,029$), μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «προσωπική δύναμη» ($p=0,076$), και «πνευματική αλλαγή» ($p=0,004$) (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη του στρες σε σχέση με αποκατάσταση σε εξέλιξη

	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ		p
	Όχι (n=15)	Ναι (n=6)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,6-3,4)	3,9(2,8-4,8)	0,029
Νέες δυνατότητες	1,6(1,0-3,2)	3,3(1,7-4,1)	0,128
Προσωπική δύναμη	3,3(2,3-3,8)	3,5(2,6-3,8)	0,784
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,0)	4,3(2,0-4,5)	0,239
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,5-4,7)	0,937
Συνολική βαθμολογία	2,7(2,0-3,2) 57,0(42,0-6,08)	3,9(2,5-4,2) 81,0(51,5-88,8)	0,139
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,4-2,1)	0,7(0,0-2,1)	0,694
Νέες δυνατότητες	0,4(0,0-0,8)	0,9 (0,6-2,7)	0,111
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,0)	1,3(0,6-2,2)	0,076
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,5(0,0-2,1)	0,004
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,5(0,0-1,6)	0,178
Συνολική βαθμολογία	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,0-21,0)	1,0(0,3-1,9) 21,0(7,0-40,3)	0,259
IES-R			
Αποφυγή	1,3(0,5-1,8)	0,9(0,7-1,8)	0,668
Παρείσφρηση	1,4(0,6-1,9)	1,6(0,8-2,5)	0,507
Υπερδιέγερση	1,0(0,7-1,3)	1,3(0,7-2,5)	0,409
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,2-4,5) 26,0(1,06-34,0)	3,6(2,2-7,0) 26,5(16,3-51,3)	0,533
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,3(1,5-3,3)	3,5(2,6-4,3)	0,136

Επιπλέον, τα άτομα που δεν είχαν αποκατασταθεί πλήρως παρουσίαζαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,029$), είχαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «προσωπική δύναμη», $p=0,076$, και στην «πνευματική αλλαγή» ($p=0,004$) (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με πλήρη αποκατάσταση

	ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		p
	Όχι (n=6)	Ναι (n=15)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,9(2,8-4,8)	2,7(0,6-3,4)	0,029
Νέες δυνατότητες	3,3(1,7-4,1)	1,6(1,0-3,2)	0,128
Προσωπική δύναμη	3,5(2,6-3,8)	3,3(2,3-3,8)	0,784
Πνευματική αλλαγή	4,3(2,0-4,5)	2,5(1,5-4,0)	0,239
Εκτίμηση ζωής	4,7(3,5-4,7)	4,3(3,3-5,0)	0,937
Συνολική βαθμολογία	3,9(2,5-4,2) 81,0(51,5-88,8)	2,7(2,0-3,2) 5,07(42,0-68,0)	0,139
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,7(0,0-2,1)	0,9(0,4-2,1)	0,694
Νέες δυνατότητες	0,9(0,6-2,7)	0,4 (0,0-0,8)	0,111
Προσωπική δύναμη	1,3(0,6-2,2)	0,8(0,0-1,0)	0,076
Πνευματική αλλαγή	0,5(0,0-2,1)	0,0(0,0-0,0)	0,004
Εκτίμηση ζωής	0,5(0,0-1,6)	0,0(0,0-0,3)	0,178
Συνολική βαθμολογία	1,0(0,3-1,9) 21,0(7,0-40,3)	0,5 (0,3-1,0) 11,0(,0-21,0)	0,259
IES-R			
Αποφυγή	0,9(0,7-1,8)	1,3(0,5-1,8)	0,668
Παρέισφρηση	1,6(0,8-2,5)	1,4(0,6-1,9)	0,507
Υπερδιέγερση	1,3(0,7-2,5)	1,0(0,7-1,3)	0,409
Συνολική βαθμολογία	3,6(2,2-7,0) 26,5(16,3-51,3)	3,5(2,2-4,5) 26,0(16,0-34,0)	0,533
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	3,5(2,6-4,3)	2,3 (1,5-3,3)	0,136

Από την εφαρμογή της μη παραμετρικής συσχέτισης Spearman's rho και τη συσχέτιση των διαστάσεων των κλιμάκων PTGI και PTDI, IES-R και του δείκτη του στρες βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» της κλίμακας PTGI με τη διάσταση «νέες δυνατότητες» ($p < 0,001$, $\rho = 0,744$), «πνευματική αλλαγή» ($p = 0,005$, $\rho = 0,588$), και «εκτίμηση ζωής» ($p = 0,016$, $\rho = 0,520$) με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας» ($p = 0,016$). Η διάσταση «νέες δυνατότητες» της ίδιας κλίμακας παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τη διάσταση «πνευματική αλλαγή», ($p = 0,060$ $\rho = 0,417$), και «εκτίμηση ζωής», ($p = 0,009$ $\rho = 0,553$) (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI μεταξύ τους καθώς και με τον δείκτη του στρες

		PTGI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ					
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής	
PTGI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	Σχέση με τους άλλους	r	1				
		p					
		n	21				
	Νέες δυνατότητες	r	0,744	1			
		p	<0,001				
		n	21	21			
	Προσωπική δύναμη	r	0,180	0,354	1		
		p	0,435	0,115			
		n	21	21	21		
	Πνευματική αλλαγή	r	0,588	0,417	0,006	1	
		p	0,005	0,060	0,980		
		n	21	21	21	21	
Εκτίμηση της ζωής	r	0,520	0,553	-0,002	0,264	1	
	p	0,016	0,009	0,992	0,248		
	n	21	21	21	21	21	
Στρες	r	0,173	0,249	-0,130	0,299	-0,072	
	p	0,452	0,277	0,575	0,188	0,758	
	n	21	21	21	21	21	

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI με τις διαστάσεις της κλίμακας PTDI βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» της PTGI με αυτής της PTDI ($p=0,072$ $\rho=-0,400$), και της διάστασης «προσωπική δύναμη» της κλίμακας PTGI με αυτή της PTDI, ($p=0,029$ $\rho=-0,475$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της κλίμακας PTGI με το δείκτη του στρες (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI και PTDI

		PTDI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ				
ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ		Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής
PTGI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	Σχέση με τους άλλους	-0,400	0,263	0,237	0,171	0,179
		0,072	0,249	0,301	0,458	0,438
		21	21	21	21	21
	Νέες δυνατότητες	-0,048	0,017	0,104	0,362	0,239
		0,836	0,943	0,653	0,107	0,296
		21	21	21	21	21
	Προσωπική δύναμη	-0,026	-0,215	-0,475	-0,023	0,321
		0,911	0,349	0,029	0,923	0,156
		21	21	21	21	21
	Πνευματική αλλαγή	-0,167	0,158	-0,069	-0,056	0,139
		0,468	0,495	0,767	0,808	0,547
		21	21	21	21	21
	Εκτίμηση της ζωής	-0,183	0,031	0,175	0,171	-0,001
		0,427	0,894	0,448	0,458	0,997
		21	21	21	21	21

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTDI μεταξύ τους βρέθηκε θετική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» με την «εκτίμηση ζωής» της κλίμακας PTDI ($p=0,063$ $\rho=0,413$), και της διάστασης «νέες δυνατότητες» με την «προσωπική δύναμη» ($p=0,021$ $\rho=0,499$), και η διάσταση «προσωπική δύναμη» με την «πνευματική αλλαγή», ($p=0,005$ $\rho=0,588$) (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTDI μεταξύ τους καθώς και με τον δείκτη του στρες

		PTDI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ					
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής	
PTDI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ	Σχέση με τους άλλους	r	1				
		p					
		n	21				
	Νέες δυνατότητες	r	0,142	1			
		p	0,539				
		n	21	21			
	Προσωπική δύναμη	r	-0,018	0,499	1		
		p	0,937	0,021			
		n	21	21	21		
	Πνευματική αλλαγή	r	0,151	0,111	0,588	1	
		p	0,513	0,631	0,005		
		n	21	21	21	21	
	Εκτίμηση της ζωής	r	0,413	0,345	0,222	0,302	1
		p	0,063	0,126	0,334	0,183	
		n	321	21	21	21	21
	Στρες	r	0,227	-,0111	0,208	0,275	0,353
		p	0,323	0,631	0,365	0,228	0,116
		n	21	21	21	21	21

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας IES-R μεταξύ τους βρέθηκε θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρείσφρηση» με τη διάσταση «αποφυγή» ($p=0,047$ $\rho=0,438$), και της διάστασης «υπερδιέγερση» με τη διάσταση «Παρείσφρηση» ($p=0,027$ $\rho=0,483$), ομοίως και με τη διάσταση «υπερδιέγερση» ($p<0,001$ $\rho=0,806$).

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας IES-R με τις διαστάσεις της κλίμακας PTGI βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της «υπερδιέγερσης» με την «εκτίμηση ζωής» ($p=0,047$ $\rho=-0,439$).

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας IES-R με τις διαστάσεις PTDI βρέθηκε θετική συσχέτιση της διάστασης «Παρείσφρηση» με τη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,067$, $\rho=0,407$) και της «εκτίμηση ζωής» ($p=0,057$, $\rho=0,421$), ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το στρες (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας IES-R μεταξύ τους καθώς και με τις κλίμακες PTDI, PTGI και του δείκτη στρες.

	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		IES-R		
			Αποφυγή	Παρείσφρηση	Υπερδιέγερση
IES-R	Αποφυγή	r	1		
		p			
		n	21		
	Παρείσφρηση	r	0,438	1	
		p	0,047		
		n	21	21	
	Υπερδιέγερση	r	0,483	0,806	1
		p	0,027	<0,001	
		n	21	21	21
Στρες	r	0,145	0,365	0,352	
	p	0,531	0,104	0,118	
	n	21	21	21	
PTGI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	Σχέση με τους άλλους	r	-0,213	0,067	0,048
		p	0,355	0,774	0,836
		n	21	21	21
	Νέες δυνατότητες	r	-0,234	0,144	-0,107
		p	0,308	0,534	0,643
		n	21	21	21
	Προσωπική δύναμη	r	-0,111	0,234	0,069
		p	0,632	0,307	0,765
		n	21	21	21
	Πνευματική αλλαγή	r	-0,14	0,246	0,02
		p	0,544	0,283	0,931
		n	21	21	21
	Εκτίμηση της ζωής	r	-0,26	-0,318	-0,439
		p	0,255	0,16	0,047
		n	21	21	21
PTDI ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ	Σχέση με τους άλλους	r	0,252	0,407	0,358
		p	0,27	0,067	0,111
		n	21	21	21
	Νέες δυνατότητες	r	-0,228	-0,019	0,033
		p	0,321	0,936	0,887
		n	21	21	21
	Προσωπική δύναμη	r	-0,018	-0,076	0,128
		p	0,938	0,745	0,581
		n	21	21	21
	Πνευματική αλλαγή	r	-0,009	0,127	0,152
		p	0,969	0,582	0,51
		n	21	21	21
	Εκτίμηση της ζωής	r	-0,099	0,421	0,321
		p	0,669	0,057	0,156
		n	21	21	21

7.4 Συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης

Για την απάντηση στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα στο πως οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη/ έκπτωση και διαταραχή μετατραυματικού στρες συγκλίνουν ή διαφοροποιούνται από τις απαντήσεις τους στις κλίμακες PTGI-42 και IES-R, αλλά και για την περαιτέρω ενίσχυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής και της ποσοτικής ανάλυσης των δεδομένων των συμμετεχόντων, κρίθηκε αναγκαίο ο συνδυασμός τους και ο έλεγχος του βαθμού σύγκλισης και συμφωνίας.

Αρχικά ποσοτικοποιήθηκαν τα ποιοτικά δεδομένα από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις, όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης ποιοτικών στοιχείων σχετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη έκπτωση και εκδηλώσεις διαταραχής μετατραυματικού στρες (όπως αναφέρονται και μετρούνται από τις ψυχομετρικές κλίμακες PTGI-42 αλλά και IES-R αντίστοιχα). Στο Παράρτημα III παρουσιάζονται τα συνδυαστικά αποτελέσματα των δεδομένων (Πίνακας 34). Στην πρώτη στήλη αποτυπώνεται η εικόνα της κατανομής των συμμετεχόντων σε κάθε μία από τις υποκλίμακες της PTG-42 (PTGI/PTDI) και της IES-R όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα από τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Στην δεύτερη στήλη παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα (διάμεσος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος) των βαθμολογιών των ψυχομετρικών εργαλείων που συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες.

Η πραγματοποίηση της διασταύρωση/σύγκρισης έγινε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση, στο σύνολο του δείγματος ελέγχθηκε αν τα περιγραφικά μέτρα, δηλαδή η διάμεσος, των ποσοτικών εργαλείων κυμαίνονταν σε χαμηλά επίπεδα για τους ασθενείς που δεν δήλωσαν κάποια ανάπτυξη ή έκπτωση, και σε υψηλότερα επίπεδα για τους ασθενείς που δήλωσαν ανάπτυξη ή έκπτωση. Επιπλέον, σε δεύτερη φάση, για να υπολογιστεί το ποσοστό της συμφωνίας μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων για κάθε υποκλίμακα, ελέγχθηκε για κάθε έναν ασθενή εάν αυτό που προέκυπτε μέσω της συνέντευξης συμφωνούσε με τις βαθμολογίες τους για την αντίστοιχη κλίμακα (Πίνακας 33, πίνακες στο Παράρτημα III). Ασθενείς που δεν δήλωσαν ανάπτυξη ή έκπτωση στην συνέντευξή τους, θα έπρεπε τα βαθμολογίες τους να βρίσκονται κάτω από 3 ή 2 αντίστοιχα, ενώ ασθενείς που δήλωσαν κάποια ανάπτυξη ή έκπτωση οι βαθμολογίες τους να βρίσκονται πάνω από 3 ή 2 αντίστοιχα. Το πιθανό εύρος τιμών για την ανάπτυξη και έκπτωση κυμαίνεται από 0 (δεν έχω βιώσει κάποια αλλαγή) έως 5 (έχω βιώσει κάποια αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό). Τιμές κάτω από 3 και 2

υποδηλώνουν καθόλου ή σε πολύ μικρό βαθμό αλλαγές οπότε και τέθηκαν ως κατώφλι για την αξιολόγηση της παρατήρησης αλλαγών ή όχι.

Όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη, παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες που μέσω της ημι-δομημένης συνέντευξης παρουσιάζουν μετατραυματική ανάπτυξη σε όλες τις υποκλίμακες, έχουν και μεγαλύτερη διάμεση τιμή στις βαθμολογίες των ποσοτικών εργαλείων. Για παράδειγμα, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν στη συνέντευξή τους μετατραυματική ανάπτυξη «σε σχέση με τους άλλους» έχουν διάμεσο 3,4 τιμή μεγαλύτερη του 3, όπου επιβεβαιώνεται αυτή η ανάπτυξη και μέσω των ποσοτικών εργαλείων. Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούνται σε όλες τις υποκλίμακες της μετατραυματικής ανάπτυξης (διάμεσοι >3), επιβεβαιώνοντας τα όσα ειπώθηκαν στις συνεντεύξεις.

Υπήρχαν όμως και ορισμένες εξαιρέσεις συμμετεχόντων όπου δεν υπήρχε σύγκλιση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής και της ποσοτικής ανάλυσης (αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα III, Πίνακας 35). Πιο συγκεκριμένα, 2 (Σ₁₈, Σ₂₁) συμμετέχοντες ενώ μέσω της συνέντευξης δήλωναν ότι βίωσαν μετατραυματική ανάπτυξη «σε σχέση με τους άλλους», οι βαθμολογίες στην αντίστοιχη κλίμακα ήταν αρκετά χαμηλά (<3) όπου δεν επιβεβαιώνεται αυτή η ανάπτυξη που δήλωσαν. Αντίστοιχα, 2 (Σ₁₀, Σ₁₃) από τους 11 συμμετέχοντες που δήλωσαν μετατραυματική ανάπτυξη στις «νέες δυνατότητες» μέσω της συνέντευξης είχαν χαμηλές βαθμολογίες στην αντίστοιχη ποσοτική κλίμακα. Ομοίως, για 3 (Σ₈, Σ₁₀, Σ₁₁) από τους 15 που δήλωσαν μετατραυματική ανάπτυξη στην «προσωπική δύναμη» και για 4 (Σ₅, Σ₇, Σ₁₃, Σ₂₀) από τους 10 που δήλωσαν μετατραυματική ανάπτυξη στην «πνευματική αλλαγή».

Στο σύνολο όμως των αποτελεσμάτων τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των συνεντεύξεων και των βαθμολογιών των ποσοτικών κλιμάκων για την μετατραυματική ανάπτυξη (PTGI) κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα (Πίνακας 34, Παράρτημα III), πάνω από 70%. Ειδικά στην υποκλίμακα «εκτίμηση της ζωής» το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης ανέρχεται σε 95%.

Αντίστοιχη εικόνα παρατηρούμε και για τον συνδυασμό των αποτελεσμάτων που αφορούν την μετατραυματική έκπτωση. Οι συμμετέχοντες που μέσω της ημι-δομημένης συνέντευξης παρουσιάζουν μετατραυματική έκπτωση σε όλες τις υποκλίμακες, παρουσιάζουν και μεγαλύτερη διάμεση τιμή των βαθμολογιών των ποσοτικών εργαλείων.

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούνται σε όλες τις υποκλίμακες της μετατραυματικής έκπτωσης (διαφορές μεταξύ των διαμέσων), επιβεβαιώνοντας τις

αναφορές των συμμετεχόντων στις συνεντεύξεις. Στο σημείο αυτό όμως να τονίσουμε ότι στο σύνολο των συμμετεχόντων, οι βαθμολογίες της μετατραυματικής έκπτωσης παραμένουν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις βαθμολογίες της μετατραυματικής ανάπτυξης, υποδηλώνοντας ότι η μετατραυματική ανάπτυξη υπερσχύει της μετατραυματικής έκπτωσης. Οι θετικές αλλαγές ήταν περισσότερες από τις αρνητικές για τους συμμετέχοντες.

Όπως και στην ανάπτυξη έτσι και στην περίπτωση της έκπτωσης υπήρχαν περιπτώσεις συμμετεχόντων όπου δεν υπήρχε αντιστοίχιση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής και της ποσοτικής ανάλυσης (αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα III, Πίνακας 36). Πιο συγκεκριμένα, 8 (Σ₆, Σ₁₀, Σ₁₁, Σ₁₂, Σ₁₄, Σ₁₆, Σ₂₀, Σ₁₅) από τους 12 συμμετέχοντες ενώ μέσω της συνέντευξης δήλωναν ότι βίωσαν μετατραυματική έκπτωση «σε σχέση με τους άλλους», τα βαθμολογίες στην αντίστοιχη κλίμακα ήταν αρκετά χαμηλά (<2) όπου δεν επιβεβαιώνεται αυτή η έκπτωση που δήλωσαν. Αντίστοιχα, 2 (Σ₈, Σ₁₅) από τους 6 συμμετέχοντες που δήλωσαν μετατραυματική έκπτωση στις «νέες δυνατότητες» μέσω της συνέντευξης είχαν χαμηλές βαθμολογίες στην αντίστοιχη ποσοτική κλίμακα. Ομοίως, για 3 (Σ₁₂, Σ₁₃, Σ₁₇) από τους 4 που δήλωσαν μετατραυματική έκπτωση στην «προσωπική δύναμη» και για 2 (Σ₁₂, Σ₁₅) από τους 2 που δήλωσαν μετατραυματική έκπτωση στην «εκτίμηση της ζωής».

Στο σύνολο όμως των αποτελεσμάτων τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ δεδομένων των συνεντεύξεων και των βαθμολογιών της κλίμακας PDI κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα (Πίνακας 34, Παράρτημα III), πάνω από 70% ή κοντά στο 70%. Ειδικά στην υποκλίμακα που αφορά την έκπτωση στη διάσταση «πνευματική ζωή» το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης ανέρχεται σε 95,02%.

Τέλος, όσον αφορά τον συνδυασμό των αποτελεσμάτων που αφορούν την διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), οι συμμετέχοντες που μέσω της ημι-δομημένης συνέντευξης παρουσιάζουν μετατραυματικές διαταραχές (αποφυγή, παρείσφρηση, υπερδιέγερση), έχουν μεγαλύτερη διάμεση τιμή στις βαθμολογίες στη κλίμακα (IES-R). Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούνται σε όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας (IES-R) (διαφορές μεταξύ των διαμέσων), επιβεβαιώνοντας τα όσα έχουν λεχθεί στις συνεντεύξεις.

Όπως και στην μετατραυματική ανάπτυξη και την έκπτωση, υπήρχαν περιπτώσεις συμμετεχόντων όπου δεν υπήρχε αντιστοίχιση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής και της ποσοτικής ανάλυσης όσον αφορά τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα III, Πίνακας 37). Πιο συγκεκριμένα, 6

(Σ5, Σ8, Σ10, Σ12, Σ15, Σ21) από τους 8 συμμετέχοντες ενώ μέσω της συνέντευξης δήλωναν ότι βίωσαν «αποφυγή», οι βαθμολογίες στην αντίστοιχη κλίμακα ήταν αρκετά χαμηλά (<2) όπου δεν επιβεβαιώνεται αυτή η διαταραχή που δήλωσαν. Αντίστοιχα, 9 (Σ1, Σ3, Σ5, Σ10, Σ11, Σ12, Σ14, Σ16, Σ21) από τους 14 συμμετέχοντες που δήλωσαν «παρέισφρηση» μέσω της συνέντευξης είχαν χαμηλά βαθμολογίες στην αντίστοιχη ποσοτική κλίμακα. Ομοίως, για 9 (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4, Σ11, Σ13, Σ14, Σ16, Σ19) από τους 14 που δήλωσαν «υπερδιέγερση».

Τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των συνεντεύξεων και των βαθμολογιών της κλίμακας για την διαταραχή μετατραυματικού στρες (IES-R) κυμαίνονται μεταξύ 57,2% και 71,4% σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με την μετατραυματική ανάπτυξη και την έκπτωση (Πίνακας 34, Παράρτημα III), παραμένουν όμως αρκετά ικανοποιητικά.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα γενικά έδειξαν υψηλή αντιστοιχία μεταξύ των δηλώσεων των συμμετεχόντων και των αποτελεσμάτων από τη ποσοτική ανάλυση (Πίνακας 34, Παράρτημα III). Στη σύγκλιση των ποιοτικών και των ποσοτικών δεδομένων διαπιστώνεται ικανοποιητική έως πολύ υψηλή συμφωνία τόσο στα συνολικά αποτελέσματα όσο και σε κάποιες υποκλίμακες, που υποδηλώνει ότι τα ψυχομετρικά εργαλεία περισσότερο για το PTGI-42 και λιγότερο για το IES-R, είναι έγκυρα, αξιόπιστα, μετρούν πραγματικά και μπορούν να αποτυπώσουν και να αποδώσουν τη μετατραυματική ανάπτυξη/έκπτωση αλλά και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, έτσι όπως βιώνεται και αναφέρεται από τους συμμετέχοντες μέσα από τις συνεντεύξεις τους.

Επίσης, ο υψηλός βαθμός σύγκλισης ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων δείχνει ότι τόσο οι συνεντεύξεις ήταν καλά δομημένες με ερωτήσεις κατάλληλες και εύστοχες ώστε να διερευνώνται σε βάθος και να εκφράζονται οι πραγματικές και ποικίλες πτυχές του βιώματος, όσο και ότι και οι περιγραφές από τους συνεντευξιζόμενους ήταν πλούσιες και αξιόπιστες σε αναφορές, με αποτέλεσμα το υπό μελέτη φαινόμενο να αναδύεται με πιστότητα στις διαστάσεις του και τις αποχρώσεις του.

Οι αλλαγές θετικές, αρνητικές ή καμία αλλαγή, που δήλωσαν οι συμμετέχοντες φαίνεται να αντανακλούν τη πραγματική κατάσταση στη ζωή τους και σχετίζονται ουσιαστικά με τομείς της μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης όπως περιγράφονται από τους Baker et al., (2008).

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων οι πιο συχνές αναφορές θετικών αλλαγών αφορούν στην *εκτίμηση της ζωής και προσωπικής δύναμης* (αυξημένη

αίσθηση αυτοπεποίθησης, δύναμης), και έκπτωση στη *σχέση με άλλους* και στις *νέες δυνατότητες* (εμπειρία αρνητικών αλλαγών στις σχέσεις και στις προοπτικές που υπάρχουν για το μέλλον). Η ανάλυση σε ατομικό επίπεδο έδειξε ότι συχνά συμβαίνουν αρνητικές και θετικές αλλαγές σε διαφορετικό βαθμό, 20/21 άτομα ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τόσο μετατραυματική ανάπτυξη όσο και μετατραυματική έκπτωση στις διαφορετικές διαστάσεις ή και μέσα στις ίδιες διαστάσεις. Μόνο ένας από τους ερωτηθέντες δεν ανέφερε καμία αλλαγή ενδεικτική μετατραυματικής ανάπτυξης ή έκπτωσης. Η συνύπαρξη ανάπτυξης και έκπτωσης έχει βρεθεί και σε προηγούμενες ποσοτικές μελέτες μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι θετικές και αρνητικές αλλαγές μπορεί να συμβούν ταυτόχρονα στη ζωή των ατόμων. (Zięba et al., 2019, Kroemeke et al., 2017).

Όσον αφορά τη σύγκλιση των συνολικών ατομικών βαθμολογιών των συμμετεχόντων με τα ποιοτικά δεδομένα από τη συνέντευξη τους διαπιστώνεται. Από την σύγκριση των ατομικών βαθμολογιών των συμμετεχόντων και της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα PTGI φαίνεται ότι συμφωνούν. Οι νοσηλευθέντες στις Γενικές ΜΕΘ έχουν υψηλότερες βαθμολογίες μετατραυματικής ανάπτυξης (Σ₁:91, Σ₂:84, Σ₄: 88, Σ₃: 86). Συμφωνούν επίσης με τα ποιοτικά στοιχεία από τις συνεντεύξεις τους.

Οι νοσηλευθέντες σε καρδιολογικές μονάδες είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες μετατραυματικής ανάπτυξης σε σύγκριση με τη προηγούμενη ομάδα πιο (Σ₈:12, Σ₉:57, Σ₁₁:50, Σ₁₈:18, Σ₁₂: 38, Σ₁₃ 60).

Αξίζει να παρατηρηθεί ότι εκείνοι που νοσηματοδοτούν θετικά την εμπειρία έχουν και υψηλές βαθμολογίες στη μετατραυματική ανάπτυξη και οι περισσότεροι έχουν νοσηλευτεί στις Γενικές ΜΕΘ. Αντίθετα οι καρδιολογικοί ασθενείς έχουν μέτριες βαθμολογίες και δεν νοσηματοδοτούν πάντα θετικά την εμπειρία τους. Τα ευρήματα συμφωνούν με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν ότι τα άτομα που αντιλαμβάνονται μια ασθένεια ως πιο παρεμβατική και έντονη αναφέρουν περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της έκθεσης σε τραύμα και του επιπέδου της αναφερόμενης μετατραυματικής ανάπτυξης. Αυτή η επίδραση έχει αποδειχθεί ότι είναι ισχυρότερη όταν οι άνθρωποι αισθάνονταν έναν ουσιαστικό κίνδυνο για τη ζωή τους. Αυτή η επίδραση μπορεί να ενισχυθεί περαιτέρω και από την αντιληπτή σωματική ανάκαμψη με την πάροδο του χρόνου, η οποία θα μπορούσε να είναι πιο σημαντική σε άτομα με πιο σοβαρούς τραυματισμούς. (Kalbas et al., 2022).

Αξίζει να παρατηρηθούν 3 περιπτώσεις η πρώτη ο πολυτραυματίας με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, (Σ₁₈: 20) με παγιωμένο σύστημα αξιών και πεποιθήσεις δεν βίωσε αλλαγές (εκτός της προσωπικής δύναμης) νοηματοδοτεί την εμπειρία ως μία μέσα στις άλλες / ένα γεγονός μέσα στα άλλα της ζωής του. Πιθανόν να οφείλεται σε προϋπάρχον τραυματικό γεγονός (επιβίωση από ναυάγιο σε ηλικία 18 ετών) που είχε σαν αποτέλεσμα μια προϋπάρχουσα διαδικασία μετατραυματικής ανάπτυξης που ολοκληρώθηκε και παγιώθηκε πριν του γεγονότος του ατυχήματος και της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Μόνο η διάσταση της προσωπικής δύναμης φαίνεται ότι εξελίχθηκε μετά το ατύχημα τη νοσηλεία και την μακρά αποκατάσταση του, δίνοντας την ευκαιρία επιβεβαίωσης της προσωπική του δύναμη ώστε να αντεπεξέλθει στις μακροχρόνιες δυσκολίες.

Η δεύτερη περίπτωση ο καρδιοχειρουργημένος Σ₈:18) που παραμένει εγκλωβισμένος στο ερώτημα πως του συνέβη αυτό χωρίς να μπορεί να δώσει απάντηση και να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του. Η Τρίτη περίπτωση η εμφραγματίας (Σ₁₂:18) που παρουσιάζει μετατραυματική έκπτωση και δεν νοηματοδοτεί θετικά την εμπειρία και μόνο αρνητικά αποτελέσματα είχε για εκείνη.

Ενδιαφέρον έχει ότι εκείνοι που έχουν ολική αμνησία των γεγονότων/εμπειρία από την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ έχουν χαμηλότερες ατομικές βαθμολογίες (Σ₅: 42, Σ₇:38, Σ₁₈ 20) γιατί δεν θυμούνται τα γεγονότα που έχουν βιώσει, επομένως δεν έχουν γνωστικό απόθεμα να επεξεργαστούν (μηρυκασμός) να το μοιραστούν και να αναπτύξουν μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον οι πληροφορίες τους δίνονται σταδιακά επόμενως απαιτείται χρόνος για την ολοκλήρωση της γνωστικής επεξεργασίας. Επιπλέον τα άτομα με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκεφαλικές βλάβες απαιτείται περισσότερος χρόνος για την αποκατάσταση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών. Από όλα αυτά φαίνεται ότι υπάρχει η τάση να αναπτύσσουν μετατραυματική ανάπτυξη με ποιο αργούς ρυθμούς και να νοηματοδοτούν την εμπειρία τους π.χ. (Σ₇:38)

Επίσης σε μια περίπτωση (Σ₁₄, καρδιοχειρουργημένος) όπου βιώθηκε μεταφυσική εμπειρία (τούνελ) παρατηρήθηκε χαμηλότερο ατομικό συνολικό βαθμολογίας στη κλίμακα PTGI από το αναμενόμενο δηλαδή σε σχέση με τα ποιοτικά δεδομένα. Η ασυμφωνία αυτή πιθανό να εξηγείται από την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για το μέγεθος των αλλαγών στο συγκεκριμένο χρονικό σημείο που έλαβε χώρα η συνέντευξη αλλά και της αντιλαμβανόμενης διαδρομής που έχει να διανύσει σε σχέση με την εδραίωση αλλαγών στην ζωή του και το βαθμό εξέλιξης που θα μπορούσε να έχει. Χαρακτηριστικά ανέφερε «είμαι σε εξέλιξη».

Παρατηρείται επίσης ότι σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζονται θετικές αλλά και αρνητικές αλλαγές στις ίδιες διαστάσεις. Για παράδειγμα η Σ₁, (ΧΑΠ/πνευμονία) βιώνει στη διάσταση «εκτίμηση της ζωής» θετικές αλλαγές (4,67) και αρνητικές (1,75) αλλά και στην «προσωπική δύναμη» (3,75) θετικές και αρνητικές (1,75). Αυτό το εύρημα, σύμφωνα με τις αναφορές των συμμετεχόντων, μπορεί να ερμηνευτεί ότι από τη μια αισθάνονται δυνατοί αφού αντιμετώπισαν δυσκολίες και αντιξοότητες, από την άλλη οι περιορισμοί (σωματικοί, κοινωνικοί) που βιώνουν τους καθιστούν ευάλωτους και εξαρτημένους από τους οικείους τους.

Οι (Σ₃, πνευμονικό οίδημα), (Σ₁₉, πολυτραυματίας) βιώνουν στη διάσταση σε «σχέση με τους άλλους» θετικές αλλαγές (3,43) και αρνητικές (2,86) ο πρώτος, και θετικές αλλαγές (3,0) και αρνητικές (2,43) αντίστοιχα ο δεύτερος. Αυτό το εύρημα, σύμφωνα με τις αναφορές τους, θα μπορούσε να ερμηνευτεί ότι κάποιιοι από το περιβάλλον τους, τους συμπαραστάθηκαν ενώ κάποιιοι άλλοι ανέτρεψαν τις προσδοκίες τους και τους απογοήτευσαν.

Υψηλές βαθμολογίες στη κλίμακα PTSDI στη διάσταση σχέση με τους « άλλους» που συμφωνούν με τα ποιοτικά δεδομένα, αφορούν εκείνους που διαψεύστηκαν όσον αφορά τις προσδοκίες τους για υποστήριξη από κάποιους από το οικείο περιβάλλον ή απομακρύνθηκαν μετά από δική τους απόφαση (Σ₃, Σ₇, Σ₁₂ Σ₁₉, Σ₁₂). Υψηλότερη ατομική βαθμολογία στη συνολική μετατραυματική έκπτωση αλλά και σε όλες τις υποκλίμακες (εκτός της εκτίμησης της ζωής που παρουσιάζει υψηλή (μετατραυματική ανάπτυξη 4,67), παρουσιάζει ο (Σ₇, πολυτραυματίας, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις) με βραδεία αποκατάσταση και μεγάλα προβλήματα υγείας όπως μειωμένη κινητικότητα, επιπτώσεις καρδιολογικές, απώλεια όρασης μεγάλες αρνητικές αλλαγές στη σωματική εικόνα και μεγάλου βαθμού εξάρτησης από τους οικείους.

Επίσης η (Σ₁₂, εμφραγματίας:PTD: 45) με περιορισμό της ανεξαρτησίας από την ασθένεια, είναι σε αντίθεση με τις πεποιθήσεις για τη ζωή που θα ήθελε να είχε. Τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν και με άλλη μελέτη (Kunz et al, 2017).

Όσον αφορά γενικά η συνολική βαθμολογία, (27,9) της διαταραχής μετατραυματικού στρες, είναι χαμηλότερη από τη τιμή ουδού (*cut-off point*) (33-88) που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες στο σύνολο τους δεν παρουσιάζουν ενδείξεις μετατραυματικής διαταραχής που χρήζουν αντιμετώπισης.

Ειδικότερα όμως η σύγκριση των ατομικών υψηλών βαθμολογιών κάποιων συμμετεχόντων με τα στοιχεία των περιγραφών τους συμφωνούν και επιβεβαιώνουν τις εκδηλώσεις δυναμικής διαταραχής μετατραυματικού στρες (υψηλές βαθμολογίες σε

όλες τις υποκλίμακες) που χρήζει περαιτέρω κλινικής εκτίμησης. Σημειώνεται ότι υψηλότερες βαθμολογίες είχαν νέοι, (28, 31 ετών), με σοβαρή επίπτωση στην εικόνα σώματος, μείωση στην κινητικότητα τους και στη λειτουργικότητά τους ενώ η διαδικασία της αποκατάστασης βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη (Σ₆:51βαθμολογία, Σ₁₇:52 βαθμολογία), αλλά και καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς με λίγο χαμηλότερες βαθμολογίες (Σ₉:49, Σ₁₅:46, Σ₈:43) που βιώνουν περιορισμούς όσον αφορά στην εργασία τους, στη διατροφή τους ενώ υποβάλλονται σε συνεχή κλινικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους. Επίσης βιώνουν έντονο άγχος επανεμφάνισης του προβλήματος της υγείας τους.

Όσον αφορά τη διάσταση αποφυγή, φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των αναφορών και στις επιμέρους βαθμολογίες. Από τους συμμετέχοντες, τις υψηλότερες βαθμολογίες παρουσιάζουν οι εξής: Σ₅, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (1,88) και Σ₉, καρδιοχειρουργημένη, (2,13). Αξιοσημείωτο είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις νοσηματοδοτούν την εμπειρία τους ως μια *παρένθεση* στη ζωή τους που έκλεισε.

Όσον αφορά την ασυμφωνία που παρατηρήθηκε μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων διαπιστώθηκαν ότι για την PTGI-42, στην υποκλίμακα *σε σχέση με τους άλλους*, δεν υπάρχει συμφωνία (χαμηλές βαθμολογίες) πιθανόν γιατί δεν ήταν σαφές στους συμμετέχοντες (έθεταν ερωτήσεις μη κατανόησης, υπήρξε ανάγκη για περισσότερες διευκρινήσεις ή επεξηγήσεις) στο ποιοι περιλαμβάνονται στον όρο «*οι άλλοι*». Καθένας από τους συμμετέχοντες παρέπεμπε σε διαφορετικά πρόσωπα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την έρευνα των Shakespeare-Finch et al., (2013).

Επίσης, βιώνουν παράλληλα μέσα στην ίδια υποκλίμακα θετικά και αρνητικά συναισθήματα και περιγράφουν π.χ. για την σύζυγο θετικά αλλά αρνητικά για συγγενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες τους. Συνεπώς είναι σκόπιμο να εξεταστούν οι ερωτήσεις που αφορούν την υποκλίμακα *σε σχέση με τους άλλους* όσον αφορά την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής τους ώστε να γίνουν πιο σαφείς σε ποιους αναφέρεται «*οι άλλοι*» (κάτι που έχει επισημανθεί από τους συμμετέχοντες) ώστε να αξιολογεί κατά πόσο οι συγκεκριμένες ερωτήσεις μπορούν να μετρούν πραγματικά την εμπειρία και σε πιο βαθμό αποτυπώνουν στην ολότητα τους τις αποχρώσεις του βιώματος.

Όσον αφορά την κλίμακα του στρες (index) υψηλότερες βαθμολογίες είχαν οι πολυτραυματίες (Σ₂₁:4,75, Σ₂₀: 4, Σ₁₇: 4), ένας με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Σ₆: 4,25), ένας καρδιοχειρουργημένος με ρήξη ανευρύσματος αορτής (Σ₈:4) και μία με πνευμονία και πνευμονική ίνωση (Σ₄:4,25). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν τόσο με τα

λεχθέντα από τους συμμετέχοντες όσο και με τα ποσοτικά συμπεράσματα από την ανάλυση της κλίμακας στρες (index) και αιτιολογούνται από το γεγονός ότι για το 47,6% των ασθενών η εμφάνιση του απειλητικού για τη ζωή τους προβλήματος της υγείας τους ήταν αιφνίδια και στρεσογόνο. Το 33,3% των ασθενών έχει πολύ στρες στο παρόν λόγω του προβλήματος υγείας του. Φαίνεται ότι η αβεβαιότητα της εξέλιξης της κατάστασής τους, η μακρόχρονη αποκατάσταση αλλά και ο φόβος επανεμφάνισης του συμβάλλει στο να βιώνουν στρες στο παρόν τους κάποιοι από τους συμμετέχοντες.

Συνοψίζοντας, στον γενικότερο προβληματισμό σχετικά με τη χρήση μιας προσέγγισης μικτής μεθόδου, αναμένεται ότι τα ποιοτικά και ποσοτικά αποτελέσματα δεν συμπίπτουν πάντα, σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό, καθώς εκτιμούν το υπό μελέτη φαινόμενο από διαφορετική σκοπιά. Αν και όλα τα παραπάνω απαιτούν μια περαιτέρω διερεύνηση, τονίζεται αφενός μεν η συμβολή των ποιοτικών μεθόδων, που επιτρέπουν την βαθύτερη και διεξοδική ανάλυση των δεδομένων και την κατανόηση των φαινομένων, αφετέρου η σημαντικότητα των μικτών μεθόδων που δίνουν τη δυνατότητα μιας πληρέστερης και εγκυρότερης εικόνας του βιώματος των συμμετεχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1 Συζήτηση Ποιοτικών Αποτελεσμάτων

Στη παρακάτω ενότητα ακολουθεί η συζήτηση των ποιοτικών αποτελεσμάτων της μελέτης.

8.1.1 Η εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν μια ετερογενή ομάδα που νοσηλεύτηκε για διαφορετικούς λόγους, και αντιμετωπίζει διαφορετικής βαρύτητας προβλήματα σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή. Η νοσηλεία τους διαφέρει λόγω της φύσης της ασθένειας ή του τραύματος που αντιμετωπίζουν αλλά και λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους.

Στους σοβαρά πάσχοντες, όπως πολυτραυματίες, ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες ή ασθενείς με βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, η παραμονή τους μπορεί να είναι μακρόχρονη και να βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση για ημέρες ή εβδομάδες ενώ παράλληλα χρειάζονται φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη για τη διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών. Όντας σε μια ακραία κατάσταση επιβίωσης και υπό την επήρεια φαρμακευτικής καταστολής εμφανίζουν εναλλασσόμενα επίπεδα συνείδησης μιας πραγματικά πρωτόγνωρης εμπειρίας για εκείνους. Τα όρια μεταξύ των διαφόρων επιπέδων συνείδησης περιγράφονται από τους περισσότερους συμμετέχοντες ως ασαφή και δυσδιάκριτα.

Λόγω καταστολής, αρχικά οι ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση μη συνείδησης. Ακολουθεί το διάστημα μερικής συνείδησης που συμπίπτει με τη σταδιακή μείωση της χορήγησης των κατασταλτικών φαρμάκων, την ανάδυση από την καταστολή και την προοδευτική αφύπνιση και τέλος το διάστημα σε πλήρη συνείδηση το οποίο ακολουθεί και η έξοδός τους από τη Μονάδα.

Τα τρία επίπεδα συνειδητότητας που αναγνωρίστηκαν μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων είναι το «κενό» όπου δεν υπάρχει συνείδηση και με μερική ή ολική αμνησία των γεγονότων που βιώθηκαν στη ΜΕΘ. Η «μεταιχμιακή συνθήκη» που βιώνεται ως μια ενδιάμεση/μεθοριακή κατάσταση, όπου υπάρχουν εναλλασσόμενα διαστήματα ύπνου-αφύπνισης, συνείδησης μη συνείδησης που έχει ως αποτέλεσμα σύγχυση, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις μερικές αποσπασματικές και κατακερματισμένες μνήμες, διαταραχή προσανατολισμού στον χώρο και στον χρόνο. Τέλος, «σε

συνείδηση» είναι σε επαφή και διατηρούν αναμνήσεις από την περιβάλλουσα πραγματικότητα της ΜΕΘ, το πλαίσιο νοσηλείας και από τις σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές εμπειρίες που βίωσαν εκεί.

Οι εμπειρίες των ασθενών, από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ διαφοροποιούνται σε κάποια σημεία καθώς οι διαδρομές τους είναι διαφορετικές. Από τους συμμετέχοντες περιγράφονται κεναλλασόμενες αναμνήσεις που συχνά αναφέρονται ως αμνησία / κενό, αναμνήσεις εμπειριών, οι οποίες περιγράφονται από τους συμμετέχοντες ως «εξωπραγματικές» όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις και τα όνειρα σε αντιδιαστολή με αναμνήσεις συγκεκριμένων γεγονότων, που συχνά αναφέρονται ως «πραγματικές» αναμνήσεις.

Ακόμα, συχνά μπορεί να βιώνουν συγχυτικές καταστάσεις όπου εμπλέκονται στοιχεία από πραγματικές αναμνήσεις με εξωπραγματικές. Ως εκ τούτου, οι συμμετέχοντες βιώνουν ένα σύνθετο μείγμα με ασαφή όρια, κενών μνήμης, πραγματικών αναμνήσεων, θολών αναμνήσεων, παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων. Επίσης περιγράφουν ότι αρχικά βιώνουν εξωπραγματικές εμπειρίες που αντικαθίσταται σταδιακά με πραγματικές. Οι αναμνήσεις μπορεί να έχουν μια λογική σύνδεση και χρονική αλληλουχία, μπορεί όμως να βιώνονται και ως αποσπασματικές, κατακερματισμένες και ασύνδετες.

Όπως προαναφέρθηκε στα ποιοτικά αποτελέσματα οι αναμνήσεις που ανακαλούν οι ασθενείς στη ΜΕΘ είναι ανάλογες με τα επίπεδα συνειδητότητας: Κενό, μεταιχμιακή συνθήκη, συνείδηση.

Στην παρούσα μελέτη το 19,0% του δείγματος ανέφερε κενό μνήμης-αμνησία. Αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες στις οποίες ποσοστό 21-30% των ασθενών εμφάνισαν αμνησία σχετικά με την παραμονή τους στη ΜΕΘ (Rotondi et al., 2002). Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο πιθανές διαδικασίες που συμβάλλουν σε προβλήματα μνήμης σε ασθενείς ΜΕΘ. Πρώτον, η ασθένεια και η θεραπεία που μπορεί να έχουν μια γενική επιβραδυντική επίδραση στη μνήμη και το παραλήρημα και η διαταραχή του ύπνου. Το παραλήρημα μπορεί να οδηγήσει σε βαθιά αμνησία κατά την περίοδο της σύγχυσης. Η στέρηση ύπνου επιδεινώνει την κατάσταση σύγχυσης. Ο ύπνος αργών κυμάτων είναι σημαντικός για την εδραίωση των επεισοδιακών αναμνήσεων. Επίσης, η θεραπεία που χορηγείται σε ασθενείς στη ΜΕΘ μπορεί να έχει επιπτώσεις στη μνήμη. Οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες, ηρεμιστικά φάρμακα όπως η προποφόλη, η αδρεναλίνη και τα κορτικοστεροειδή μπορούν να επηρεάσουν τη μνήμη. Επιπλέον, η απόσυρση φαρμάκων, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, μπορεί να προκαλέσει βαθιές

αντιδράσεις στέρησης, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στο παραλήρημα. Δεύτερον, υποθέτουμε ότι υπάρχει μια διαδικασία που επηρεάζει αρνητικά τη μνήμη για εξωτερικά συμβάντα, αλλά ενισχύει τη μνήμη για εσωτερικά συμβάντα. Οι σωματικοί περιορισμοί και η κοινωνική απομόνωση που βιώνουν οι ασθενείς στις ΜΕΘ και η απειλητική φύση της ασθένειας για τη ζωή μπορεί να αυξήσουν την εμπειρία των υπναγωγικών παραισθήσεων (Jones, 2000). Σε μια άλλη μελέτη των Granja και συνεργατών (2005), το 23% των ασθενών δήλωσε ότι είχε αμνησία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και το 45% δήλωσε ότι είχε αμνησία σχετικά με την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Επιπλέον, όταν ρωτήθηκαν σχετικά με το τι θυμούνται κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ, το 38% δήλωσε ότι είχε αμνησία για όλη τη διάρκεια της παραμονής τους σε αυτή-

Ένα εύρημα επίσης, που αναφέρουν οι ασθενείς κατά τη μεταιχμιακή συνθήκη και κατά τη συνείδηση είναι και το αίσθημα της δίψας που το περιγράφουν ως πολύ βασανιστικό. Το εύρημα αυτό αναφέρεται και από άλλες μελέτες. Μελέτες που εστιάζουν στις εμπειρίες των ασθενών, κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού στο πλαίσιο της ελαφριάς ή της μη καταστολής, δείχνουν ότι οι ασθενείς αυτοί υπόκεινται σε διάφορους σωματικούς και συναισθηματικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως πόνο, δύσπνοια, απώλεια ελέγχου, αδυναμία, δυσφορία, δίψα, δυσκολία στην επικοινωνία, αλλοιωμένη συνείδηση και διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου (Samuelson, 2011a, 2011b, Karlsson et al., 2012a, Holm & Dreyer, 2015, Kjeldsen et al., 2018).

Οι Holm & Dreyer (2015), περιέγραψαν την αίσθηση δίψας των ασθενών ως ένα συντριπτικό και συνεχές συναίσθημα κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού. Αυτό το συναίσθημα αντικατοπτρίζει κάτι περισσότερο από μια σωματική ανάγκη που προσλαμβάνει υπαρξιακή διάσταση (Holm & Dreyer, 2015, Kjeldsen et al., 2018). Η δίψα και η ανάγκη για κατανάλωση νερού οφείλεται στην έλλειψη υγρών ή στην αύξηση των οσμολιτών. Η αφυδάτωση, οι ενδοτραχειακοί σωλήνες, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και η χρήση διαφόρων φαρμάκων, ιδιαίτερα οπιοειδών, μπορούν να συμβάλουν στο αίσθημα της δίψας. Η δίψα είναι η αίσθηση που νιώθει κάθε άνθρωπος και σε κανονικές συνθήκες, και τον ωθεί να πιεί νερό. Ο ασθενής με μηχανικό αερισμό, ωστόσο, εμποδίζεται να εκπληρώσει αυτή τη στοιχειώδη ανάγκη και στην περίπτωση που ο ασθενής έχει εν μέρει τις αισθήσεις του το βιώνει πολύ οδυνηρά (Holm & Dreyer, 2015, Kjeldsen et al., 2018).

Άλλες μελέτες διαπιστώνουν ότι η δίψα είναι ένα πρόβλημα πολύ παρόμοιο με τα γνωστά και οδυνηρά συμπτώματα/αισθήσεις που βιώνουν οι ασθενείς στις ΜΕΘ, όπως η κόπωση, ο πόνος και η δύσπνοια (Puntillo et al., 2014a, Rose et al., 2014). Οι Puntillo και συνεργάτες το (2010) διαπίστωσαν ότι η δίψα είναι πιο κυρίαρχη αίσθηση από τον πόνο, τη σύγχυση ή τη θλίψη. Οι Rose και συνεργάτες (2014), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς θυμούνται τη δίψα από μέτρια έως εξαιρετικά ενοχλητική σε σύγκριση με τον πόνο ή τις δυσκολίες επικοινωνίας. Φαίνεται ότι η δίψα είναι ένα κυρίαρχο, έντονο και υποθεραπευμένο πρόβλημα που μπορεί να μην αξιολογείται συστηματικά κατά τη φροντίδα τους (Lombardo et al., 2013, Kjeldsen, 2018).

Επίσης, οι Landstrøm και συνεργάτες το (2009), διερεύνησαν την αντίληψη των νοσηλευτών ΜΕΘ για τη δίψα των ασθενών σε μηχανικό αερισμό και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές δεν αντιλαμβάνονταν τη δίψα ως πρόβλημα για τους ασθενείς. Έτσι, φαίνεται να υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των εμπειριών των ασθενών και της αντίληψης των νοσηλευτών (Kjeldsen et al., 2018).

Από την ποιοτική ανάλυση των στοιχείων της παρούσας μελέτης οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι πονούσαν όταν ήταν διασωληνωμένοι και κάτω από μη πλήρη καταστολή και τον αναφέρουν σε ένταση από μέτριο ως δυσβάσταχτο.

Το εύρημα αυτό αναφέρεται και από άλλες μελέτες και αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα. Οι Alderson και συνεργάτες (2013), αναφέρουν ότι περίπου το 30%-50% των ασθενών στις ΜΕΘ παρουσίασαν μέτριο έως σοβαρό πόνο. Ανεπαρκής εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένων των πολυσυστημικών επιπλοκών και της ανάπτυξης χρόνιου πόνου που προκαλεί αναπηρία. Ωστόσο, στις ΜΕΘ, ορισμένοι παράγοντες και η κατάσταση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, του μειωμένου επιπέδου συνείδησης, της καταστολής και της χορήγησης κατασταλτικών φαρμάκων μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη λεκτική επικοινωνία και να επιφέρουν δυσκολίες στην εκτίμηση του πόνου (Gélinas, 2016). Προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι ορισμένες συμπεριφορές όπως η έκφραση του προσώπου με μορφασμούς, οι άκαμπτες κινήσεις του σώματος και οι λεκτικές απαντήσεις σχετίζονται πιο συγκεκριμένα με τον πόνο. Η γλώσσα του σώματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο εντοπισμού της ανάγκης για παρεμβάσεις διαχείρισης του πόνου ή επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων που παρέχονται για την ανακούφιση του πόνου, ειδικά σε ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν (Ayasrah et al., 2014). Η κατάλληλη διαχείριση του πόνου έχει

αποδειχθεί ότι μειώνει τη διάρκεια της νοσηλείας και το κόστος περίθαλψης. (Alikiaie et al., 2019).

Στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Επίσης συχνά ανέφεραν ότι έβλεπαν όνειρα, τα οποία άλλοι τα περιέγραψαν ως ευχάριστα και άλλοι ως δυσάρεστα και τρομακτικά, που στη συνέχεια τους προκαλούσαν στρες. Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων φαίνεται ότι τα όνειρα ήταν σημαντικά για αυτούς και συνδέονταν με την απειλητική κατάσταση του προβλήματος υγείας τους.

Άλλες μελέτες συμφωνούν με το εύρημα αυτό και αναφέρουν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ συχνά θυμούνται ότι βίωναν ζωντανά όνειρα, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Αυτά μπορεί να είχαν διωκτική φύση και μερικές φορές ήταν πολύ τρομακτικά. Είναι πιθανό αυτές οι αναμνήσεις να προέρχονται από περιόδους που οι ασθενείς βίωναν παραλήρημα, ένα σύνδρομο συχνό στους βαρέως πάσχοντες στις ΜΕΘ (Samuelson, et al., 2006, Svenningsen, et al., 2016, Whitehorne et al., 2015).

Σύμφωνα με άλλες μελέτες οι επιζώντες συχνά αναφέρουν εξωπραγματικές εμπειρίες και παραληρητικές αναμνήσεις μετά από εισαγωγή στις ΜΕΘ. Οι παραληρηματικές αναμνήσεις είναι συχνά ζωντανές, ρεαλιστικές και τρομακτικές (Roberts & Chaboyer, 2004). Προηγούμενη βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ συχνά περιγράφουν παραληρητικές ιδέες, όπου πιστεύουν ότι κάποιος προσπαθούσε να τους βλάψει (Jones et al., 2001). Ο επιπολασμός των παραληρηματικών αναμνήσεων σε ασθενείς ΜΕΘ κυμαίνεται μεταξύ 26%-73% (Bienvenu et al., 2013, Granja et al., 2008).

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι η παρουσία παραληρηματικών αναμνήσεων σχετίζεται με συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επίσης, έχουν αναφέρει διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ (Bienvenu et al., 2013, Jones et al., 2001, Samuelson et al., 2007 Granja et al., 2008, Jones et al., 2003). Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι ο επιπολασμός των συμπτωμάτων που σχετίζονται με διαταραχή μετατραυματικού στρες και με την παραμονή στη ΜΕΘ ήταν 19,83% (Righy et al., 2019).

Η παρουσία παραληρηματικής μνήμης μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ είναι σημαντική καθώς μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των επιζώντων (Ringdal et al., 2009). Οι ψευδαισθήσεις, μια μορφή παραληρηματικής μνήμης, είναι οι πιο συχνές δυσάρεστες εμπειρίες στη ΜΕΘ από την τοποθέτηση του τραχειακού σωλήνα (van de Leur et al., 2004). Οι ασθενείς της ΜΕΘ συνεχίζουν να υποφέρουν από αυτές τις

παραληρητικές αναμνήσεις μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ (Kinoshita & Inoue, 2006).

Παραλήρημα εμφανίζεται στο 83% των ασθενών που αερίζονται μηχανικά ενώ κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το παραλήρημα σχετίζεται με θνησιμότητα και μακροπρόθεσμες γνωστικές βλάβες (Ely et al., 2004, Girard et al., 2010, Yoshino et al., 2021).

Τα ευρήματα μελετών που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ παραληρήματος κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ και παραληρηματικών αναμνήσεων μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ είναι αντιφατικά. Οι Svenningsen και οι συνεργάτες (2014), ανέφεραν ότι οι ασθενείς με παραλήρημα κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ είχαν μειωμένη απόδοση ανάκλησης σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είχαν παραλήρημα και ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν παραληρητικές αναμνήσεις από εκείνους χωρίς παραλήρημα (Yoshino et al., 2021).

Οι van de Leur και οι συνεργάτες (2004), αναφέρουν στην έρευνά τους ότι το 19,5% του δείγματός τους παρουσίασαν ψευδαισθήσεις που αποτέλεσαν μια ακόμα πηγή δυσφορίας για αυτούς τους ασθενείς. Άλλοι ερευνητές αποδίδουν τις παραισθήσεις στο παραλήρημα που χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη και κυμαινόμενη πορεία μειωμένης γνωστικής λειτουργίας, έτσι ώστε η ικανότητα του ασθενούς να λαμβάνει, να επεξεργάζεται, να αποθηκεύει και να ανακαλεί πληροφορίες είναι εντυπωσιακά μειωμένη.

Στο στάδιο της συνείδησης οι ασθενείς της ΜΕΘ εκτός από τα σωματικά προβλήματα, όπως πόνο από την ίδια τη νόσο, τις ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις, την ακινησία αναφέρουν άγχος θανάτου ή αναπηρίας, επίσης και δυσφορία από το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας είναι αγχογόνα περιβάλλοντα για τους ασθενείς, τους οικείους τους, καθώς και τους επαγγελματίες υγείας (Geller et al., 2016). Οι ασθενείς έχουν αρνητικές εμπειρίες λόγω πόνου, διαταραχών ύπνου, σύνδεσης με μηχανικό αναπνευστήρα, εισαγωγής ρινογαστρικού σωλήνα και άλλες επεμβατικές διαδικασίες (Hofhuis et al., 2008, Gültekin et al., 2018). Εκτός από τις θεραπευτικές πρακτικές και τη φροντίδα που εφαρμόζονται στους ασθενείς, οι φυσικές συνθήκες στις ΜΕΘ, όπως η μυρωδιά, ο θόρυβος και το φως, επηρεάζουν επίσης τις εμπειρίες των ασθενών (Aslan et al., 2015). Είναι αποδεδειγμένο ότι οι ασθενείς αισθάνονται ανήσυχοι, φοβισμένοι και αβοήθητοι κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην

εντατική και η ποιότητα του ύπνου τους είναι κακή (Edeer et al., 2020, Kamdar et al., 2014, Torcu et al., 2017).

Μελέτες αναφέρουν ότι ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν κατάθλιψη, άγχος και σύνδρομο ΜΕΘ λόγω των αρνητικών συνθηκών που επικρατούν στις ΜΕΘ και των αρνητικών εμπειριών που βιώνουν οι ασθενείς (Hofhuis et al., 2008, Torcu et al., 2017, Kılıç 2017, Diğın et al., 2022). Επιπλέον, μια άλλη μελέτη αναφέρει ότι ορισμένοι ασθενείς θυμούνται τη σύγχυση, τον πανικό, το άγχος και τη δυσφορία που βίωσαν κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ (Fukuda et al., 2020). Οι εμπειρίες αυτές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς οι οποίοι επιθυμούν να τις απωθήσουν και να συνεχίσουν την ζωή τους (Alasad et al., 2015, Diğın et al., 2022).

Η τρέχουσα θεραπευτική επιλογή για ασθενείς που χρειάζονται μηχανικό αερισμό είναι η χρήση ελάχιστων επιπέδων καταστολής, όποτε αυτό είναι εφικτό (Wojnicki-Johansson, 2001). Λόγω αυτών των κλινικών επιλογών με τη φθίνουσα χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων και την τακτική της χρήσης ημερήσιας αφύπνισης κατά την καταστολή, όλο και περισσότεροι ασθενείς στις ΜΕΘ παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε συνείδηση με αποτέλεσμα οι μνήμες από τις εμπειρίες τους να αυξάνονται. Οι Stein-Parbury & McKinley (2000), εξέτασαν 26 ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες για να διερευνήσουν τις εμπειρίες των ασθενών. Από την ανασκόπηση των μελετών βρέθηκε, ότι πολλοί ασθενείς θυμήθηκαν την παραμονή τους στη ΜΕΘ, μερικές φορές με ζωνχές λεπτομέρειες. Οι ασθενείς ανακαλούσαν όχι μόνο εμπειρίες που ήταν αρνητικές αλλά και ουδέτερες, ακόμη και θετικές. Οι θετικές εμπειρίες περιλάμβαναν μια αίσθηση ασφάλειας και σιγουριάς που καλλιεργείται ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές.

Οι αρνητικές εμπειρίες περιλάμβαναν μειωμένη γνωστική λειτουργία και ενοχλήσεις όπως προβλήματα με τον ύπνο, τον πόνο και το άγχος. Η ανάμνηση από ορισμένες ενέργειες του προσωπικού των ΜΕΘ συνέχισαν να τους επηρεάζουν 6 μήνες μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ. Οι αναμνήσεις των ασθενών από την περίοδο αερισμού σχετίζονται ιδιαίτερα με τη δυσκολία αποδοχής της αδυναμίας στην ομιλία. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή είναι σημαντική. Κατά συνέπεια, οι μειωμένες δυνατότητες επικοινωνίας σχετίζονται με συναισθήματα θυμού και κακής διάθεσης, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε μια διαταραγμένη διαδικασία αποκατάστασης (Magnus & Turkington, 2006). Τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική επικοινωνία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη συναισθηματική σταθερότητα και την αντιληπτή φροντίδα του ασθενούς (McCabe, 2004). Οι αναμνήσεις από παραισθήσεις

είναι μια πηγή δυσφορίας που ανακαλούν οι ασθενείς ακόμη και μετά την έξοδο τους. Αυτές οι εμπειρίες, γνωστές και ως παραληρητικές αναμνήσεις, μπορεί να είναι αποτέλεσμα, όπως προαναφέρθηκε του λεγόμενου συνδρόμου/παραλήρημα της ΜΕΘ (Ely et al., 2004). Επιπλέον, οι παραληρητικές αναμνήσεις μπορεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (Jones et al., 2001). Η νοσηλευτική φροντίδα για ασθενείς κατά τη διάρκεια της ΜΕΘ μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ψυχική τους ευεξία (Pattison, 2005). Οι νοσηλευτικές ενέργειες μπορούν επομένως να θεωρηθούν ως ζωτικοί παράγοντες που βοηθούν τους ασθενείς να ξεπερνούν τις εμπειρίες από την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.

Από άλλες μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που δεν είχαν μηχανικό αερισμό είχαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις εμπειρίες τους στην εντατική θεραπεία από εκείνους με μηχανικό αερισμό. Οι Prime και συνεργάτες (2016) αποκάλυψαν ότι οι εμπειρίες ασθενών που ήταν συνδεδεμένοι με μηχανικούς αναπνευστήρες επηρεάστηκαν αρνητικά. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε μηχανικό αερισμό στη μονάδα εντατικής θεραπείας παρουσίασαν συναισθήματα όπως φόβο και αδυναμία τη στιγμή της αφύπνισης (Edeer et al., 2020). Οι Reinberger και συνεργάτες (2020), αποκάλυψαν ότι η σύνδεση με μηχανικό αναπνευστήρα ήταν πηγή άγχους για αυτούς τους ασθενείς και πιστεύεται ότι η έκθεση τους σε μηχανικό αερισμό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις εμπειρίες τους στην εντατική θεραπεία.

Από τη μελέτη των Digin και συνεργάτες (2022), επίσης, διαπιστώθηκε ότι με την παράταση της διάρκειας παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, η περιβαλλοντική συνείδηση των ασθενών μειώθηκε και γι' αυτούς έγινε πιο δύσκολο να θυμηθούν τις εμπειρίες τους στην εντατική θεραπεία. Ομοίως, οι Sekmen & Ünsar, (2018), διαπίστωσαν μείωση της περιβαλλοντικής ευαισθητοποίησης σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας στεφανιαίας νόσου για περισσότερες από 5 ημέρες. Στη μελέτη τους, οι Edeer και συνεργάτες (2020) προσδιόρισαν ότι με την παράταση της διάρκειας παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, οι εμπειρίες της εντατικής θεραπείας επηρεάστηκαν αρνητικά. Οι Fukuda και συνεργάτες (2020) αποκάλυψαν ότι μία εβδομάδα μετά την έξοδο από τη μονάδα γενικής εντατικής θεραπείας, το 15,0% των ασθενών είχε απώλεια μνήμης και το 48,1% είχε μη ρεαλιστικές εμπειρίες.

Μια άλλη μελέτη αποκάλυψε ότι οι ασθενείς με μεγάλη διάρκεια παραμονής είχαν πιο απαισιόδοξα συναισθήματα (Alasad et al., 2015). Δεδομένου ότι η μικρή διάρκεια παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας γίνεται αποδεκτή ως δείκτης της ταχείας

ανταπόκρισης στη θεραπεία (Karahana et al., 2020), μπορεί να ειπωθεί ότι η μικρή διάρκεια παραμονής των ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας έχει θετική επίδραση στις εμπειρίες από τη φροντίδα τους. (Diğın et al., 2022).

Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται η συμφωνία των ευρημάτων μας με τις παραπάνω μελέτες. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα, αισθάνονταν ασφάλεια και εξέφραζαν ευγνωμοσύνη εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις που εκλάμβαναν την οποιαδήποτε ενοχλητική θεραπευτική και απαραίτητη παρέμβαση ως έλλειψη ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες υγείας. Οι καρδιοχειρουργημένοι και οι εμφραγματίες κυρίως, είχαν συνδέσει την παραμονή τους στις ΜΕΘ με ευχάριστες αναμνήσεις από τη φροντίδα και το περιβάλλον με αισθήματα ασφάλειας, σιγουριάς και άνεσης.

8.1.2 Το βίωμα και η συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων η συνειδητοποίηση αλλά και η νοσηματοδότηση του προβλήματος υγείας ήταν μια διαδικασία εξελικτική και δυναμική. Επηρεαζόταν από τις εκάστοτε συνθήκες που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς. Συγκεκριμένα από τα επίπεδα συνείδησης, τις εμπειρίες τους μέσω του υγειονομικού συστήματος αλλά και του πλαισίου όπου βρίσκονταν. Ξεκίνησε από την εμφάνιση του προβλήματος και εξελίχθηκε κατά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, στο νοσηλευτικό τμήμα ή και στο κέντρο/τμήμα αποκατάστασης και τέλος στο σπίτι. Η διαδρομή αλλά και η διαδικασία δεν ήταν παρόμοια για όλους. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας διαφοροποιήθηκε από άτομο σε άτομο. Στις περισσότερες αφηγήσεις φάνηκε ότι αρχικά οι περισσότεροι δεν αντιλαμβάνονταν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Στην πορεία την κατανόησαν, συνειδητοποίησαν τις προκλήσεις και πήραν ανάλογες αποφάσεις ως προς τον τρόπο δράσης.

Οι περισσότεροι τοποθέτησαν χρονικά την έναρξη της συνειδητοποίησης της σοβαρότητας της κατάστασης υγείας τους στο διάστημα μετά την έξοδο από ΜΕΘ και από το νοσοκομείο, όταν λάμβαναν πληροφορίες, αντιλήφθηκαν τους οργανικούς περιορισμούς και τις νέες πρακτικές αυτοφροντίδας. Για κάποιους ξεκίνησε από τη στιγμή εμφάνισης της ασθένειας/ατυχήματος (όσοι διατήρησαν την επαφή με το περιβάλλον) και συνεχίστηκε στο νοσοκομείο, στο σπίτι παράλληλα με τη φάση αποκατάστασης. Για τους περισσότερους ολοκληρώθηκε στη φάση αποκατάστασης, αν και για μερικούς η αποκατάσταση παρέμεινε ανεκπλήρωτη.

Στην παρούσα μελέτη οι περισσότεροι ασθενείς, μετά τη συνειδητοποίηση της κατάστασης υγείας τους και τη διάγνωση, βίωσαν πρώτα από όλα αγωνία, φόβο και πανικό, στρες, φόβο θανάτου και αναπηρίας, επανεισαγωγής στη ΜΕΘ, ανημπόρια, απώλεια ελέγχου και εξάρτηση, κατάθλιψη, πνευματική και θρησκευτική ανάταση και είχαν την αίσθηση ότι προκάλεσαν συναισθηματική, οικονομική, κοινωνική και σωματική επιβάρυνση στα άτομα της οικογενείας τους. Με την πάροδο του χρόνου όμως, αναθεώρησαν αυτές τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα και έβαλαν στόχους για τη ζωή τους, ανάλογα με την ηλικία τους και τη σωματική και πνευματική τους λειτουργικότητα και προσπάθησαν κάποιοι να ξεχάσουν το γεγονός ή να το εντάξουν στη ζωή τους. Άλλοι έθεσαν καινούργιους στόχους, αποδέχτηκαν την παρούσα κατάσταση υγείας τους και προγραμματίσαν τη ζωή τους σύμφωνα με αυτή. Ήθελαν όσο μπορούσαν να είναι χρήσιμοι στην οικογένειά τους, ενεργοί επαγγελματικά, και ευγνωμονούσαν τους οικείους τους και τους επαγγελματίες υγείας για τη βοήθεια και τη συμπαράσταση. Αντίθετα, τρεις ασθενείς, που γνώριζαν ότι η ασθένειά τους ήταν εξελισσόμενη, ή αποτιμούσαν την εμπειρία τους αρνητικά ή χωρίς αξία, ζούσαν το παρόν χωρίς μακρόχρονους στόχους και ήταν ικανοποιημένοι μόνο και μόνο που βρίσκονταν εν ζωή κοντά στους δικούς τους.

Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με άλλες μελέτες. Σε μια ανασκόπηση των King και συνεργατών (2019), αναφέρεται ότι οι ασθενείς παρουσίασαν ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών αντιδράσεων που άλλαξαν με την πάροδο του χρόνου. Τα συναισθήματα που θυμήθηκαν πριν από τη διασωλήνωση στη ΜΕΘ ήταν ο φόβος, ο τρόμος, η αβεβαιότητα και η αντιμετώπιση του επικείμενου θανάτου (Lof et al., 2008, Minton & Carryer, 2005). Οι ασθενείς περιέγραψαν την ανάκτηση των αισθήσεων μετά από μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση ως σύγχυση, συντριβή και αίσθημα κενού. Οι αρχικές αντιδράσεις περιελάμβαναν άγχος θανάτου, αισθήματα απώλειας, αδυναμία, πανικό και εγκατάλειψη (Abdalahim & Zeilani, 2014, Chahraoui et al., 2015, Lof et al., 2008, Magarey et al., 2005, Minton & Carryer, 2005, Palesjo 2015, Odell, 2000, Adamson et al., 2004). Ο φόβος και το άγχος ήταν κοινές αντιδράσεις στον σωματικό περιορισμό, στην ενδοτραχειακή αναρρόφηση, στην εφαρμογή φυσιοθεραπείας, στην εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα, στην αδυναμία επικοινωνίας και στην πραγματοποίηση τραχειοστομίας (Minton & Carryer, 2005, Cox, 2009, Jones & Lyons, 2003, King, et al., 2019).

Η μεταβλητότητα στις συναισθηματικές εμπειρίες των επιζώντων ήταν κοινή κατά την έξοδο από τις ΜΕΘ και επηρεάστηκε από τη διαθεσιμότητα υποστήριξης από τους

οικείους όταν επέστρεψαν στο σπίτι. Οι ασθενείς χωρίς βασικούς φροντιστές εμφάνισαν περισσότερο άγχος και φόβο, ενώ εκείνοι που είχαν μέλη της οικογένειας και δίκτυα υποστήριξης ήταν πιο αισιόδοξοι και θετικοί σχετικά με την έξοδό τους από τις ΜΕΘ (Lee et al., 2009). Επιπλέον, άλλοι ασθενείς ένιωσαν απώλεια ρόλου μέσα στην οικογένεια και αισθήματα αποσύνδεσης και μη συμμετοχής στις οικογενειακές αποφάσεις καθώς και ανημποριά (Chaboyer et al., 2003, Abdalrahim & Zeilani, 2014).

Επίσης, οι ασθενείς ανέφεραν ότι η επανένταξή τους στην κοινωνική ζωή προκάλεσε αυξημένο άγχος και ήταν πηγή κατάθλιψης. Μερικοί εξέφρασαν ένα αίσθημα απομόνωσης, καθώς απέφευγαν τις κοινωνικές συναναστροφές, όπως το να επισκέπτονται συγγενείς επειδή τους προκαλούσαν δυσάρεστες αναμνήσεις. Ως αποτέλεσμα, ορισμένοι ασθενείς αναζήτησαν στρατηγικές όπως την ψυχολογική συμβουλευτική, την στροφή σε άτομα με παρόμοιες εμπειρίες για καθοδήγηση, που τους επέτρεπαν μια συναισθηματική διέξοδο για τους ίδιους και τα μέλη της οικογένειάς τους (Lee et al., 2009, Abdalrahim & Zeilani, 2014).

Μελέτες αναφέρουν ότι κυρίαρχο θέμα σε όλες τις φάσεις της θεραπείας και ιδιαίτερα στην περίοδο μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ ήταν η βαθιά και ενοχλητική σωματική και γνωστική αναπηρία που βιώνουν οι ασθενείς. Για ορισμένους, υπήρχαν αναπηρίες που σχετίζονταν με το τραύμα, την παράλυση την απώλεια μυϊκής δύναμης και τόνου με αποτέλεσμα να αδυνατούν να στέκονται όρθιοι και να έχουν μειωμένη δύναμη και αντοχή (Czerwonka et al., 20015, Deacon, 2012, Cox, 2009, Adamson et al., 2004). Οι ασθενείς ανέφεραν ότι αγωνίστηκαν για ανεξαρτησία και για να αποκαταστήσουν την σωματική τους δύναμη. Επίσης, αναφέρθηκαν σημαντικά, επίμονα γνωστικά ελλείμματα και η ανάγκη για συνεχή παρατήρηση και υποστήριξη από τους φροντιστές για την πρόληψη βλαβών λόγω της αμνησίας του ασθενούς. Οι ασθενείς με γνωστικές δυσκολίες ή αναπηρίες έπρεπε να μάθουν εκ νέου να εκτελούν βασικές συμπεριφορές όσον αφορά στην προσωπική φροντίδα και στις οικιακές δραστηριότητες. Επιπλέον οι ασθενείς ανέφεραν αισθήματα επιβάρυνσης ως αποτέλεσμα της έλλειψης ανεξαρτησίας και ένιωσαν ότι η εξασθενημένη κατάστασή τους έθετε σε κίνδυνο την ικανότητά τους να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή (Czerwonka et al., 20015, Agard et al., 2012, Minton & Carryer, 2005, Cox, 2009, Agard et al., 2012)).

Οι Chahraoui και συνεργάτες (2015) και οι Maddox και συνεργάτες (2001), στις έρευνές τους αναφέρουν ότι οι ασθενείς, μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, μπορούσαν να εκτιμήσουν πόσο πολλά είχαν κατορθώσει, αναφέροντας την αίσθηση ότι «τα πήγαν

καλά» έχοντας επιβιώσει από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Οι Palesjo και συνεργάτες (2015), περιέγραψαν τη διαδικασία αποκατάστασης από την βαριά ασθένεια ως ένα διάστημα όπου οι ασθενείς πάλευαν να επιστρέψουν στην συνηθισμένη ζωή τους, προσπαθούσαν να συμφιλιωθούν με το αλλαγμένο σώμα τους και τελικά έμαθαν να ζουν την κάθε στιγμή της ζωής τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς περιέγραψαν ορατά και αόρατα σημάδια του σώματός τους ως συνεχείς υπενθυμίσεις της κρίσιμης κατάστασης που βίωσαν.

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν μεταφυσικές εμπειρίες, εμπειρίες κοντά στον θάνατο, όνειρα-οράματα τα οποία συνετέλεσαν θετικά στην μετέπειτα εξέλιξη της σωματικής, πνευματικής και συναισθηματικής τους υγείας. Αυτές οι εμπειρίες ενέπνευσαν την πίστη, τη δύναμη, την ασφάλεια και τη σιγουριά. Ενδυνάμωσαν την πίστη τους στο Θεό ή σε μια Υπέρτατη δύναμη, επιβεβαίωσαν και ενίσχυσαν την πεποίθηση της ύπαρξης τους και της μεταφοράς μετέφεραν μηνυμάτων «για το θέλημα του Θεού». Σε άλλους έδωσαν θετική προοπτική στην εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους, και ενίσχυσαν τη βεβαιότητα της επιβίωσης από την απειλητική ασθένεια.

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, τρεις μελέτες ανέφεραν εμπειρίες ασθενών κοντά στον θάνατο και την ανάγκη να πιστεύουν σε μια ανώτερη οντότητα (Abdalrahim & Zeilani, 2014, Magarey & Cutcheon, 2005, McKinney et al., 2002). Ομοίως, οι Magarey & Cutcheon, (2005), ανέφεραν ότι οι ασθενείς περιέγραψαν μια πνευματική εμπειρία μετάβασης από την αδυναμία στην αίσθηση του σκοπού και της αποδοχής κατά την ανάρρωσή τους. Για ορισμένους ασθενείς που μεταφέρθηκαν από τις ΜΕΘ στο νοσηλευτικό τμήμα είχε ως αποτέλεσμα να συνειδητοποιήσουν ότι «θα μπορούσαν να είχαν πεθάνει» (Magarey & Cutcheon, 2005, McKinney et al., 2002). Αυτή η συνειδητοποίηση έκανε πολλούς ασθενείς να επανεξετάσουν το νόημα της ζωής τους και να κάνουν την κάθε μέρα τους σημαντική (McKinney et al., 2002). Ευρήματα που έρχονται σε συμφωνία με αυτά της παρούσας μελέτης.

8.1.3 Νοηματοδότηση της εμπειρίας και αναθεώρηση αντιλήψεων για εαυτό, τους άλλους και τη ζωή

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, η απειλητική για τη ζωή ασθένεια / ατύχημα στους περισσότερους επέφερε σημαντικές και για κάποιους ριζικές θετικές αλλαγές. Η επαφή με την τραυματική εμπειρία και τον πιθανό θάνατο έγινε αφορμή να γίνει έντονα αισθητή η ανάγκη εκτίμησης της αξίας της ζωής, της

αναγνώρισης της εσωτερικής δύναμης, της ενδυνάμωσης των σχέσεων με τους συγγενείς και φίλους, τον επαναπροσδιορισμό των προσωπικών αναγκών και επιδιώξεων, καθώς και των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων.

Η πολυτιμότητα της ζωής ήταν για τη συντριπτική πλειοψηφία συνδεδεμένη με τη υγεία. Η ζωή είναι σημαντική και ιδιαίτερα όταν αυτή είναι ποιοτική, έννοια που συνδέεται με την αποκατάσταση της υγείας τους. Συχνά αναφέρουν θετικές αλλαγές στην συμπεριφορά της υγείας δηλαδή στη στάση σε θέματα υγείας αλλά και αυτοφροντίδας και επιδιώκουν έλεγχο πάνω σε αυτά. Για τους περισσότερους η υγεία γίνεται πολύ σημαντική και πολύτιμη. Τοποθετείται ως πρώτο και πιο σημαντικό πράγμα στην ιεραρχία των αξιών της ζωής σε σύγκριση με τα υλικά αγαθά. Δεν αφορά μόνο τη δική τους υγεία αλλά επεκτείνεται και στην υγεία των άλλων.

Ως αρνητικές αλλαγές αναφέρθηκαν η απογοήτευση και η μοναξιά, που πηγάζει από την έλλειψη υποστήριξης, η έκπτωση της εκτίμησης της ζωής και ευαλωτότητα γενικά από την αβεβαιότητα για τη μελλοντική εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους και της αποκατάστασής τους. Αυτές οι αρνητικές αλλαγές παρατηρήθηκαν σε 2-3 άτομα. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν θετικές και αρνητικές αλλαγές ταυτόχρονα για το ίδιο θέμα και αυτό υποδεικνύει ότι οι αλλαγές μπορεί να έχουν δύο κατευθύνσεις.

Μέσα από την «πάλη» που έδωσαν με την ασθένεια/νοσηλεία/αποκατάσταση πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στη ταυτότητάς τους, η οποία ενδυναμώθηκε καθώς ανακάλυψαν το εσωτερικό σθένος μέσα από τον τρόπο που αντιμετώπισαν την τραυματική τους εμπειρία, αλλά και από την τύχη που είχαν αφού τελικά στάθηκαν τυχεροί και μπόρεσαν να επιβιώσουν.

Επίσης κάποιοι είχαν την αίσθηση της προσωπικής δύναμης που αντιπροσωπεύει ότι έφεραν εις πέρας μια δύσκολη κατάσταση χάρη στα ψυχικά αποθέματα, το κουράγιο και την ψυχική αντοχή τους, με αφορμή το τραυματικό γεγονός που βίωσαν. Κάποιοι βίωσαν μια αυξημένη αίσθηση αυτοπεποίθησης, μια αίσθηση δύναμης και εμπιστοσύνης και μια αντίληψη του εαυτού ως επιζώντες ή νικητές. Επίσης είχαν την ιδέα της επιβίωσης από ένα τραυματικό γεγονός και την αίσθηση ότι δεν υπάρχει τίποτα πιά που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν και να το φέρουν εις πέρας.

Οι Kampman και συνεργάτες (2015), σε μια μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης μεταξύ ασθενών που αντιμετώπισαν απειλητική για τη ζωή ασθένεια επεσήμαναν ότι η εμπειρία σοβαρού τραυματισμού σε σύγκριση με άλλα τραύματα εμπεριέχει στοιχεία μοναδικά που οφείλονται στη σωματική φύση της εμπειρίας

δηλαδή στις άμεσες και ουσιαστικές επιπτώσεις στο σώμα. Η ανασκόπηση δεκατριών ποιοτικών ερευνών εντόπισε βασικά θέματα, όπως τον υπαρξιακό προβληματισμό (π.χ., αναγνώριση των αμετάβλητων και μεταβαλλόμενων πτυχών της ζωής, που σχετίζονται με την οικοδόμηση μιας νέας σχέσης με το σώμα), την αυξημένη συνειδητοποίηση της σύνδεσης με τους άλλους ανθρώπους, την αυξημένη ουσιαστική ενασχόληση σε δραστηριότητες αναψυχής (αθλητισμός, χορός, εκμάθηση ενός μουσικού οργάνου) που μπορεί να αποτελέσει πηγή ανεξαρτησίας για τους ασθενείς και την ανακάλυψη νέων δυνατοτήτων (δηλαδή μια νέα συνειδητοποίηση του φυσικού και ψυχολογικού δυναμικού). Ο τομέας των νέων δυνατοτήτων αφορούσε συγκεκριμένα στην ανάπτυξη νέων φυσικών δεξιοτήτων για τη διαχείριση της αναπηρίας. Σε περίπτωση σοβαρού τραυματισμού, η αίσθηση της προσωπικής δύναμης αφορούσε στην ικανότητα να υπομένουν οι ασθενείς περισσότερο σωματικό πόνο, να είναι σε θέση να αναπτύξουν περισσότερο τις φυσικές ικανότητες τους και αποθέματα ή να βιώνουν μια αίσθηση ελέγχου πάνω στο σώμα τους, ευρήματα που έρχονται σε συμφωνία με αυτά της παρούσας μελέτης.

Οι τραυματικές "σεισμικές" εμπειρίες οδήγησαν τους περισσότερους από τους συμμετέχοντες να διερευνήσουν υπαρξιακά ζητήματα και ζητήματα όπως το νόημα και το σκοπό της ζωής, την έννοια του θανάτου, και να αναθεωρήσουν τις θέσεις τους σχετικά με αυτά. Η επιβίωση από τη βαριά ασθένεια για πολλούς συνοδευόταν από την αίσθηση ότι ήταν υπό προστασία κάποιας Θείας δύναμης, με την οποία συνδέονταν μέσα από μία πνευματική διάσταση. Η πνευματική αλλαγή, χαρακτηριζόταν από την εμπάθυνση της πνευματικότητας ή την ενδυνάμωση της θρησκευτικής πίστης ή την αλλαγή στον τρόπο θεώρησης πνευματικών και θρησκευτικών ζητημάτων συγκριτικά με παρελθούσες φιλοσοφικές θέσεις και πεποιθήσεις. Αντίθετα, σε κάποιες περιπτώσεις οι τραυματικές εμπειρίες οδήγησαν στην έκπτωση της θρησκευτικής πίστης και στην απομάκρυνση από το Θεό.

Σύμφωνα με τους Greyson & Khanna (2014), τα τραυματικά γεγονότα μπορεί να οδηγήσουν σε βαθιές αλλαγές στην πνευματικότητα του ατόμου. Ο στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση σε δείγμα 230 συμμετεχόντων του μετατραυματικού πνευματικού μετασχηματισμού όχι μόνο μετά από το τραυματικό γεγονός, αλλά και μετά από τις πνευματικές εμπειρίες που βιώνουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της κρίσιμης κατάστασης της υγείας τους. Η υπόθεση ήταν ότι οι επιζώντες που είχαν πνευματικές «εμπειρίες κοντά στο θάνατο» είχαν μεγαλύτερη πνευματική ανάπτυξη και λιγότερες αρνητικές αλλαγές από τους επιζώντες χωρίς επιθανάτιες εμπειρίες. Τα

συμπεράσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που βίωσαν εμπειρίες κοντά στο θάνατο ανέφεραν μεγαλύτερη πνευματική ανάπτυξη από τους επιζώντες χωρίς εμπειρίες, ενώ η πνευματική τους ανάπτυξη συσχετίστηκε με το βάθος των εμπειριών. Αντίθετα οι πνευματικές αρνητικές αλλαγές ήταν συγκρίσιμες στις δύο ομάδες και δεν συσχετίστηκαν με το βάθος της εμπειρίας. Έτσι, οι εμπειρίες κοντά στον θάνατο συνδέονται με μεγαλύτερη μετατραυματική πνευματική ανάπτυξη, αλλά δεν επηρεάζουν την εκδήλωση αρνητικών μετατραυματικών πνευματικών αλλαγών. Ο μετασχηματισμός συσχετίστηκε με τη ζωή και την ευημερία των ατόμων και από τους ερευνητές προτάθηκε περαιτέρω έρευνα καθώς και στρατηγικές για την προώθηση της πνευματικής ανάπτυξης που θα πρέπει να ενσωματωθούν στην κλινική πρακτική.

Γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση ότι, εκτός από τις αρνητικές συνέπειες του ψυχικού τραυματισμού της σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή νόσου, ορισμένα άτομα μπορεί να αναπτύξουν μετατραυματική ανάπτυξη μετά από τέτοιες εμπειρίες (Tsai et al., 2015).

Όπως προαναφέρθηκε, αμέσως μετά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός, πολλά άτομα βιώνουν ψυχικές και οργανικές συνέπειες ως απόκριση σε υπενθυμίσεις του γεγονότος. Για τους περισσότερους, αυτές οι αποκρίσεις μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά για κάποιους, το συμβάν μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένη αγωνία που οδηγεί σε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Όπως αναφέρουν μελέτες, η αντιμετώπιση μετατραυματικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα σε θετικές αλλαγές σε διαφορετικούς τομείς της ζωής. Η μετατραυματική ανάπτυξη ορίζεται ως η θετική ψυχολογική αλλαγή που βιώνεται μετά από έναν αγώνα με εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες ζωής. Περιλαμβάνει την ανάπτυξη αυξημένης εκτίμησης για τη ζωή, μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής δύναμης, ανανεωμένη εκτίμηση των σχέσεων και θετικές πνευματικές αλλαγές. Ωστόσο, η έκθεση σε εμπειρίες που βιώνονται τραυματικά δεν καθορίζει άμεσα την μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς κάποιοι επιζώντες από τις δύσκολες αυτές καταστάσεις δεν βιώνουν ανάλογη ανάπτυξη, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με αυτά της παρούσας μελέτης (Mattson et al., 2018).

Στόχος μιας άλλης μελέτης ήταν να εξετάσει τους βασικούς διαπροσωπικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη θετική ανάπτυξη, με την πάροδο του χρόνου, μεταξύ 156 επιζώντων (132 γυναίκες και 24 άνδρες), ηλικίας 18 έως 70 ετών, μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν διάφορα ερωτηματολόγια, χρησιμοποίησαν τους διαπροσωπικούς παράγοντες της αυτοαποκάλυψης, της

κοινωνικής υποστήριξης και της αντιληπτής επιβάρυνσης. Από τα ευρήματα, αυτής της μελέτης μπορεί να συναχθεί ότι οι διαπροσωπικοί παράγοντες του ανήκειν, της αυτοαποκάλυψης και της κοινωνικής υποστήριξης παίζουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης των επιζώντων. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν το όφελος από ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις ειδικά σχεδιασμένες για την προώθηση της αυτο-αποκάλυψης και την διασφάλιση ποιοτικής υποστήριξης (Levi-Belz, 2019).

Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται βασικός περιβαλλοντικός πόρος στο εννοιολογικό μοντέλο των Schaefer & Moos (1998), για την κατανόηση των θετικών επιπτώσεων που έχουν οι κρίσεις και μεταβάσεις ζωής. Επιπλέον, το αναθεωρημένο, μοντέλο μετατραυματικής ανάπτυξης των Tedeschi & Calhoun (2004), περιλαμβάνει την κοινωνική υποστήριξη ως προγνωστικό παράγοντα θετικής αλλαγής στον απόηχο των τραυματικών γεγονότων. Σύμφωνα με τους Schaefer & Moos, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι πρόδρομος της προσωπικής ανάπτυξης επηρεάζοντας τη συμπεριφορά αντιμετώπισης και ενθαρρύνοντας την επιτυχή προσαρμογή στις κρίσεις της ζωής. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να διαφέρει από τη λήψη ή την αντίληψη κοινωνικής υποστήριξης. Μπορεί η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης να βελτιώνει τους κοινωνικούς πόρους παρέχοντας ενσυναίσθηση ή να μειώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς του ατόμου. Αν και υποστηρίζεται από ορισμένους ερευνητές ότι η αντιμετώπιση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να προάγουν τη μετατραυματική ανάπτυξη (Schaefer & Moos, 1998, Tedeschi & Calhoun, 2004), τα ευρήματα όμως από άλλες μελέτες είναι αντιφατικά (Linley & Joseph, 2004).

Μία μετανάλυση των Prati και Pietrantonio (2009), εξέτασε τον ρόλο και τη συμβολή της αισιοδοξίας, της κοινωνικής υποστήριξης και των στρατηγικών αντιμετώπισης στη μετατραυματική ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα από 103 μελέτες έδειξαν ότι και τα τρία αυτά συστήματα μεταβλητών είχαν σημαντικές επιπτώσεις στη μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους ερευνητές, η αισιοδοξία, η κοινωνική υποστήριξη, η πνευματικότητα, η αίσθηση αποδοχής, η επανεκτίμηση, η θρησκευτικότητα και η αναζήτηση υποστήριξης συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, και ιδιαίτερα η θετική επαναξιολόγηση και η θρησκευτικότητα σχετίζονται περισσότερο με την μετατραυματική ανάπτυξη παρά με την αισιοδοξία και την κοινωνική υποστήριξη.

Είναι πιθανό ότι η ευεργετική επίδραση των προσωπικών και κοινωνικών πόρων να διαμεσολαβείται εν μέρει από τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Στην ίδια μελέτη η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης είχε μέτρια σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Επίσης εικάζεται, ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) μπορούν να αυξήσουν το μέγεθος και την ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, όπως δήλωσαν οι Tedeschi και Calhoun (2004): *«Ο βαθμός στον οποίο τα άτομα εμπλέκονται στην αυτο-αποκάλυψη σχετικά με τα συναισθήματά τους και την οπτική τους για την κρίση που βίωσαν, καθώς και πώς οι άλλοι ανταποκρίνονται σε αυτήν την αυτο-αποκάλυψη, μπορεί επίσης να παίζει ρόλο στην (μετατραυματική) ανάπτυξη».*

Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας διαχρονικής μελέτης των Manne και συνεργατών (2004), ένας από τους καλύτερους προγνωστικούς παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η συναισθηματική έκφραση. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, υπάρχουν διάφοροι λόγοι για αυτό το αποτέλεσμα, όπως είναι η απευαισθητοποίηση στα αρνητικά συναισθήματα, η ενισχυμένη εγγύτητα στις σχέσεις με άλλους, και η εκτίμηση και αναγνώριση της προσωπικής δύναμης. Η πνευματικότητα προέβλεψε μέτρια θετικές αλλαγές στον απόηχο της τραυματικής εμπειρίας. Η θρησκευτικότητα και η πνευματική ανάπτυξη μπορεί να είναι εν μέρει αλληλεπικαλυπτόμενες έννοιες, επειδή στην αξιολόγηση των θετικών αλλαγών υπάρχει μια υποκλίμακα που τις περιλαμβάνει ωστόσο, η πνευματική ανάπτυξη διαφέρει από την θρησκευτικότητα. Φαίνεται πιο πιθανό η πνευματικότητα να προάγει τη μετατραυματική ανάπτυξη επειδή παρέχει μια αίσθηση υποστήριξης και πεποιθήσεων από την κοινότητα. Οι Cadell και συνεργάτες (2003), υποστήριξαν ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία νοήματος και στη μετασχηματιστική διαδικασία. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Pargament και συνεργάτες (2004), οι παράγοντες που εξηγούν την ευεργετική επίδραση της πνευματικότητας περιλαμβάνουν μεταβλητές σχετιζόμενες με την υγεία, όπως επίσης ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές.

Στην παρούσα μελέτη η θρησκευτικότητα ήταν ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της μετατραυματικής ανάπτυξης. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα μιας μετανάλυσης για τη θετική προσαρμογή των Ano & Vasconcelles, (2005). Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα συντελούν εν μέρει με το ίδιο τρόπο στη μετατραυματική ανάπτυξη. Ωστόσο, η θρησκευτικότητα είχε μια ισχυρότερη σχέση με τη μετατραυματική ανάπτυξη, και αυτό μπορεί να οφείλεται στη

συγκεκριμένη χρήση των θρησκευτικών πόρων ως τρόπο αντιμετώπισης του τραυματικού γεγονότος. Τα μέτρα αντιμετώπισης σχετίζονται με το πώς το άτομο χρησιμοποιεί τη θρησκεία για να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες. Οι Pargament και συνεργάτες (2000), αναφέρουν ότι η θρησκευτικότητα εξυπηρετεί διάφορους σκοπούς στην καθημερινή ζωή και σε καταστάσεις κρίσης συμβάλλει στην απόδοση νοήματος σε ένα αρνητικό γεγονός, με συνέπεια να λειτουργεί ως πλαίσιο για την επίτευξη αίσθησης ελέγχου σε μια δύσκολη κατάσταση και εγγύτητας με τα μέλη της θρησκευτικής κοινότητας, βοηθώντας τους ανθρώπους να κάνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή.

Στην παρούσα μελέτη οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μετατραυματική ανάπτυξη και νοηματοδοτούν θετικά την εμπειρία τους. Το ατύχημα, η απειλητική για τη ζωή ασθένεια αλλά και η νοσηλεία στη ΜΕΘ, περιγράφεται από ως μια αιφνίδια αποδιοργάνωση της ζωής, ανατροπή των βασικών τους πεποιθήσεων και συνειδητοποίηση της θνητότητας. Η συνειδητοποίηση της θνητότητας καθώς και οι επιπτώσεις από την ασθένεια/ατύχημα και τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, αποτέλεσαν απειλές για την ταυτότητα των ασθενών και τους οδήγησαν στην αναζήτηση νοήματος. Μέσα από την αναζήτηση νοήματος της εμπειρίας τους, αναθεώρησαν συνολικότερα τη ζωή τους ταυτόχρονα με την αντίληψη εαυτού, τις προσωπικές τους σχέσεις, αλλά και τη θέση τους στο εγγύτερο ή ευρύτερο περιβάλλον.

Το διάστημα κατά την ανάρρωση και την αποκατάσταση γίνεται φανερή η σύνδεση του νοήματος της ασθένειας/συνολικής εμπειρίας με την επαναξιολόγηση της ζωής, των αξιών και των πεποιθήσεων από μέρος των ασθενών. Ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων, η βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, ο προσανατολισμός στο παρόν και η εκτίμηση της αξίας της ζωής αναφέρονται ως οι κυριότερες θετικές αλλαγές που βιώνουν ζώντας μαζί με την αβεβαιότητα για τη μελλοντική εμφάνιση της ασθένειας ή και την αργή εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους.

Από τους περισσότερους συμμετέχοντες παρατηρείται η εξέλιξη του νοήματος μέσα στο χώρο/πλαίσιο και το χρόνο. Τονίζεται δε μια αλλαγή του νοήματος από κάτι που αρχικά αποτελεί *απειλή και ανατροπή*, σε κάτι που για τους περισσότερους αποτελεί *αφορμή για αλλαγές* στην ταυτότητα και στον τρόπο ζωής τους. Τα θέματα που απασχολούσαν τους περισσότερους από τους συμμετέχοντες δείχνουν μια μετακίνηση από το αρχικό αιφνιδιασμό στην αποδοχή και την ανακάλυψη της εσωτερικής δύναμης μέσα από αυτή την εμπειρία. Επισημαίνεται ότι, πέρα από τις

θετικές αλλαγές και την αναζήτηση νοήματος υπάρχουν και αρνητικές αλλαγές άλλα και αδυναμία ή έλλειψη νοηματοδότησης που μπορεί να αποδοθεί στην απουσία αναμνήσεων, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, αρνητική αναθεώρηση ζωής, προηγούμενο παγιωμένο σύστημα αξιών, σωματικοί και ψυχικοί περιορισμοί καθώς και γεγονότα στη ζωή τους που συνυπήρχαν με την αποκατάσταση.

Επίσης στη παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η απειλητική ασθένεια/ ατύχημα πυροδοτεί διαδικασίες νοηματοδότησης, με σκοπό οι ασθενείς να εξηγήσουν αυτό που τους συμβαίνει και να δώσουν νόημα στις νέες συνθήκες ζωής τους. Η πίστη και η πνευματικότητα, το ισχυρό υποστηρικτικό πλαίσιο, προηγούμενες εμπειρίες, η επίτευξη στόχων και βελτίωση της υγείας τους, η δυνατή επιθυμία επιστροφής στην προηγούμενη ζωή συνδέθηκαν άμεσα με τις διαδικασίες νοηματοδότησης και αποτέλεσαν κεντρικούς παράγοντες για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της τραυματικής εμπειρίας τους.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι η απόδοση νοήματος είναι κεντρικής σημασίας για την κατανόηση της θετικής αλλαγής, σε ότι αφορά τις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο (Schultz et al., 2010, Linley & Joseph, 2011). Ως εκ τούτου, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι η απόδοση νέου νοήματος είναι κεντρική για την κατανόηση της θετικής αλλαγής, ιδίως της μετατραυματικής ανάπτυξης. Και πράγματι, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η ύπαρξη βαθύτερου νοήματος στη ζωή ενός ατόμου συνδέεται με μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη (Kashdan & Kane 2011, Linley & Joseph 2011) και θετικές αλλαγές (Steger et al. 2008).

Οι επιζώντες του τραυματικού γεγονότος μπορεί πρώτα να μηρυκάζουν ερωτήσεις σχετικά με το νόημα της ίδιας της ζωής, αλλά αργότερα οι ερωτήσεις μετατοπίζονται στην εύρεση νοήματος στη ζωή τους (Janoff-Bulman, 2006). Η παρουσία του αντιληπτού νοήματος μπορεί να υποδηλώνει ότι έχει επιτευχθεί κάποιος βαθμός επίλυσης ότι δηλαδή η αντίληψη του εαυτού και του κόσμου έχει ανακατασκευαστεί και ένας νέος υποθετικός κόσμος έχει αρχίσει να αναδύεται (Linley & Joseph, 2011). Σε αυτό το σημείο, το άτομο έχει βρει το μονοπάτι να συνεχίσει τη ζωή που άλλαξε ανέκκλητα από το τραυματικό γεγονός (Triplett et al., 2012).

Το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη διεργασία της εύρεσης νοήματος είναι ότι το νόημα είναι ένα αποτέλεσμα, το οποίο μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως η υποκειμενική αντίληψη ότι το άτομο έχει βρει κάποιο νόημα στα νέα δεδομένα, η αποδοχή του προβλήματος, ο επαναπροσδιορισμός των αιτιών που εκδηλώθηκε το στρεσογόνο γεγονός, η αντίληψη των θετικών αλλαγών στη ζωή του ατόμου, η

επανεκτίμηση του νοήματος του συγκεκριμένου γεγονότος, η αλλαγή των γενικών πεποιθήσεων.

Μελέτες έδειξαν ότι η απόθεση της εμπειρίας ή το αίσθημα αποξένωσης συμβάλουν στη μείωση του αντιληπτού νοήματος για τη ζωή ενώ το νόημα στη ζωή είναι υψηλότερο το χρονικό διάστημα που οι άνθρωποι αισθάνονται εγγύτητα και σύνδεση με τους άλλους (Steger & Kashdan, 2009). Η οικογένεια φαίνεται να είναι μια ιδιαίτερα σημαντική πηγή σύνδεσης και τόσο η αντιληπτή οικογενειακή συνοχή όσο και η οικογενειακή ικανοποίηση σχετίζονται θετικά με το νόημα της ζωής (Lightsey & Sweeney, 2008, Delle Fave et al., 2013). Εντός της οικογένειας, το νόημα της ζωής συνδέεται θετικά με τη συζυγική ικανοποίηση τη συζυγική προσαρμογή και τη, καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των συζύγων (Kalantarkousheh & Hassan, 2010). Εκτός της οικογένειας, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοαναφερόμενη δύναμη των κοινωνικών δεσμών σχετίζονται και τα δύο με το νόημα. Από τις μελέτες φαίνεται ότι δεν είναι μόνο σημαντικό να έχει κάποιος ανθρώπους στη ζωή του και να αισθάνεται εγγύτητα, αλλά φαίνεται ότι η ποιότητα των δεσμών να επηρεάζει τη διαδικασία της απόδοσης νοήματος στην εμπειρία τους. Οι άνθρωποι με υψηλό νόημα κινητοποιούνται για να διατηρήσουν τόσο ισχυρούς τους δεσμούς όσο και εγγύτητα με άλλους. Ανταποκρίνονται στις σχέσεις και τις κοινότητές τους, μέσω του εθελοντισμού, της παροχής δωρεών και της βελτίωσης των σχέσεων με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες (Steger et al., 2008b, Steger, 2017).

Επίσης μια ανασκόπηση των Roerke και συνεργατών (2014), υποστήριξε ότι υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι ασθενείς που αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει αποκτήσει νόημα εμφανίζουν καλύτερη σωματική υγεία. Με τη χρησιμοποίηση της προσέγγισης υποκειμενικών μετρήσεων για το πώς δηλ. οι άνθρωποι αξιολογούν τη δική τους υγεία, οι έρευνες έχουν βρει θετικές σχέσεις μεταξύ του νοήματος της ζωής και της καλύτερης υποκειμενικής υγείας μεταξύ των ασθενών με καρκίνο και ασθενείς με νόσο Alzheimer. Άλλες έρευνες υποστήριξαν ότι το νόημα ζωής συμβάλει θετικά στην βελτίωση της υγείας, επειδή εκείνοι που αισθάνονται τη ζωή τους πιο ουσιαστική είναι πιο πιθανό να φροντίσουν τον εαυτό τους, να υιοθετήσουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, να ασχοληθούν με περισσότερες σωματικές δραστηριότητες. Αυτές οι συνήθειες φαίνεται επίσης να επεκτείνονται στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα χρησιμοποιούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψη των προβλημάτων και τη διατήρηση της υγείας τους (Steger, 2017). Τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν και με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

8.2 Συζήτηση Ποσοτικών Αποτελεσμάτων

Στη παρακάτω ενότητα ακολουθεί η συζήτηση των ποσοτικών αποτελεσμάτων της μελέτης που αφορούν τη συσχέτιση μετατραυματικής ανάπτυξη και της μετατραυματικής έκπτωσης καθώς και το πώς συσχετίζονται με εκδηλώσεις δυνητικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Όσον αφορά τη κλίμακα PTGI-42 (PTGI-PTDI) βρέθηκε ότι η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην υποκλίμακα PTGI ήταν 59,86 που σημαίνει ότι οι ασθενείς του δείγματος της παρούσας μελέτης παρουσίασαν πάνω από τον μέσο όρο θετική μετατραυματική ανάπτυξη (60 έναντι 105 που είναι η υψηλότερη βαθμολογία της κλίμακας PTGI) και μετατραυματική έκπτωση με συνολική βαθμολογία 16,95 έναντι της υψηλότερης βαθμολογίας 105 της υποκλίμακας PTDI.

Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με άλλες μελέτες όπως των (Barrington, & Shakespeare-Finch, 2013), οι οποίοι ανέδειξαν την συνύπαρξη της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή ασθένεια, σε πολυτραυματίες και σε άτομα που είχαν βιώσει ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής (Baker et al., 2008, Cann et al., 2010)

Η συνύπαρξη πτυχών μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης υποστηρίζεται και στην παρούσα μελέτη όπου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές ή αρνητικές διαφορές από τη συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας αλλά και μεταξύ των διαστάσεων της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης, παρά μόνο μια οριακά αρνητική στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση «σχέσεις με άλλους» και «προσωπική δύναμη». Το ενθαρρυντικό είναι ότι, στην παρούσα μελέτη, όπως και σε άλλες που χρησιμοποίησαν τις ίδιες κλίμακες, παρατηρήθηκε συχνότερα μετατραυματική ανάπτυξη παρά μετατραυματική έκπτωση (Smith et al., 2014, Bluvstein et al., 2013, Cordova et al., 2001, Gangstad et al., 2009, Senol-Durak & Ayasik, 2010, Kunz et al., 2016, Zieba et al., 2014, Marshall et al., 2015).

Τα ευρήματα αυτά κάνουν φανερή την ανάγκη για μεγαλύτερη ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη που να αναδεικνύει τόσο στις θετικές όσο και στις αρνητικές αλλαγές στον ψυχισμό των ασθενών αυτών. Επίσης θεωρείται σκόπιμο η εκτίμηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης να γίνεται και στις επι μέρους διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης και όχι μόνο στη συνολική της βαθμολογία ώστε να υπάρχει μια καλύτερη εικόνα των αλλαγών που βιώνουν.

Αντίθετα, οι Kunz και συνεργάτες (2017), συγκρίνοντας τη συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας PTGI και της υποκλίμακας PTDI σε ασθενείς με τραύμα σπονδυλικής στήλης βρήκαν θετική ισχυρή συσχέτιση και το απέδωσαν στο γεγονός ότι το τραυματικό συμβάν ήταν πρόσφατο. Ο Joseph και συνεργάτες (2005), υποστηρίζουν ότι ο αρχικός χρόνος μετά το τραύμα μπορεί να χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργάνωση των νοητικών κατασκευών και ότι η αναδόμησή τους απαιτεί χρόνο. Επομένως, η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση μετά το τραύμα, αρχικά μπορεί να σχετίζονται θετικά, αλλά με την πάροδο του χρόνου διαφοροποιούνται, όταν τα άτομα είναι σε θέση να νοηματοδοτήσουν και αναδομήσουν τις κατασκευές που έχουν ανατραπεί λόγω της τραυματικής τους εμπειρίας.

Μια άλλη μελέτη των Michelsen και συνεργατών (2017), διερεύνησε τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε άτομα που βρέθηκαν σε συνθήκες φυσικής καταστροφής. Έξι χρόνια μετά την έκθεση παρατήρησαν θετική συσχέτιση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης και κατέληξαν στην άποψη ότι οι δύο κλίμακες μετρούν κάπως διαφορετικές πτυχές συμπεραίνοντας ότι οι απαντήσεις στο PTGI και στο PTDI δεν είναι αντιφατικές, εύρημα που συμφωνεί και με τα δεδομένα των Barrington & Shakespeare-Finch (2013), καθώς οι δύο κλίμακες παρέχουν μια ευρύτερη εικόνα των επιμέρους αλλαγών που βιώνουν οι συμμετέχοντες

Μια άλλη μελέτη των Kroemeke και συνεργατών (2017), σε δείγμα γυναικών μετά από μαστεκτομή διαπίστωσε επίσης μη σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες PTGI και PTDI. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας ήταν 74,83 για την PTGI υποκλίμακα και 30,17 για την PTDI εύρημα που υποδηλώνει εξαιρετικά καλή προσαρμογή μετά τη μαστεκτομή. Η σύγκριση όμως με άλλους ανεξάρτητους παράγοντες παρουσίασαν διαφορές τόσο σε ότι αφορά στην μετατραυματική ανάπτυξη όσο και στη μετατραυματική έκπτωση. Αυτό καταδεικνύει ότι το PTDI δεν είναι απλά αντίθετο από το PTGI και ότι και οι δύο μεταβλητές αποτελούν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητες διαστάσεις.

Όσον αφορά τη σχέση φύλου και μετατραυματικής ανάπτυξης από τα ευρήματα της μελέτης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο τόσο στην κλίμακα PTGI, όσο και στην PTDI. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με κάποιες μελέτες και σε συμφωνία με άλλες. (Hyde, 2005, Vishnevsky et al., 2010).

Μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στις γυναίκες, με στατιστικά σημαντική διαφορά, έδειξαν οι μελέτες των (Senol-Durak & Ayvaşık, 2010) σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου και σύμφωνα με την αντιληπτή από τους ασθενείς παρεχόμενη κοινωνική στήριξη. Ομοίως, μεγαλύτερη ανάπτυξη στις γυναίκες αναφέρουν και οι Barskova & Oesterreich (2009) και Vishnevsky και συνεργάτες (2010). Οι διαφορές φύλου έχουν επίσης καταγραφεί σε διάφορα είδη τραυματικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, του HIV/AIDS, τρομοκρατικού συμβάντος, και φυσικών καταστροφών (Bellizzi, 2004, Milam et al., 2005).

Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο μηχανισμών που κινητοποιούν οι γυναίκες στην εμφάνιση της ασθένειας. Παρόλα αυτά απαιτείται περισσότερη έρευνα πάνω στη μετατραυματική ανάπτυξη σε σχέση με το φύλο.

Όσον αφορά **τη σχέση της ασθένειας** και της μετατραυματικής ανάπτυξης τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα ευρήματα της μελέτης του Ho και συνεργατών (2011), οι οποίοι διερεύνησαν την μετατραυματική ανάπτυξη σε ασθενείς με καρκίνο του στόματος, του Sheikin (2004) και του Garnefski και συνεργατών (2008), που διερεύνησαν ασθενείς με καρδιακά νοσήματα και έμφραγμα του μυοκαρδίου, αντίστοιχα καθώς και του Michelsen και συνεργατών (2017).

Στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, στις προς μελέτη κλίμακες και στις υποκλίμακές τους, **σε σχέση με την ηλικία** των συμμετεχόντων, παρά μια οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα PTSD και ειδικότερα στην υποκλίμακα αυτής που αναφέρεται στην μετατραυματική έκπτωση της ζωής στην οποία φαίνεται, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά, τα άτομα ηλικίας 18-50 να βιώνουν περισσότερες αλλαγές μετατραυματικής έκπτωσης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την εργασία των Michelsen και συνεργατών (2017), που μελέτησε ασθενείς με τραύματα μετά από τσουνάμι και βρήκε ότι οι μεσήλικες είχαν μεγαλύτερη ανάπτυξη. Μελέτες αναφέρουν ότι μεσήλικες είναι σε θέση να αναφέρουν θετικές αλλαγές σε αντίθεση με εκείνες που διαπιστώνουν μεγαλύτερο βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης σε νεαρότερες ηλικίες. Για τον λόγο αυτό, ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας ή τραυματισμού σε νεότερη ηλικία μπορεί να ανατρέψει την κοσμοθεωρία του ατόμου, επιτρέποντας έτσι μεγαλύτερη ανασυγκρότηση των νοητικών του κατασκευών γεγονός που λειτουργεί καταλυτικά στην ανάπτυξή του. Αντίθετα, άλλοι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι η ηλικία μπορεί να επηρεάσει τις διεργασίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατά την εμφάνιση μιας ασθένειας ή σοβαρού γεγονότος που μεταβάλλει τη ζωή. Έτσι, τα

νεότερα άτομα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «*νέες δυνατότητες*» σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους. (Grace et al., 2015). Υπό το πρίσμα ότι έχουν μια μεγαλύτερη χρονική προοπτική, δίνουν προτεραιότητα σε μελλοντικούς στόχους, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη ρύθμιση συναισθημάτων όπως στη προληπτική μείωση της δυσφορίας και τη διατήρηση της ευημερίας (Boyle et al., 2017).

Επί πλέον τα ευρήματα αυτά πιθανά να αντανακλούν τις διαφορές κάθε ηλικιακής ομάδας ως προς την αντίληψη της νόσου, όπως επίσης και τους διαφορετικούς ρόλους που έχουν στη ζωή οι συμμετέχοντες τη συγκεκριμένη στιγμή της νόσησης. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας μην έχοντας ακόμα εκπληρώσει στόχους και οράματα ζωής βιώνουν πιο αυξημένο άγχος διότι επιθυμούν μια ταχύτερη αποκατάσταση λόγω επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων ενώ οι ηλικιωμένοι βιώνουν κατάθλιψη λόγω της σωματικής και γνωστικής εξασθένησης ή άλλων προβλημάτων, όπως απώλεια προσφιλών προσώπων, φτώχη κοινωνική στήριξη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, κ.ά.

Σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** βρέθηκε ότι οι έγγαμοι, σε σχέση με τους άγαμους / διαζευγμένους, βιώνουν μεγαλύτερη «*εκτίμηση της ζωής*», μεγαλύτερη μετατραυματική έκπτωση στις «*νέες δυνατότητες*», και χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτό των Belizzi & Blank (2006) και Harding και συνεργατών (2014). Στους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά νοσήματα, όπως καρκίνο κ.ά. φαίνεται ότι η ύπαρξη ενός σταθερού υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη μετατραυματικής ανάπτυξης, ελπίδας και χαμηλότερων επιπέδων άγχους. Ένας αφοσιωμένος /η σύντροφος μπορεί να προσφέρει ευεργετική υποστήριξη και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ή και βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε οικογένεια διέπεται από συστήματα που επηρεάζουν το νόημα που αποδίδεται στην ασθένεια καθώς και τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υγείας. Στην ελληνική κουλτούρα η οικογένεια αρκετά συχνά αναλαμβάνει ευθύνες για τη λήψη αποφάσεων εκ μέρους του ασθενούς. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γιατροί, ακόμη και όταν ενημερώνουν τους ασθενείς, συνήθως πρώτα ενημερώνουν τους συγγενείς οι οποίοι στη συνέχεια αναλαμβάνουν έναν υποστηρικτικό ρόλο.

Σε σχέση με το **επίπεδο εκπαίδευσης** δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία κλίμακα και υποκλίμακα παρά μόνο στην υποκλίμακα «*προσωπική δύναμη*» της κλίμακας PTGI όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη, με οριακά στατιστικά

σημαντική διαφορά, φαίνεται να έχουν τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με την εκπαίδευση λίγες μελέτες βρήκαν ότι θετική μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο σπουδών. Αντίθετα, άλλες παρατήρησαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στα άτομα υψηλότερης εκπαίδευσης (Danhauer et al. 2013, Harding et al., 2014). Τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης δείχνουν μεγαλύτερη ανάπτυξη, όπως και στην παρούσα μελέτη, πιθανόν στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στις νέες υποχρεώσεις που απαιτεί η κατάσταση υγείας τους, αναφέροντας ταυτόχρονα θετικές αλλαγές και στην ανάπτυξη «προσωπικής δύναμης» (Widows et al., 2005).

Συγκρίνοντας τις συνολικές και τις επί μέρους βαθμολογίες των κλιμάκων σε σχέση με τη **διάγνωση**, στην παρούσα μελέτη η ομάδα των πολυτραυματιών και άλλων σοβαρών νοσημάτων μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη συγκριτικά με τους καρδιολογικούς ασθενείς. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτό της μελέτης των Karagiorgou & Cullen (2016), που συνέκριναν τα επίπεδα της μετατραυματικής ανάπτυξης σε άτομα με εγκεφαλική βλάβη και σε άτομα με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι συγγραφείς επέλεξαν αυτές τις δύο ομάδες διότι και οι δύο εκπροσωπούν δύο κοινά, συχνά απροσδόκητα και σοβαρά ιατρικά συμβάντα, αλλά διαφέρουν επειδή η εγκεφαλική βλάβη επηρεάζει τις νευρολογικές λειτουργίες όπως τη γνώση, την αίσθηση και την κίνηση, γεγονός που δεν συμβαίνει στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όταν συνέκριναν τις βαθμολογίες μεταξύ των δύο ομάδων, δεν βρήκαν διαφορές, εκτός από την διάσταση που σχετίζεται με τους άλλους, όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη έδειξαν τα άτομα με την επίκτητη εγκεφαλική βλάβη. Λόγω του μικρού δείγματος, οι ερευνητές ανέφεραν ότι δεν ήταν σε θέση να εξάγουν οριστικά συμπεράσματα. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι εγκεφαλικές βλάβες μπορεί να μην επηρεάσουν τη δυνατότητα μιας γνωστικής επεξεργασίας και κατ'επέκταση και μετατραυματικής ανάπτυξης. Άλλη μελέτη ανέδειξε ότι το επίπεδο της *υποκειμενικής αντίληψης της βλάβης* κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ, αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης του συνολικού επιπέδου μετατραυματικής ανάπτυξης μετά από εξάμηνη παρακολούθηση (Silva et al., 2011). Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των λειτουργικών συνεπειών του εγκεφαλικού τραυματισμού τους είναι πιο πιθανό να αποδίδουν θετικό νόημα στην επιβίωσή τους και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Grace και συνεργατών (2015), έδειξε ότι η ανάπτυξη σχετίζεται με την απασχόληση, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τις υποκειμενικές πεποιθήσεις για αλλαγές, τη σχέση με τους άλλους, την μεγαλύτερη

ηλικία, το χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης και το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τον τραυματισμό. Ο αντίκτυπος του χρόνου από την εγκεφαλική βλάβη επισημάνθηκε επίσης από τον (McGrath, 2011), ο οποίος πρότεινε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη είναι μια πιθανότητα για άτομα που έχουν εμπειρία από εγκεφαλικό τραυματισμό, αλλά ότι ο χρόνος που απαιτείται για την επίτευξη ή την αναγνώριση της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να είναι μεγαλύτερος από ό,τι σε άτομα που έχουν βιώσει άλλα είδη τραυματισμών που δεν έχουν επηρεάσει τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Σαφώς, οι διαφορές στις μελέτες αυτές δεν είναι εύκολα συγκρίσιμες λόγω των διαφόρων ειδών τραυματικών εμπειριών που μελετώνται. Ένας καινοτόμος τρόπος αντιμετώπισης της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και διαφόρων ειδών τραυματικών συμβάντων έχει αναφερθεί από τον Kira και συνεργάτες (2013), που ταξινόμησαν τις τραυματικές εμπειρίες σε τέσσερα είδη: (1) γεγονότα που συνέβησαν μία φορά και σταμάτησαν, (2) γεγονότα που συνέβησαν αρκετές φορές και σταμάτησαν, (3) γεγονότα που συνεχίζουν να συμβαίνουν και (4) συσσώρευση διαφορετικών τραυματικών γεγονότων. Το συσσωρευτικό τραύμα φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη ενώ γεγονότα που συνεχίζουν να συμβαίνουν είχαν αρνητική επίδραση στην μετατραυματική ανάπτυξη. Οι ερευνητές εξέτασαν επίσης τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και συγκεκριμένων τραυματικών συμβάντων. Για παράδειγμα, οι εμπειρίες πολέμου και μάχης σχετιζόνταν θετικά με την εκτίμηση της ζωής, η απειλητική για τη ζωή ασθένεια σχετιζόνταν θετικά με την εκτίμηση της ζωής και πνευματικές αλλαγές, ενώ η σωματική επίθεση συνδέθηκε με την εκτίμηση της ζωής, την προσωπική δύναμη, τις νέες δυνατότητες και τις σχέσεις με τους άλλους. Οι εμπειρίες των προσφύγων συνδέονταν θετικά με την εκτίμηση της ζωής και τις νέες δυνατότητες.

Οι Shuwiekh και συνεργάτες (2017), διαπίστωσαν επίσης ότι η εμπειρία ενός απειλητικού για τη ζωή ξαφνικού γεγονότος, όπως αυτοκινητιστικό δυστύχημα οδήγησε σε μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ η εμπειρία ενός συνεχιζόμενου, χρόνιου τραύματος, όπως ή σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η γονική εγκατάλειψη ή παραμέληση, είχε έμμεση αρνητική επίδραση στην μετατραυματική ανάπτυξη. Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν τη χρησιμότητα της ανάλυσης της μετατραυματικής ανάπτυξης σε σχέση με διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών. Οι Helgeson, και συνεργάτες (2006), για παράδειγμα, πρότειναν ότι η σοβαρότητα των συμβάντων και η αντιλαμβανόμενη δυσφορία, ήταν

πιο πιθανό να συσχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη από τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του ίδιου του τραυματικού συμβάντος.

Παρόλα αυτά η μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν μπορεί να διαχωριστεί από έναν αριθμό πιθανών συγχυτικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα, το επίπεδο της αντίληψης της σοβαρότητας ή της αγωνίας που σχετίζεται με το συμβάν.

Αναφορικά με τον χρόνο που πέρασε μετά την έξοδο των συμμετεχόντων από τη ΜΕΘ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν λιγότερο χρόνο από 24 μήνες παρουσίαζαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση «*νέες δυνατότητες*» και «*εκτίμηση της ζωής*» και μεγαλύτερη μετατραυματική έκπτωση στη διάσταση «*πνευματική αλλαγή*».

Το εύρημα αυτό συμφωνεί μόνο ως προς τον βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης των καρδιολογικών ασθενών με αυτό της μελέτης των Losiak & Nikiel (2014), οι οποίοι σε ανάλογο δείγμα διαπίστωσαν ότι η σοβαρότητα της νόσου και ο χρόνος από την παρέλευση του εμφράγματος επηρεάζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ανάπτυξη στην διάσταση «*εκτίμηση της ζωής*» είχαν τα άτομα που ο χρόνος παρέλευσης από την εμφάνιση του νοσήματος ήταν λιγότερος από 24 μήνες, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τους παραπάνω συγγραφείς οι οποίοι μελέτησαν την ανάπτυξη στους εμφραγματίες σε μικρότερο χρονικό διάστημα από την εμφάνιση του συμβάντος. Οι Sawyer και συνεργάτες (2010), διαπίστωσαν ότι τα πρώτα χρόνια μετά το τραύμα η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να συντελεί στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του τραύματος και με την πάροδο του χρόνου φαίνεται να ενισχύει την ευεξία του ατόμου.

Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνεται ότι η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία που μεταβάλλεται στον χρόνο και ότι σε αυτό συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες όπως η σοβαρότητα της νόσου, οι γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, ενώ απαιτείται επίσης περαιτέρω και εις βάθος έρευνα αυτής της διαδικασίας.

Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη τα άτομα που ο χρόνος παρέλευσης από την εμφάνιση του νοσήματος ή ατυχήματος ήταν λιγότερος από 24 μήνες, εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της κλίμακας διαταραχής μετατραυματικού στρες (IES-R) με στατιστικά σημαντική διαφορά από όσους είχαν μεγαλύτερο χρόνο από 25 μήνες. **Αναφορικά με τις μνήμες** από τα γεγονότα κατά τη νοσηλεία τους βρέθηκε, ότι τα άτομα που έχουν μνήμες βιώνουν μεγαλύτερης έντασης εκδηλώσεις «*παρείσφρησης*» και «*υπερδιέγερσης*», υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «*σχέση με άλλους*», «*νέες δυνατότητες*», και μεγαλύτερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη.

Η λανθασμένη υπόθεση ότι η μετατραυματική ανάπτυξη έρχεται της σε αντιδιαστολή με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες πηγάζει από την αντίληψη ότι η μετατραυματική ανάπτυξη επιφέρει θετικές αλλαγές ενώ τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες συνδέονται με αρνητικές συνέπειες της έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα. Η αντιδιαστολή μετατραυματικής ανάπτυξης και διαταραχής μετατραυματικού στρες φαίνεται να μην λαμβάνει υπόψη την πολυδιάστατη ανθρώπινη αντίδραση σε τραυματικές καταστάσεις. Τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχής του μετατραυματικού στρες μπορεί να αναφέρουν ταυτόχρονα κάποιες αλλαγές μετατραυματικής ανάπτυξης (Devine et al. 2010, Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2013).

Ομοίως, άνθρωποι που έχουν αναρρώσει από διαταραχή μετατραυματικού στρες δεν αναφέρουν την παρουσία μετατραυματικής ανάπτυξης. Ερευνητές όπως οι Zoellner και Maercker (2006), ισχυρίστηκαν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορούν να υπάρξουν ως ξεχωριστές και ανεξάρτητες δομές, χωρίς αυτό να υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των ψυχικών καταστάσεων. Τόσο η μετατραυματική ανάπτυξη όσο και η διαταραχή μετατραυματικού στρες παρατηρήθηκαν σε άτομα που έχουν βιώσει τα πιο στρεσογόνα συμβάντα της ζωής, αν και τέτοιες μελέτες δεν έχουν αποδώσει εντελώς αξιόπιστα αποτελέσματα μέχρι σήμερα. Κάποιες μελέτες έδειξαν θετική γραμμική σχέση μεταξύ συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης (Kilmer et al., 2009, Taku et al., 2008). Άλλες πάλι αναφέρονται σε μια αρνητική σχέση (Kilic & Ulsoy, 2003, Yi & Kim, 2014), και ορισμένες υποστηρίζουν ότι η σχέση είναι ανεξάρτητη (Krosch & Shakespeare-Finch, 2016, Cordova et al., 2007). Επίσης έχει προταθεί ως καμπυλόγραμμη που φαίνεται να εξηγεί καλύτερα τη σχέση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης. (Kleim & Ehlers, 2009, Tsai, et al., 2015).

Οι Shakespeare-Finch και ο Lurie-Beck (2014), σε μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση που περιλάμβανε 42 μελέτες για τη διευκρίνιση της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής στρες, συμπεραίνουν ότι συσχετίζονται θετικά και γραμμικά, υποδεικνύοντας ότι δεν βρίσκονται σε αντίθετα άκρα μιας μόνο διάστασης. Επιπλέον, κατέδειξαν μια ισχυρότερη καμπυλόγραμμη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης, με την μετατραυματική ανάπτυξη να είναι υψηλότερη όταν μετριάζονται τα επίπεδα διαταραχής

μετατραυματικού στρες, ανάλογα με την ηλικία και τον τύπο του τραυματικού γεγονότος (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2013).

Το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι στα άτομα που ο χρόνος παρέλευσης από το συμβάν ήταν μικρότερος από 24 μήνες βρέθηκαν και λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του στρες και ενδείξεις μεγαλύτερης μετατραυματικής ανάπτυξης, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα αποτελείτο κυρίως από εμφραγματίες και πολυτραυματίες. Ως εκ τούτου οι πολυτραυματίες απαιτούν μεγαλύτερο διάστημα δυνητικής αποκατάστασης της υγείας τους, θέτουν στόχους, έχουν ελπίδες σε βάθος χρόνου και προσδοκούν την πλήρη αποκατάσταση. Αντίθετα, τα άτομα με καρδιολογικό νόσημα βιώνουν περιορισμούς και ζουν την απειλή ενός ξαφνικού απειλητικού για τη ζωή γεγονότος.

Όπως προαναφέρθηκε σχετικά με τις μνήμες κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ βρέθηκε, ότι τα άτομα που έχουν μνήμες βιώνουν μεγαλύτερης έντασης παρείσφρηση και υπερδιέγερση, αλλά και μετατραυματική ανάπτυξη. Μελέτες αναφέρουν ότι η έλλειψη μνήμης από τη νοσηλεία ή η παρουσία ψευδαισθήσεων σχετίζεται θετικά με την μετέπειτα εξέλιξη των συναισθηματικών προβλημάτων και την αύξηση των διαστάσεων της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Larson et al., 2007, Samuelson, Lundberg, & Fridlund, 2007, Kiekkas et al., 2010, Granja et al., 2008). Είναι γεγονός ότι η παρουσία των τραυματικών μνημών μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως φαρμακολογικοί, νευρολογικοί και άλλοι, οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά συναισθηματικά και σε βάθος χρόνου τους ασθενείς (Schelling et al., 2004, Ringdal et al., 2010). Όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη, πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι τα άτομα που έχουν πραγματικές μνήμες να τις ανακαλούν δίνοντας νόημα στην αξία της ζωής και στην ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων.

8.3 Κριτική αξιολόγηση της έρευνας

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται η αξιολόγηση της παρούσας έρευνας σύμφωνα με κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών και μικτών ερευνών και τα οποία αναφέρονται παραπάνω. Τα κριτήρια που δεν διασφαλίστηκαν αναφέρονται στη συνέχεια στους περιορισμούς της έρευνας.

Εξασφαλίστηκαν τα κριτήρια της *εφαρμοσιμότητας* και της *σταθερότητας* των αποτελεσμάτων με τη διενέργεια ελέγχου στον τρόπο δειγματοληψίας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων, ώστε να

διασφαλιστεί ευρύ πεδίο μελέτης των διαφορετικών πτυχών του υπό μελέτη φαινομένου. Επίσης διασφαλίστηκε η *πιστότητα* και η δυνατότητα *αναπαραγωγής* των δεδομένων με τη λεπτομερή περιγραφή και διαφανή τεκμηρίωση σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας καθώς επιτρέπει την πρόσβαση αλλά και τον έλεγχο στις αποφάσεις του ερευνητή σε κάθε φάση της ερευνητικής διαδικασίας.

Επιπλέον διασφαλίστηκαν τα κριτήρια της *πιστότητας*, *αυθεντικότητας*, και της *σταθερότητας* των αποτελεσμάτων μέσω της τεχνικής της τριγωνοποίησης με τη διασταύρωση ερευνητών τόσο κατά το στάδιο της συλλογής όσο και της ανάλυσης των δεδομένων. Στην ανάλυση των δεδομένων οι διαφορετικές γνώσεις και εμπειρίες των ερευνητών αξιοποιήθηκαν με τη σύνθεσή τους εμπλουτίζοντας την ερμηνεία τους. Τα πλεονεκτήματα της τριγωνοποίησης ερευνητών αποτελούν επίσης προαγωγή της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της μελέτης.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε τριγωνοποίηση μεθόδων μέσω του συνδυασμού της ποιοτικής ανάλυσης (συνεχής συγκριτική ανάλυση) με την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων. Βασικός στόχος ήταν η επίτευξη της *πληρότητας*, δηλαδή η οικοδόμηση μιας όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένης εικόνας του φαινομένου αλλά και της επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων (Τζιαφέρη & Σουρτζή, 2002, Μπελλάλη, 2006). Η σύγκριση των ποιοτικών και των ποσοτικών αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης έδειξε σημαντικό βαθμό σύγκλισης και συμφωνίας. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε η τριγωνοποίηση των αποτελεσμάτων με την υπάρχουσα βιβλιογραφία προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συμφωνίας των συμπερασμάτων που προέκυψαν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών αλλά και να ερμηνευθούν διαφοροποιήσεις. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με τη διεθνή βιβλιογραφία έδειξε σημαντικό βαθμό συμφωνίας. Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ερμηνεύτηκαν μέσα από την ανάλυση και κατανόηση του πλαισίου μελέτης.

Τέλος εξασφαλίστηκε η *διαφάνεια* (transparency) της μελέτης με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και την παράθεση πολλαπλών αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις σε αντιστοιχία με τις θεματικές κατηγορίες και την τελική δομή που δημιουργήθηκαν από τη συνεχή συγκριτική ανάλυση των δεδομένων. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον αναγνώστη να αντιληφθεί με σαφήνεια τον τρόπο ανάδυσης των θεματικών κατηγοριών και της δομής μέσα από τα εμπειρικά δεδομένα.

Η αξιολόγηση της έρευνας σύμφωνα με τον κατάλογο κριτηρίων της COREQ

(Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) περιλαμβάνει τα εξής:

Στον πρώτο τομέα αναφέρονται τα *προσωπικά χαρακτηριστικά* του ερευνητή, η ερευνήτρια που εκπονούσε την παρούσα διδακτορική διατριβή είναι νοσηλεύτρια. Η πολυετής εργασιακή εμπειρία της στον χώρο της νοσηλευτικής στους κλινικούς χώρους παροχής φροντίδας και στην εκπαίδευση νοσηλευτών σε προπτυχιακό επίπεδο, της επιτρέπει να διαθέτει κατανόηση για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια ή ατύχημα και νοσηλεύονται στις ΜΕΘ. Καθώς και για τις επιπτώσεις από την απειλητική ασθένεια / ατύχημα και την νοσηλεία τους.

Όσον αφορά στη *σχέση της ερευνήτριας με τους συμμετέχοντες* η διενέργεια της συνέντευξης αποτελούσε αποκλειστικά την πρώτη, στενή και δια ζώσης επικοινωνία τους. Οι συμμετέχοντες γνώριζαν με σαφήνεια την επαγγελματική ιδιότητα και ότι η ερευνήτρια εργάζεται στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής ενώ το κλινικό της έργο και η παρουσία της δημιουργούσε θετική στάση με αισθήματα εμπιστοσύνης γεγονός που συνέβαλε στο να αφηγηθούν το βιώμά τους ελεύθερα και με ασφάλεια.

Στον δεύτερο τομέα που περιλαμβάνεται ο *ερευνητικός σχεδιασμός* επιλέχθηκε η μικτή μέθοδος *έρευνας* η οποία συνδυάζει στοιχεία ποιοτικών και ποσοτικών ερευνητικών προσεγγίσεων με σκοπό την ευρεία μελέτη και διερεύνηση σε βάθος της ουσίας του φαινομένου προβαίνοντας σε μια λεπτομερή και εξαντλητική περιγραφή του. Η μελέτη, ήταν μια κατεξοχήν ποιοτική με μεγαλύτερη βαρύτητα στα ποιοτικά δεδομένα, καθώς ο βασικός σκοπός της ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων (μετατραυματική ανάπτυξη / μετατραυματική έκπτωση) του βιώματος των ασθενών από τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ. Η ποιοτική προσέγγιση βασίστηκε στη *φαινομενολογική περιγραφική μέθοδο*, που στηρίζεται στη φιλοσοφία του Husserl, η δε ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων ακολούθησε την *περιγραφική φαινομενολογική ψυχολογική μέθοδο του Giorgi*.

Οι ποιοτική και ποσοτική μέθοδοι εφαρμόστηκαν παράλληλα και ταυτόχρονα. Τα στοιχεία διασταυρώθηκαν μεταξύ τους προκειμένου να διαφωτιστούν οι πτυχές του υπό μελέτη φαινομένου, να εξασφαλιστεί η εγκυρότητά τους και να διαπιστωθεί εάν συγκλίνουν ή διαφοροποιούνται μεταξύ τους κατά την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας

Η *επιλογή των συμμετεχόντων* πραγματοποιήθηκε σταδιακά και επιδιώχθηκε η μέγιστη δυνατή διαφοροποίηση του δείγματος με στόχο την ανάπτυξη και διασαφήνιση των κατηγοριών που αναδύονταν. Το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς με διαφορετικά προβλήματα υγείας με διαφορετικές διαδρομές και οι οποίοι νοση-

λεύτηκαν σε διάφορα είδη ΜΕΘ: γενικές ΜΕΘ, ΜΕΘ εμφραγμάτων και καρδιοχειρουργικές.

Το πλαίσιο των συνεντεύξεων ήταν η οικία των συμμετεχόντων για 8 όπως και ανοιχτοί χώροι για 13 που επιλέχθηκαν από τους ίδιους. Οι συμμετέχοντες σημείωναν την άνετη ατμόσφαιρα και θετική αλληλεπίδραση, που τους διευκόλυναν να αγγίξουν και να αφηγηθούν τα βιώματα τους. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρόντες ήταν μόνο η ερευνήτρια και ο εκάστοτε συμμετέχοντας. εκτός από τρεις περιπτώσεις που παρευρίσκονταν οι σύζυγοι. Στη μία περίπτωση ο σύζυγος έκανε παρεμβάσεις που όμως γρήγορα κατανόησε την θέση του, στις άλλες δύο οι σύζυγοι παρακολουθούσαν χωρίς να παρεμβαίνουν. Και στις τρεις περιπτώσεις παρευρίσκονταν με την άδεια των συμμετεχόντων καθώς ήταν και η επιθυμία τους.

Όσον αφορά στην περιγραφή του δείγματος από τους 21 συμμετέχοντες (12 άνδρες και 9 γυναίκες), ηλικίας 26-62 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 50,3 +11,3 έτη εκ των οποίων οι 13 νοσηλεύτηκαν σε γενική μονάδα με διάφορα νοσήματα / πολυτραυματίες και οι 8 σε καρδιολογικές μονάδες (εμφραγματίες / καρδιοχειρουργημένοι). Σχετικά με τη συλλογή δεδομένων διενεργήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη με οδηγό ανοιχτού τύπου ερωτήσεων, που τροποποιήθηκαν μετά από τις τρεις πρώτες συνεντεύξεις. Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν για την καταγραφή του περιεχομένου τους. Η διάρκεια των συνεντεύξεων διήρκεσε με ελάχιστο 71' και μέγιστο τις 2.30 ώρες.

Καταγράφηκαν επίσης σκέψεις και σχόλια της ερευνήτριας που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων στο ημερολόγιο έρευνας. Επίσης χορηγήθηκαν τα ψυχομετρικά εργαλεία για τον προσδιορισμό των ενδείξεων μετατραυματικής ανάπτυξης, μετατραυματικής έκπτωσης και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTGI-42 και IES-R αντίστοιχα), ο δείκτης του στρες (*Index*), καθώς και το ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των συμμετεχόντων.

Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε 2,5 έτη. Στη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας δεν επαναλήφθηκαν συνεντεύξεις, εκτός από μία περίπτωση όπου υπήρξε μια δεύτερη επικοινωνία με σκοπό τη διευκρίνιση πληροφοριών που αφορούσαν την φαρμακευτική αγωγή της συμμετέχουσας. Οι απομαγνητοφωνήσεις δεν δόθηκαν στους συμμετέχοντες για σχολιασμό ή πιθανές διορθώσεις. Η ερευνητική διαδικασία ολοκληρώθηκε όταν επήλθε κορεσμός των ποιοτικών δεδομένων και τα επιπλέον δεδομένα δεν πρόσθεταν νέα γνώση στο υπό μελέτη φαινόμενο.

Στην *ανάλυση των δεδομένων* συμμετείχαν τρεις ανεξάρτητες ερευνήτριες. Εκτός της ερευνήτριας η δεύτερη ήταν η επιβλέπουσα της έρευνας ψυχολόγος/Ακαδημαϊκός με μακρόχρονη εμπειρία στην οργάνωση και διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών και η τρίτη κλινική ψυχολόγος με εμπειρία στη διεξαγωγή των ποιοτικών ερευνών σε σχετικά πεδία. Οι τελικές θεματικές κατηγορίες με τις αντίστοιχες υποκατηγορίες και τα συστατικά στοιχεία της τελικής δομής του βιώματος περιγράφονται αναλυτικά στο ειδικό μέρος, στα αποτελέσματα ποιοτικών δεδομένων.

Οι κατηγορίες που προέκυψαν αναδύθηκαν από τα δεδομένα και τροποποιήθηκαν βάσει των εκάστοτε συνεντεύξεων χωρίς να δοθεί ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες. Κατά την ανάλυση των δεδομένων για την καλύτερη οργάνωση και διαχείρισή τους χρησιμοποιήθηκε λογισμικό πακέτο NVivo10.

Όσον αφορά στην *υποβολή έκθεσης δεδομένων* κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων παρατέθηκαν αποσπάσματα των αφηγήσεων, στο τέλος των οποίων σε παρένθεση τέθηκε ένας αριθμός που δόθηκε σε κάθε συμμετέχοντα για τη διαφύλαξη του απορρήτου της ταυτότητάς τους. Οι θεματικές κατηγορίες καθώς και η δομή που αναδύθηκαν από τα δεδομένα α) η νοσηλεία στη ΜΕΘ, β) το πρόβλημα υγείας και γ) οι αλλαγές, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του ερευνητικού στόχου και στην εις βάθος κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου.

8.4 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα εμπεριέχει αναμφισβήτητα και έναν αριθμό περιορισμών. Αν και η έρευνα είχε ως στόχο την όσο το δυνατόν εις βάθος διερεύνηση του βιώματος της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, δεν επιδιώκει τη γενίκευση των ευρημάτων που αναδύθηκαν στο σύνολο του πληθυσμού των νοσηλευθέντων στις ΜΕΘ. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε βάσει συγκεκριμένων στόχων προκειμένου να εξασφαλιστούν περιπτώσεις πλούσιες σε πληροφορίες.

Λόγω της φύσης του υπό διερεύνηση θέματος χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία που βοηθά στην ανίχνευση των καταλληλότερων συμμετεχόντων. Η επιλογή συμμετεχόντων από ΜΕΘ των Αθηνών διευκόλυνε στην ανίχνευση του δείγματος, επηρεάζοντας ενδεχομένως την εφαρμοσιμότητα των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ομάδες ασθενών ΜΕΘ εκτός Αττικής.

Επίσης, ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν μικρός (21 συμμετέχοντες), για το ποσοτικό σκέλος της μελέτης, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελε-

σμάτων στον γενικό πληθυσμό των ΜΕΘ. Επιπλέον η πλειοψηφία των συμμετεχόντων διέμενε σε αστική περιοχή, γεγονός που ενδέχεται να διαφοροποιεί κάποιες πτυχές της εμπειρίας τους από εκείνους που ζουν σε επαρχιακές πόλεις ή χωριά.

Γενικότερα, ο εντοπισμός του δείγματος ήταν ιδιαίτερα δύσκολος λόγω αυξημένης θνησιμότητας τόσο στις ΜΕΘ όσο και σε αυτούς που εξήλθαν, επιπλέον δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία λόγω λανθασμένων ή ελλιπώς καταγεγραμμένων στοιχείων επικοινωνίας. Τελικά, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών αποκλείονταν από την έρευνα με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουμε το βίωμά τους και τις επιπτώσεις που είχε στη ζωή τους. Ενδεχομένως να υπήρχαν πτυχές της εμπειρίας που δεν αναγνωρίστηκαν γεγονός που ίσως να διαφοροποιούσε τα συμπεράσματα της έρευνας.

Επίσης ο περιορισμένος αριθμός των συμμετεχόντων όσον αφορά το ποσοτικό μέρος της μελέτης και η εστίαση σε άτομα συγκεκριμένου ηλικιακού φάσματος, θα μπορούσε να αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό όσον αφορά στην εφαρμοσιμότητα της μελέτης και γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Η άρνηση κάποιων ατόμων να συμμετάσχουν στην έρευνα, όπως αναλύθηκε στην περιγραφή του δείγματος, πιθανόν να αποτελεί ένδειξη αποφυγής των τραυματικών βιωμάτων τους, γεγονός που θα μπορούσε να αποσαφηνιστεί μέσα από τη διεξαγωγή συνέντευξης μαζί τους.

Μεθοδολογικά ζητήματα αναφέρονται επίσης σχετικά με την πιστότητα των αναμνήσεων των ασθενών οι οποίοι καλούνται να αφηγηθούν την εμπειρία τους αναδρομικά. Τα δεδομένα ενδεχομένως να έχουν αλλοιωθεί εξαιτίας του χρόνου που έχει παρέλθει (7,5 μήνες-4 έτη) αλλά και των πιθανών αλλαγών και γεγονότων στη ζωή τους, που μπορεί να έχουν μεσολαβήσει. Ωστόσο αν και η αναδρομική προσέγγιση υπόκειται σε κενά μνήμης καθώς και πιθανή συνειδητή ή ασυνείδητη διαστρέβλωση της πραγματικότητας, στόχος της παρούσας έρευνας και της φαινομενολογικής προσέγγισης ήταν η καταγραφή του υποκειμενικού βιώματος των ασθενών, δηλαδή στο τι και πως θυμούνται και αφηγούνται το βίωμά τους. Χωρίς αμφιβολία η αφήγησή τους φαίνεται ότι επηρεάζεται από επιδράσεις τόσο από τον χρόνο και τα γεγονότα όσο και από την κατάσταση στην οποία βρίσκονταν κατά τη λήψη της συνέντευξης.

Κατά τη φάση ανάλυσης και ερμηνείας των δεδομένων ενδέχεται να δημιουργήθηκαν επίσης μεροληψίες. Η μακρόχρονη εμπειρία της ερευνήτριας στο χώρο της Νοσηλευτικής και οι ήδη υπάρχουσες αντιλήψεις και προσωπικές εμπειρίες της στο συγκεκριμένο θέμα πιθανόν να επηρέασαν σε κάποιο βαθμό τις σχετικές θεματικές

κατηγορίες που αναδύθηκαν από τα ποιοτικά δεδομένα. Ο κίνδυνος αυτός μειώθηκε αφενός μεν με τη μελέτη της βιβλιογραφίας και τη συγγραφή του γενικού μέρους της παρούσας μελέτης μετά την ολοκλήρωση της ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων, αφετέρου δε, με τη συμβολή της ομάδας ανεξάρτητων ερευνητών. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώθηκαν οι θεματικές κατηγορίες και η τελική δομή του φαινομένου με πολύ υψηλό ποσοστό συμφωνίας.

Η εφαρμογή της τριγωνοποίησης και συγκεκριμένα η τριγωνοποίηση μεταξύ των μεθόδων αλλά και η διασταύρωση ομάδας ερευνητριών κατά την ανάλυση των δεδομένων είχε σκοπό τόσο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου των μεροληψιών όσο και τη διασφάλιση της πιστότητας, της σταθερότητας. Επίσης από την ερευνήτρια τηρήθηκε και ημερολόγιο για τη λεπτομερή και ακριβή καταγραφή αντιδράσεων και εντυπώσεων.

8.5 Πλεονεκτήματα της έρευνας

Παρά τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν η παρούσα μελέτη παρουσιάζει μια σειρά από πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, ήταν μια μικτή έρευνα που σκοπό είχε να συνδυάσει τον ποιοτικό και ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό και τη σύγκλιση των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων με αποτέλεσμα την πληρέστερη και εγκυρότερη εικόνα του βιώματος των συμμετεχόντων. Μέσα από τις συνεντεύξεις δόθηκε η ευκαιρία στην ερευνήτρια να διευρύνει την κατανόηση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης με την διαφώτιση πτυχών του. Επίσης να διερευνηθούν διεργασίες και παράμετροι που συντελούν στην εμφάνισή του.

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων προήρθε από ένα σημαντικό αριθμό συνεντεύξεων από 21 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε διαφορετικές μονάδες (γεν ΜΕΘ, καρδιολογικές, κέντρο αποκατάστασης, ΕΚΑ) με ποικίλα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Επιτεύχθηκε συλλογή από πλούσιες περιγραφές των εμπειριών που φωτίζουν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης. Ένα πρόσθετο πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι διερευνήθηκε στο ίδιο δείγμα η σχέση μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης, με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Σκοπός επίσης ήταν να διερευνηθεί και να διαφωτιστεί ο σύνθετος τρόπος με το οποίο φαίνεται να σχετίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη/έκπτωση με άλλους δείκτες προσαρμογής ή παραμέτρους με την πάροδο του

χρόνου.

Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων της παρούσας μελέτης έγινε με την χρήση αξιόπιστων και έγκυρων ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε έρευνες στον χώρο της ψυχολογίας. Επιπλέον, ακολουθήθηκε επίσημο πρωτόκολλο για τη μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου που δεν υπήρχε στην ελληνική γλώσσα. Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο PTGI-42 που περιλαμβάνει τις θετικές και τις αρνητικές αλλαγές, μετά από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή ατύχημα, το οποίο δεν είχε έως τώρα χρησιμοποιηθεί επίσημα σε ελληνικό πληθυσμό. Αν και το δείγμα ήταν μικρό τα ποσοτικά αποτελέσματα δείχνουν ισχυρές τάσεις και συσχετίσεις που θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθούν με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων ελήφθησαν υπόψη τόσο οι περιορισμοί όσο και τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η παρούσα μελέτη. Οι περιορισμοί αξιολογήθηκαν ως μη ικανοί να εμποδίσουν τη δυνατότητα κατανόησης και ανάδειξης των πτυχών του βιώματος και του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης. Τέλος, οι περιορισμοί και τα πλεονεκτήματα αποτέλεσαν την αφετηρία για να διατυπωθούν προτάσεις για τη διενέργεια μελλοντικών ερευνών.

8.6 Συμπεράσματα

8.6.1 Η συμβολή της παρούσας έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη απόπειρα στον ελληνικό χώρο να διερευνηθεί σε βάθος η εμπειρία της νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ και η συμβολή της στην εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωσης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποτυπώνουν τις θετικές και αρνητικές εμπειρίες των ασθενών σε όλη τη διαδρομή των ασθενών από την εμφάνιση του προβλήματος της υγείας, την εισαγωγή και νοσηλεία στη ΜΕΘ έως και μετά την έξοδο κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης και αποκατάστασης, δίνοντας έμφαση στις αλλαγές από τις επιπτώσεις της ασθένειας/νοσηλείας. Εστιάζονται κυρίως σε ότι αφορά στις ενδείξεις μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματική έκπτωσης.

Η χρησιμότητα της παρούσας έρευνας σε γενικές γραμμές έγκειται στη διαφώτιση πτυχών του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης / έκπτωσης μέσα από τις αφηγήσεις των ασθενών, τις διεργασίες, το πώς είναι δηλαδή, να βιώνουν αλλαγές στη ζωή τους λόγω απειλητικού για τη ζωή τους νοσήματος ή ατυχήματος και της νοσηλείας τους σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα αυτά

συνεισφέρουν στην ανάπτυξη κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας και οργάνωση υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών σε όλες τις φάσεις της νοσηλείας και αποκατάστασης της υγείας τους.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ευρήματα άλλων ερευνών υπογραμμίζοντας την σύνδεση του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης/έκπτωσης με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Λίγα είναι γνωστά για την μετατραυματική έκπτωση σε επιζώντες ενός κρίσιμου για τη ζωή προβλήματος υγείας

Επιβεβαιώνονται επίσης ευρήματα που αφορούν τις διεργασίες συνειδητοποίησης και νοηματοδότησης του προβλήματος της υγείας αλλά και της εμπειρίας συνολικά μέσα στο πλαίσιο νοσηλείας στις ΜΕΘ αλλά και σε όλη τη διαδρομή των συμμετεχόντων έως και πολύ μετά από την επιστροφή στο σπίτι τους

Μέσα από τις περιγραφές των νοσηλευθέντων επιβεβαιώθηκε ο καταλυτικός ρόλος των παραγόντων που προωθούν ή αναστέλλουν την εξέλιξη της μετατραυματικής ανάπτυξης και την εμφάνιση της μετατραυματικής έκπτωσης.

Στους τομείς που προάγει η παρούσα έρευνα τη γνώση σημειώνονται τα εξής: Η πρωτοτυπία της έγκειται στο ότι δεν εντοπίστηκε έως σήμερα στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία η εκπόνηση ανάλογης μικτής μελέτης. Αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης του βιώματος της μετατραυματικής ανάπτυξης και της έκπτωσης (θετικές και αρνητικές αλλαγές) μέσα από τις αφηγήσεις των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις ΜΕΘ. Εμπλουτίζει επίσης την υπάρχουσα βιβλιογραφία με νέα ευρήματά σε ένα θέμα που έχει ελάχιστα διερευνηθεί μέχρι τώρα. Συγκεκριμένα, ανέδειξε για πρώτη φορά με αναλυτικό τρόπο τις διεργασίες που συνδέουν την εκδήλωση μετατραυματικής ανάπτυξης / έκπτωσης με τη νοσηλεία των ασθενών στις ΜΕΘ.

Οι ΜΕΘ αποτελούν το πλαίσιο όπου βιώνονται γεγονότα που συντελούν στην εκδήλωση μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης. Η νοσηλεία στις ΜΕΘ ενισχύει την αίσθηση της απειλής για τη ζωή στους νοσηλευθέντες τόσο όταν είναι σε συνείδηση όσο και όταν δέχονται πληροφόρηση εκ των υστέρων. Ο βαθμός στον οποίο διαφορετικά άτομα εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη ποικίλλει. Οι τραυματικές εμπειρίες και οι μετατραυματικές επιπτώσεις είναι ποικίλες και μοναδικές για κάθε άτομο, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν διαφορετικού βαθμού θετική ανάπτυξη και λιγότεροι μετατραυματική έκπτωση.

Στο πλαίσιο της νοηματοδότησης διαφωτίστηκε επίσης ο τρόπος που κατανοούσαν και νοηματοδοτούσαν την εμπειρία τους οι νοσηλευθέντες στις διάφορες φάσεις στη

διαδρομή τους από την ΜΕΘ έως και την αποκατάσταση του προβλήματος υγείας του καθώς και την ένταξή του στην ιστορία της ζωής τους.

Η παρούσα έρευνα έριξε φως σε μια ελάχιστα διερευνημένη πτυχή, στην επίδραση παραγόντων που σχετίζονται με την μετατραυματική ανάπτυξη και έκπτωση. Τα γεγονότα πριν από την απειλητική ασθένεια/ατύχημα και κατά και μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ φαίνεται να επηρεάζουν την κατανόηση και νοηματοδότηση της εμπειρίας συμβάλλοντας στην εμφάνιση ή την αναστολή τη μετατραυματικής ανάπτυξης καθώς και στην εμφάνιση της μετατραυματικής έκπτωσης. Μεταξύ αυτών των παραγόντων, ιδιαίτερη θέση έχουν η πνευματικότητα, η θρησκευτικότητα και η πίστη, καθώς και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα και διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης που άλλοτε συμβάλλει στην μετατραυματική ανάπτυξη, και όταν απουσιάζει, επηρεάζει την ανάπτυξη πτυχών της μετατραυματικής έκπτωσης.

Τέλος, η παρούσα έρευνα έριξε φως σε ένα ελάχιστα διερευνημένο πεδίο, των μεταφυσικών εμπειριών, αναδεικνύοντας πώς η συμβολή αυτών των εμπειριών κοντά στο θάνατο αποτελούν έναυσμα ριζικών αλλαγών στην ζωή των ατόμων.

8.6.2 Προτάσεις για το σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας ανέδειξε την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης του συγκεκριμένου θέματος, ώστε να δοθούν νέα ερεθίσματα για το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ και αντιμετωπίζουν τις επιπτώσεις από την νοσηλεία τους.

Για την αύξηση των δεδομένων σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών από μια βαριά και απειλητική ασθένεια και νοσηλεία στις ΜΕΘ, είναι απαραίτητες προοπτικές μελέτες που διερευνούν πώς η εμπειρία των ατόμων εξελίσσεται και πώς νοηματοδοτείται με την πάροδο του χρόνου (από την εμφάνιση της ασθένειας / ατύχημα, τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και τη φροντίδα στην οικία τους), και πώς συμβάλουν στην ανάπτυξη μετατραυματικής ανάπτυξης/έκπτωσης. Επίσης ανοίγει ένα πεδίο διερεύνησης όσον αφορά τις διαφορετικές διαδρομές ομάδων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε διαφορετικές μονάδες με διαφορετικά προβλήματα υγείας.

Επίσης, ποιοτικές έρευνες θα είχε ενδιαφέρον να εμβαθύνουν στο βίωμα των διαφορών ανάμεσα σε ασθενείς που είναι σε εγρήγορση και ασθενείς σε καταστολή σε συνάρτηση με το πλαίσιο νοσηλείας (ΜΕΘ).

Επιπλέον, οι διαχρονικές έρευνες θα επιτρέψουν την εξέταση της σταθερότητας του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης

καθώς και των μεταβολών τους στην πάροδο του χρόνου.

Η διενέργεια περισσότερων μικτών μελετών με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων μπορεί να δώσουν την ευκαιρία στους ερευνητές να διευρύνουν την κατανόηση της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης με μεγαλύτερη πληρότητα καθώς και τη σχέση της με άλλους δείκτες προσαρμογής.

Επίσης αναφορικά με τον σχεδιασμό μελλοντικών μελετών που εξετάζουν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενδιαφέρον θα ήταν να συμπεριλαμβάνονται και ομάδες ελέγχου με ασθενείς που δεν νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ αλλά αντιμετώπισαν απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή ατύχημα, ώστε να εξετάζεται κατά πόσο οι αναφορές ανάπτυξης οφείλονται όντως στην εμπειρία της νοσηλείας στις ΜΕΘ ή της απειλητικής ασθένειας. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν στις μελλοντικές έρευνες και οι οικογένειες. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να εξεταστεί αν οι αυτοαναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης από τους νοσηλευθέντες γίνονται αντιληπτές αναγνωρίζονται ως τέτοιες και από την οικογένεια τους, αλλά και σε πιο βαθμό συγκλίνουν μεταξύ τους.

Σημαντικό θα ήταν επίσης να μελετηθεί σε μεγαλύτερο βάθος ποιοι και πώς επιδρούν διάφοροι παράγοντες στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης/έκπτωσης μέσα στον χρόνο καθώς και η σταθερότητά τους. Η συνεχής αμφίδρομη σχέση της έρευνας με την κλινική εμπειρία θα επέτρεπε στους ερευνητές να σχεδιάσουν μελέτες παρέμβασης, ώστε να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση της μετατραυματικής ανάπτυξης και τη μείωση της μετατραυματικής έκπτωσης, αλλά και της διαταραχής του μετατραυματικού στρες μετά από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων συνήθως αφορούν στη διάγνωση και την θεραπεία ενώ η περίοδος κατά και μετά την ολοκλήρωση της αποκατάστασης δεν έχει μελετηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα.

Τέλος, αντικείμενο ενδιαφέροντος μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να αποτελέσει η μελέτη της εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται στις ΜΕΘ, σε δομές αποκατάστασης, αλλά και σε προγράμματα που φροντίζουν ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους στις ΜΕΘ και οι επιπτώσεις αυτής της ενασχόλησης σε πτυχές της προσωπικής τους μετατραυματικής ανάπτυξης ή/και έκπτωσης.

8.6.3 Προτάσεις για τον σχεδιασμό κλινικών παρεμβάσεων

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορεί να αποτελέσουν αφετηρία για τη διατύπωση προτάσεων στην κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας αλλά και στον σχεδιασμό ψυχο-εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων.

Επίσης κρίνεται αναγκαίο να σχεδιαστούν συστηματικά μοντέλα φροντίδας και παρεμβάσεις οι οποίες να απευθύνονται όχι μόνο στους ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ αλλά και σε εκείνους που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και έχουν επιστρέψει στην καθημερινότητά τους, αντιμετωπίζοντας ωστόσο, τις μακροχρόνιες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της απειλητικής ασθένειας ή ατυχήματος και της νοσηλείας στη ΜΕΘ.

Η συνεχής παροχή στήριξης και φροντίδας κατά την ολοκλήρωση αποκατάστασης με τη διαμόρφωση εξειδικευμένων προγραμμάτων με γνώμονα τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών θα ήταν πολύ ωφέλιμο. Ως εκ τούτου, πρέπει να καθιερωθούν «μοντέλα φροντίδας» σε ολόκληρη την τροχιά της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας / ατυχήματος, που περιλαμβάνουν υπηρεσίες, κλινικές παρακολούθησης που αποβλέπουν στην οργανική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ατόμων. Επιπρόσθετα, απαιτούνται κοινοτικά προγράμματα όπως οι ομάδες υποστήριξης για τους επιζώντες οι οποίες μπορεί να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν νέα ταυτότητα και νόημα στη ζωή τους.

Επομένως, δεν αρκεί να εφαρμόζονται παρεμβάσεις που μειώνουν τους κινδύνους για στρες και άλλων αρνητικών ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων αλλά χρειάζεται να σχεδιάζονται ψυχο-εκπαιδευτικά και συμβουλευτικά προγράμματα που αποσκοπούν στην ενίσχυση των παραγόντων προαγωγής μετατραυματικής ανάπτυξης, καθώς και πρόληψης ή μείωσης της μετατραυματικής έκπτωσης και της διαταραχής του μετατραυματικού στρες.

Στοχευμένες παρεμβάσεις όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η αφηγηματική ανάπτυξη σε μια πιο αποτελεσματική αλληλουχία, θα μπορούσαν να αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των στοιχείων εκείνων που διευκολύνουν τους ασθενείς να αναπτύξουν πτυχές της μετατραυματικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν: α) Τη διαχείριση της συναισθηματικής δυσφορίας με την χρήση τεχνικών μείωσης του άγχους όπως πρακτικές χαλάρωσης σωματικής άσκησης, αναψυχής και καλλιτεχνικής έκφρασης, β) Τη διευκόλυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης μέσω της αφήγησης με άλλους (π.χ. έναν έμπιστο σύντροφο, έναν/μια ψυχολόγο, μια ομάδα άλλων ασθενών)

Η υποστήριξη από τους άλλους μπορεί να είναι ένας ιδιαίτερα ισχυρός τρόπος αποκάλυψης, καθώς αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια σύνδεση με ένα βοηθητικό περιβάλλον που τους επιτρέπει να μιλούν για την ιστορία τους αναπτύσσοντας συγχρόνως ασφαλείς και οικείες σχέσεις. Άλλωστε η αφηγηματική θεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη νέων νοημάτων, τα οποία είναι κρίσιμα στη διευκόλυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης αλλά και την υποστήριξη της συναισθηματικής και νοητικής επεξεργασίας.

γ) Τη στήριξη συντρόφων (φίλοι ή μέλη της οικογένειας) που πρέπει να ενημερωθούν, να εκπαιδευτούν και να στηριχθούν κατάλληλα ώστε να εμπλέκονται ενεργά και αποτελεσματικά στην ενδυνάμωση των παραπάνω ασθενών. Η καθοδήγηση των συντρόφων με την άμεση και συχνή αλληλεπίδραση από διεπαγγελματική ομάδα εντατικής θεραπείας πριν από την έξοδο των ασθενών από τη ΜΕΘ θα δημιουργούσε ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την ενίσχυση της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Σημαντική είναι η συμβολή θεραπευτικών τεχνικών και παρεμβάσεων όπως α) της Γνωσιακής Θεραπείας, β) της μεθόδου EMDR (απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων) για τη διαχείριση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και γ) της ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με το πώς η ασθένεια, το ντελίριο και το περιβάλλον της ΜΕΘ επηρεάζουν την ψυχική υγεία και της κατανόησης των ψευδαισθήσεων, αναδρομών, και της αιτιολογίας τους.

Επιπλέον, είναι εξίσου σημαντική η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στη ΜΕΘ με υιοθέτηση μεταβολών στο φυσικό της περιβάλλον (π.χ. χαμηλός φωτισμός, μείωση του θορύβου, έκθεση στο ηλιακό φως, χρησιμοποίηση μουσικής, θέαση από τα παράθυρα) καθώς και οργάνωση φιλικών δωματίων με φωτογραφίες, κάρτες, διακοσμητικά αντικείμενα προσφιλή στον ασθενή. Εξίσου σημαντική είναι και η χαλαρή πολιτική επισκέψεων στις ΜΕΘ και διευκόλυνση πρόσβασης στα μέλη της οικογένειας

Μια ακόμα μέθοδος είναι η τήρηση “ημερολογίου ΜΕΘ” και η δημιουργία ενός χρονοδιαγράμματος σε μορφή αφήγησης της εμπειρίας του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας, για να συμπληρωθούν τα κενά των αναμνήσεών του αλλά και για να συνδεθούν χρονολογικά τα γεγονότα που έζησε. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να συμβάλλουν στη γνωστική επεξεργασία της τραυματικής εμπειρίας βοηθώντας τον ασθενή στην κατανόηση και στην ενσωμάτωση των εμπειριών του στο αφήγημα της ζωής του και τελικά στην καλλιέργεια της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Μια άλλη μέθοδος παρέμβασης είναι και η οργάνωση δια ζώσης επισκεψής των

ασθενών στο χώρο νοσηλείας της ΜΕΘ καθώς και συνάντηση με τους επαγγελματίες υγείας που τους φρόντιζαν, με την παράλληλη χρήση εικόνων ή βίντεο μπορούν να βοηθήσουν στην “επεξεργασία” των τραυματικών αναμνήσεων και τη διόρθωση διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων.

Τέλος, απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την ευαισθητοποίηση και κατανόηση της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, των συνεπειών της νοσηλείας στις ΜΕΘ και της διαχείρισής τους, για όλους όσους εμπλέκονται στη φροντίδα αυτών των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών και άλλων ατόμων (πχ. εθελοντές κ.α.) που παρέχουν φροντίδα στην κοινότητα, έχουν συχνά πολύ περιορισμένη γνώση των επιπτώσεων της βαρειάς ασθένειας. Οι γνώσεις αλλά και η συνειδητοποίηση σχετικά με τα θέματα αυτά, θα έδιναν τη δυνατότητα σε όλους τους ενδιαφερόμενους να βοηθήσουν τους νοσηλευθέντες στις ΜΕΘ στη μετάβαση τους στις διάφορες φάσεις της φροντίδας, αποκατάστασης του προβλήματος υγείας και της ζωής τους.

8.7 Επίλογος: Η διαδρομή της ερευνήτριας

Η εκπόνηση μιας διδακτορικής διατριβής αποτελεί αναμφισβήτητα, ένα ταξίδι, ένα προορισμό. Ήταν μια διαδρομή με ευχάριστες εκπλήξεις, υπαρξιακές αναζητήσεις και απαντήσεις αλλά και απρόσμενες δυσκολίες, με αγωνίες, κακοτοπιές, αναπάντεχες χαρές, βαθιά συγκίνηση, ικανοποίηση, δύναμη και αυτογνωσία αλλά και στο τέλος μια ανακούφιση και βαθιά ικανοποίηση, ότι η αποστολή επετεύχθη. Έφτασα στον προορισμό μου. Η αφορμή για τη διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος γεννήθηκε στο πλαίσιο πολλών γεγονότων προσωπικών και επαγγελματικών.

Στα πρώτα στάδια της έρευνας κυριάρχησαν η αγωνία, η απογοήτευση και η αβεβαιότητα λόγω της δυσκολίας ανεύρεσης συμμετεχόντων. Την αρχική πίεση διαδέχθηκαν θετικά συναισθήματα, όπως η ανακούφιση, η χαρά και ο ενθουσιασμός, η ανυπομονησία, κάτι καινούργιο είχα να κάνω και να μάθω, αφού οι συμμετέχοντες που ανταποκρίθηκαν, μοιράστηκαν μαζί μου γενναιόδωρα τις τραυματικές εμπειρίες τους.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρούσα τις συναισθηματικές εναλλαγές τους. Άλλοτε ακούγοντάς τους να αφηγούνται αναδύονταν η εικόνα ενός δυνατού ανθρώπου που επιβιώνει στις κακουχίες και στις ανυπέρβλητες συχνά δυσκολίες και άλλοτε ενός βασανισμένου με τιτάνιο αγώνα και δυνατή επιθυμία να

επιστρέφει και να πάρει τη ζωή του πίσω.

Η έκφραση στο πρόσωπό τους, η θλίψη στα μάτια τους, η στάση του σώματός τους, τα λόγια τους, η εύγλωττη σιωπή τους, η χροιά της φωνής τους, δονούσαν τις χορδές της ψυχής μου, με παρακινούσαν και με καλούσαν να τους ακολουθήσω στην διαδρομή τους. Γινόμουν κοινωνός στο βίωμά τους. Ένα κύμα συναισθημάτων με κατέκλυζε σε κάθε συνέντευξη. Αισθάνθηκα την αγωνία, τον φόβο θανάτου, τον πόνο, την θλίψη, την πίκρα, τον θυμό, την απογοήτευση και την αμφιβολία, τη ματαίωση αλλά και την ικανοποίηση, την χαρά, πίστη και ελπίδα, την δύναμη, την αυτοεπιβεβαίωση, την ευγνωμοσύνη, τη μοναξιά και την ανημποριά τους όταν έρχονταν αντιμέτωποι με τις αρνητικές συνέπειες της νοσηλείας τους.

Έφευγα από τις συνεντεύξεις συγκλονισμένη, πλημμυρισμένη από συναισθήματα και εντυπώσεις. Δεν περπατούσα αλλά πετούσα, με την σκέψη ότι όλα πήγαν καλά και με την αίσθηση ότι είχα πολλή δουλειά και ευθύνη, κρατούσα στην αγκαλιά μου ένα τεράστιο «δώρο».

Ενδιαφέρον είχε ότι κατά τη διενέργεια της συλλογής των δεδομένων οι συμμετέχοντες με την αφήγηση του βιώματός τους συνειδητοποιούσαν πτυχές, που μέχρι εκείνη τη στιγμή παρέμεναν ασυνείδητες. Δεν είχαν μιλήσει για πολύ καιρό για τα βιώματά τους γιατί δεν είχαν την ευκαιρία να τα μοιραστούν με τους άλλους (δεν θέλουν να ακούν οι άλλοι).

Παρά τις θεωρητικές γνώσεις και την κλινική εμπειρία που διέθετα σχετικά με την φροντίδα των ασθενών στη ΜΕΘ αλλά και μετά την έξοδο τους, οι αφηγήσεις που περιέγραφαν το προσωπικό τους βίωμα με βοήθησαν να αντιληφθώ σε βάθος και έκταση το φαινόμενο. Η γενική δομή και οι θεματικές κατηγορίες που αναδύθηκαν αποτελούν το τελικό προϊόν μιας αναζήτησης που θεωρώ ότι με πλούτισε ερευνητικά, ψυχικά και πνευματικά αλλά και με άγγιξε θεραπευτικά, αφού μέσα από την αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες άλλαξα αμετάκλητα ως άνθρωπος αλλά και ως επαγγελματίας υγείας και εκπαιδευτικός.

Ως καταστάλαγμα σημειώνω το τεράστιο όφελος ότι μπορώ να αισθάνομαι περισσότερο δυνατή αλλά και ευαίσθητη, με κατανόηση βαθιά του πόνου, και να διαθέτω μια διευρυμένη διεισδυτική ματιά στο βίωμα και στις ανάγκες αυτών των ανθρώπων. Θεωρώ πλέον ότι η ανθρώπινη ζωή είναι μια πορεία ένας προορισμός, γεμάτη εναλλαγές καλές/θεραπευτικές και κακές/τραυματικές. Ο αγώνας για την επιβίωση είναι σκληρός, επίπονος αλλά εφικτός, με καρπούς την ψυχική δύναμη, την αποδοχή των καλών και των κακών που έρχονται στη ζωή μας, την αξία της ζωής, την

σοφία, την συμπόνια και την ανθρωπιά. Τελικά η ζωή και ο θάνατος είναι οι όψεις του ίδιου νομίσματος. Όσο πιο πολύ προσεγγίζεις και κατανοείς τον θάνατο τόσο πιο βαθιά αγαπάς και εκτιμάς την ζωή. Ευγνωμονώ την Θεία Πρόνοια που είχα την ευλογία να γίνω «κοινωνός» σε όλα αυτά τα συγκλονιστικά βιώματα και να γίνουν «οδηγοί» και «σύμβουλοι» στην μετέπειτα ζωή μου.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εις βάθος διερεύνηση της εμπειρίας της μετα-τραυματικής ανάπτυξης που βίωσαν άτομα που νοσηλεύθηκαν στις ΜΕΘ λόγω απειλητικής ασθένειας ή τραυματισμού καθώς και της συσχέτισης με ενδείξεις διαταραχής μετατραυματικού στρες. Πέντε ερευνητικά ερωτήματα τέθηκαν: 1) Πώς βίωσαν την κρισιμότητα της κατάστασης υγείας τους και την νοσηλεία στη ΜΕΘ; 2) Πώς βίωσαν και νοηματοδότησαν το πρόβλημα της υγείας τους; 3) Αν και πώς άλλαξε ο τρόπος που αντιλήφθηκαν τον εαυτό τους, τους άλλους και τη ζωή και ποιοί παράγοντες συνέβαλαν στις αλλαγές αυτές; 4) Πώς οι αφηγήσεις τους, όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη συγκλίνουν ή διαφοροποιούνται από τις απαντήσεις τους στην κλίμακα PTGI-42; 5) Πώς σχετίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη ή/και έκπτωση με εκδηλώσεις δυνητικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες;

Υιοθετήθηκε μια μεικτή μεθοδολογία, κατεξοχήν ποιοτική. Για τον ερευνητικό σχεδιασμό και την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική φαινομενολογία σύμφωνα με αρχές ανάλυσης του Giorgi. Οι συμμετέχοντες ήταν 21 πρώην νοσηλευθέντες σε ΜΕΘ, 12 άνδρες και 9 γυναίκες, ηλικίας 26-62 ετών. Οι ποιοτικές και ποσοτικές μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων εφαρμόστηκαν παράλληλα και ταυτόχρονα. Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων και των ποσοτικών μέσω της χορήγησης των ψυχομετρικών εργαλείων εκτίμησης μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης (PTGI-42), της διαταραχής μετατραυματικού στρες (IES-R), και ενός δείκτη στρες (Stress Index).

Για τη διασφάλιση της πιστότητας των δεδομένων κατά την ανάλυση εφαρμόστηκε τριγωνοποίηση ερευνητών. Τα ποιοτικά αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν τρεις θεματικές κατηγορίες: α) το βίωμα της νοσηλείας στη ΜΕΘ β) το αντιλαμβανόμενο πρόβλημα υγείας, γ) οι μετατραυματικές αλλαγές ζωής. Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν 59,8, με υψηλότερες

τιμές στις υποκλίμακες «Προσωπική Δύναμη» και «Εκτίμηση ζωής», ενώ στην κλίμακα μετατραυματικής έκπτωσης (PTDI) ήταν 16,9, με υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες «Σχέση με τους Άλλους» και «Νέες δυνατότητες». Στην κλίμακα IES-R η συνολική βαθμολογία ήταν 27,8, με υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα των παρεισφρητικών συμπτωμάτων.

Στη σύγκλιση των αποτελεσμάτων τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων κυμαίνονταν σε υψηλά επίπεδα, ποσοστό άνω 70%, σε ό,τι αφορά στην μετατραυματική ανάπτυξη ενώ στην υποκλίμακα «Εκτίμηση της ζωής» το ποσοστό συμφωνίας ήταν 95%.

Η παρούσα μελέτη φωτίζει με νέα γνώση τις διαδικασίες ανάπτυξης μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε συνάρτηση με το βίωμα απειλητικού για τη ζωή νόσηματος/ατύχηματος και νοσηλείας στις ΜΕΘ. Παράλληλα, αναδεικνύει τις συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική έκπτωση, τους παράγοντες που τις επηρεάζουν καθώς και τις επιπτώσεις μετά την έξοδο από την ΜΕΘ. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμβάλλουν στη διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων για τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τη δημιουργία κατάλληλων παρεμβάσεων που στοχεύουν στη προαγωγή της μετατραυματικής ανάπτυξης και στη μείωση των αρνητικών παραγόντων που την αναστέλλουν.

Λέξεις κλειδιά: Εμπειρία ασθενούς στη ΜΕΘ, μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματική έκπτωση, διαταραχή μετατραυματικού στρες, επιπτώσεις μετά τη νοσηλεία ασθενούς στη ΜΕΘ, περιγραφική φαινομενολογία, ψυχολογική μέθοδος Giorgi, μικτή μέθοδος έρευνας.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

A study of posttraumatic growth in patients admitted to the intensive care unit

Summary

The purpose of the present study was to explore the post-traumatic growth experience of patients admitted to ICUs due to a life-threatening illness or injury and its correlation with post-traumatic stress disorder symptomatology. Five research questions guided the study: 1) how did participants experience the criticality of their health condition and ICU hospitalization? 2) How did they experience and attribute meaning to their health problem? 3) What changes did they experience in their perceptions of self, others, and life and which factors contributed to these changes? 4) How their posttraumatic growth and depreciation accounts converged or diverged from their responses on the PTGI-42 scale? 5) How was post-traumatic growth or depreciation related to manifestations of probable post-traumatic stress disorder?

A mixed method approach was adopted that was predominantly qualitative. The sample comprised 21 participants, 12 men and 9 women, aged 26-62 years, who were admitted to an ICU. Qualitative and quantitative data were concurrently collected through semi-structured interviews, and the administration of Psychometric Assessment of Posttraumatic Growth and Posttraumatic depreciation (PTGI-42), the Revised Impact of Events Scale (IES-R), and a Stress Index. Descriptive phenomenology, according to Giorgi's psychological method, was used as a method of qualitative data analysis. Researcher triangulation ensured the credibility of findings. Four thematic categories were identified: a) the ICU experience b) perceptions of one's health problem, c) post-traumatic changes. The total score in the post-traumatic growth scale (PTGI) was 59.8, with higher scores in the subscales «*Personal Strength*» and «*Life Appreciation*», whereas the total score in the post-traumatic depreciation scale (PTDI) was 16.9, with a higher score in the subscales «*Relationship with Others*» and «*New Possibilities*». On the IES-R scale the total score was 27.8, with a higher score on the "Intrusion" subscale.

In the convergence of findings, the agreement rates between qualitative data and

quantitative scores ranged at levels above 70%, while in the «*Life Appreciation*» subscale, the agreement rate was 95%.

The present study sheds new light on the processes that affect the development of posttraumatic growth and depreciation in light of a critical event and ICU hospitalization caused by a life-threatening illness or accident. It also highlights the conditions in which post-traumatic growth and post-traumatic depreciation develop, the contributing factors and effects on the lives of people who have been hospitalized in an ICU. Findings contribute to the formulation of empirically based recommendations for health professionals regarding the development of appropriate interventions aimed at promoting posttraumatic growth and reducing the factors that prevent it.

Keywords: ICU patient experience, post-traumatic growth, post-traumatic depreciation, post-traumatic stress disorder, post-ICU patient outcomes, descriptive phenomenology, Giorgi psychological method, mixed method research.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Abbasi, M., Mohammadi, N., Nasrabadi, A.N., Fuh, S.B., & Sadeghi, T. (2014). Re-birth after coronary bypass graft surgery: a hermeneutic-phenomenological study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 235–240. DOI: [10.5539/gjhs.v6n3p235](https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p235)
- Abdalahim, M. S., & Zeilani, R. S. (2014). Jordanian survivors' experiences of recovery from critical illness: a qualitative study. *International nursing review*, 61(4), 570–577. <https://doi.org/10.1111/inr.12142>
- Adamson, H., Murgo, M., Boyle, M., Kerr, S., Crawford, M., & Elliot, D. (2004). Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(5), 257-263. DOI: [10.1016/j.iccn.2004.06.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.06.005)
- Adhikari, N.K., Fowler, R.A., Bhagwanjee, S., & Rubenfeld, G.D. (2010). Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*, 376(9749), 1339–1346. DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)60446-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60446-1)
- Agård, A.S., Egerod, I., Tønnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(2), 105–113. DOI: [10.1016/j.iccn.2012.01.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.008)
- Aitken, L.M., Rattray, J., Hull, A., Kenardy, J.A., Le Brocque, R., & Ullman, A. J. (2013). The use of diaries in psychological recovery from intensive care. *Critical Care*, 17(6), [253]. DOI: [10.1186/cc13164](https://doi.org/10.1186/cc13164)
- Aitken, L.M., Chaboyer, W., Schuetz, M., Joyce, C., & Macfarlane, B. (2014). Health status of critically ill trauma patients. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 704–715. DOI: [10.1111/jocn.12026](https://doi.org/10.1111/jocn.12026)
- Akansel, N., & Kaymakci, S. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1581-1590. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x)

- Alasad, J.A., Tabar, N.A.& Ahmad, M.M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical care*, 30(4), pp.859-e7. doi: [10.1016/j.jcrc.2015.03.021](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021)
- Alderson, S. and McKechnie, S. (2013) Unrecognised, undertreated, pain in ICU— Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113. doi: [10.4236/ojn.2013.31014](https://doi.org/10.4236/ojn.2013.31014)
- Alikiaie, B., Mousavi, S., Ebrahimi, A., & Foroughi, Z. (2019). Evaluation of Pain Assessment and Management in Critically Ill Intubated Patients in a Referral University Hospital in Iran. *Journal of research in pharmacy practice*, 8(3), 137–142. https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_18_81
- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nursing Critical Care*, 12(3), 151-158. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x)
- Alpers, L.-M., Helseth, S., & Bergbom, I. (2012). Experiences of inner strength in critically ill patients-a hermeneutical approach. *Intensive Critical Care Nursing*, 28(3), 150-158. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.10.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.10.004)
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959-65. DOI: [10.1007/s11136-005-3866-8](https://doi.org/10.1007/s11136-005-3866-8)
- Annells, M. (1996) Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 705–713. DOI: [10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x)
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461 – 480. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arumugam, S., El-Menyar, A., Al-Hassani, A., Strandvik, G., Asim, M., Mekkodithal, A., Mudali, I., & Al-Thani, H. (2017). Delirium in the intensive care unit. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 10(1), 37–46. DOI: [10.4103/0974-2700.199520](https://doi.org/10.4103/0974-2700.199520)
- Asimakopoulou, E., Madianos, M. (2014). Depression and post-traumatic stress disorder among patients in intensive care units. *Psychiatriki*, 25(4), 257–269.

- Asimakopoulou, E., & Madianos, M. (2015). Posttraumatic stress disorder after discharge from intensive care units in greater Athens area. *Journal of Trauma Nursing*, 22(4), 209–217. DOI: [10.1097/JTN.0000000000000142](https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000142)
- Aslan, Ö., & Tosun, B. (2015). Cardiovascular Surgery Patients: Intensive Care Experiences and Associated Factors. *Asian nursing research*, 9(4), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.003>
- Ayasrah, S. M., O'Neill, T. M., Abdalrahim, M. S., Sutary, M. M., & Kharabsheh, M. S. (2014). Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients in Jordan: A Prospective Study. *International journal of health sciences*, 8(3), 287–298. <https://doi.org/10.12816/0023981>
- Backes, M.T., Erdmann, A.L., & Büscher, A. (2015). The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(3), 411–418. DOI: [10.1590/0104-1169.0568.2570](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570)
- Baker, J.M., Kelly, C., Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13(5), 450–465. DOI: [10.1080/15325020802171367](https://doi.org/10.1080/15325020802171367)
- Balas, M. C., Vasilevskis, E.E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., Peitz, G. J., & Ely, E. W. (2012). Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Critical care nurse*, 32(2), 35–48. DOI: [10.4037/ccn2012229](https://doi.org/10.4037/ccn2012229)
- Balls P. (2009). Phenomenology in nursing research: methodology, interviewing and transcribing. *Nursing times*, 105(32-33), 30–33.
- Barrington, A., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation as predictors of psychological adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 429–443. DOI: [10.1080/15325024.2012.714210](https://doi.org/10.1080/15325024.2012.714210)
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 31(21), 1709–1733. DOI: [10.1080/09638280902738441](https://doi.org/10.1080/09638280902738441)
- Battle, C. E., James, K., Bromfield, T., & Temblett, P. (2017). Predictors of post-traumatic stress disorder following critical illness: a mixed methods

- study. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), 289–293. DOI: [10.1177/1751143717713853](https://doi.org/10.1177/1751143717713853)
- Behzadi, M., Rassouli, M., Mojen, L.K., Pourhoseingholi, M.A., & Karahroudy, F.A (2018). Posttraumatic growth and its dimensions in the mothers of children with cancer. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 6(3), 209–217. PMID: [30035137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30035137/)
- Bellizzi, K.M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging & Human Development*, 58(4), 267–287. DOI: [10.2190/DC07-CPVW-4UVE-5GK0](https://doi.org/10.2190/DC07-CPVW-4UVE-5GK0)
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25(1), 47–56. DOI: [10.1037/0278-6133.25.1.47](https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.47)
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. DOI: [10.1016/j.paid.2012.01.011](https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011)
- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive & critical care nursing*, 16(6), 384–395. DOI: [10.1054/icc.2000.1520](https://doi.org/10.1054/icc.2000.1520)
- Berntzen, H., Bjørk, I.T., & Wøien, H. (2018). "Pain relieved, but still struggling"- Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgosedation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e223-e234. DOI: [10.1111/jocn.13920](https://doi.org/10.1111/jocn.13920)
- Bienvenu, O.J., & Gerstenblith, T.A. (2017). Posttraumatic stress disorder phenomena after critical illness. *Critical Care Clinics*, 33(3), 649–658. DOI: [10.1016/j.ccc.2017.03.006](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.006)
- Bienvenu, O.J., Gellar, J., Althouse, B.M., Colantuoni, E., Sricharoenchai, T., Mendez-Tellez, P.A., Shanholtz, C., Dennison, C.R., Pronovost, P.J., & Needham, D.M. (2013). Post-traumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year prospective longitudinal study. *Psychological Medicine*, 43(12), 2657–2671. DOI: [10.1017/S0033291713000214](https://doi.org/10.1017/S0033291713000214)
- Bihari, S., Doug McEvoy, R., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R.J., & Bersten, A.D. (2012). Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(3), 301–307. DOI: [10.5664/jcsm.1920](https://doi.org/10.5664/jcsm.1920)

- Bisson, J.I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Robert, N.P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *British Medical Journal*, 351, h6161 DOI: [10.1136/bmj.h6161](https://doi.org/10.1136/bmj.h6161)
- Blackie, L.E.R., Jayawickreme, E., Helzer, E.G., Forgeard, M.J.C., & Roepke, A.M. (2015). Investigating the veracity of self-perceived posttraumatic growth: a profile analysis approach to corroboration. *Social Psychological and Personality Science*, 6(7), 788–796. DOI: [10.1177/1948550615587986](https://doi.org/10.1177/1948550615587986)
- Blair, K., Eccleston, S.D., Binder, H.M., & McCarthy, M.S. (2017). Improving the patient experience by implementing an ICU diary for those at risk of post-intensive care syndrome. *Journal of Patient Experience*, 4(1), 4–9. DOI: [10.1177/2374373517692927](https://doi.org/10.1177/2374373517692927)
- Bluvstein, I., Moravchick, L., Sheps, D., Schreiber, S., & Bloch, M. (2013). Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 164–172. DOI: [10.1007/s10880-012-9318-z](https://doi.org/10.1007/s10880-012-9318-z)
- Bosson, J. V., Kelley, M. L., & Jones, G. N. (2012). Deliberate cognitive processing mediates the relation between positive religious coping and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 439–451. DOI: [10.1080/15325024.2011.650131](https://doi.org/10.1080/15325024.2011.650131)
- Bourdin, G., Barbier, J., Burle, J. F., Durante, G., Passant, S., Vincent, B., Badet, M., Bayle, F., Richard, J. C., & Guérin, C. (2010). The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study. *Respiratory care*, 55(4), 400–407. PMID: 20406506
- Burry, L., Cook, D., Herridge, M., Devlin, J. W., Fergusson, D., Meade, M., Steinberg, M., Skrobik, Y., Olafson, K., Burns, K., Dodek, P., Granton, J., Ferguson, N., Jacka, M., Tanios, M., Fowler, R., Reynolds, S., Keenan, S., Mallick, R., & Mehta, S. Canadian Critical Care Trials Group (2015). Recall of ICU Stay in Patients Managed with a Sedation Protocol or a Sedation Protocol with Daily Interruption. *Critical care medicine*, 43(10), 2180–2190. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001196>
- Boyle, C.C., Stanton, A.L., Ganz, P.A., & Bower, J.E. (2017). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter? *Psycho-oncology*, 26(6), 800–807. DOI: [10.1002/pon.4091](https://doi.org/10.1002/pon.4091)
- Bradley, S. (1995). Methodological triangulation in healthcare research. *Nurse Researcher*, 3(2), 81-89. DOI: [10.7748/nr.3.2.81.s8](https://doi.org/10.7748/nr.3.2.81.s8)

- Brinberg, D., Cook, T., & Reichardt, C. (1981). Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. *Educational Researcher*, 10(7), 29.
DOI: [10.3102/0013189X010007029](https://doi.org/10.3102/0013189X010007029)
- Briscoe, W.P., & Woodgate, R.L. (2010). Sustaining self: the lived experience of transition to long-term ventilation. *Qualitative Health Research*, 20(1), 57–67.
DOI: [10.1177/1049732309356096](https://doi.org/10.1177/1049732309356096)
- Brodsky-Israeli, M., & DeKeyser Ganz, F. (2010). Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 510–518. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05497.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05497.x)
- Broome, R. (2011). *Descriptive phenomenological psychological method*. San Francisco, California: Saybrook University.
- Bryman, A., & Becker, S. (2012). *Combining quantitative and qualitative research*. In: Becker, S., Bryman, A., & Ferguson, H. (eds.) *Understanding research for social policy and social work: themes, methods and approaches*, 2nd edition. Understanding Welfare: Social Issues, Policy and Practice Series. Policy Press, Bristol.
- Bryman, A., (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*.(επιμ. Αϊδίνης, μτφρ. Π. Σακελλαρίου) Αθήνα: Gutenberg.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279 – 287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279>
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. DOI: [10.4324/9781410602268](https://doi.org/10.4324/9781410602268)
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527.
DOI: [10.1023/A:1007745627077](https://doi.org/10.1023/A:1007745627077)
- Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. (2010). *The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations*. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1–14): John Wiley & Sons, Inc.

- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York and London: Routledge. DOI:<https://doi.org/10.4324/9780203629048>
- Campbell, D., & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, *56*(2), 81-105. DOI: [10.1037/h0046016](https://doi.org/10.1037/h0046016)
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., & Solomon D.T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, *15*(3), 151-166. DOI: [10.1080/15325020903375826](https://doi.org/10.1080/15325020903375826)
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K.N., & Danhauer, S.C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, stress, and coping*, *23*(2), 127–137. DOI: [10.1080/10615800903094273](https://doi.org/10.1080/10615800903094273)
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Triplett, K.N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C.M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, *24*(2), 137–156. DOI: [10.1080/10615806.2010.529901](https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901)
- Canevello, A., Michels, V., & Hilaire, N. (2016). Supporting close others' growth after trauma: the role of responsiveness in romantic partners' mutual posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(3), 334–342. DOI: [10.1037/tra0000084](https://doi.org/10.1037/tra0000084)
- Cao, W., Qi, X., Cai, D. A., & Han, X. (2018). Modeling posttraumatic growth among cancer patients: the roles of social support, appraisals, and adaptive coping. *Psycho-oncology*, *27*(1), 208–215. DOI: [10.1002/pon.4395](https://doi.org/10.1002/pon.4395)
- Carey, M. G., Qualls, B. W., & Burgoyne, C. (2019). Patients' perception of stressful events in the intensive care unit after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, *28*(2), 149–151. DOI: [10.4037/ajcc2019254](https://doi.org/10.4037/ajcc2019254)
- Castro, R., Angus, D.C., & Rosengart, M.R. (2011). The effect of light on critical illness. *Critical care*, *15*(2), 218. DOI: [10.1186/cc10000](https://doi.org/10.1186/cc10000)
- Chaboyer, W. & Grace, J. (2003). Following the path of ICU survivors: a quality-improvement activity. *Nursing in Critical Care*, *8*(4), 149-155. <https://doi.org/10.1046/j.1478-5153.2003.00020.x>
- Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J.P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study. *Journal of Critical Care*, *30*(3), 599–605. DOI: [10.1016/j.jcrc.2015.02.016](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016)

- Chen, C.J., Lin, C.J., Tzeng, Y.L., & Hsu, L.N. (2009). Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. *The Journal of Nursing Research, 17*(2), 93–101. DOI: [10.1097/JNR.0b013e3181a6a601](https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181a6a601)
- Chivukula, U., Hariharan, M., Rana, S., Thomas, M., & Andrew, A. (2017). Enhancing hospital well-being and minimizing intensive care unit trauma: cushioning effects of psychosocial care. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 21*(10), 640–645. DOI: [10.4103/ijccm.IJCCM_468_14](https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_468_14)
- Chlan, L., & Savik, K. (2011). Patterns of anxiety in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support. *Nursing Research, 60*(3 Suppl), S50-57 DOI: [10.1097/NNR.0b013e318216009c](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318216009c)
- Chlan, L.L., Engeland, W.C., & Savik, K. (2013). Does music influence stress in mechanically ventilated patients? *Intensive & Critical Care Nursing, 29*(3), 121–127. DOI: [10.1016/j.iccn.2012.11.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.11.001)
- Chlan, L.L., Weinert, C.R., Heiderscheit, A., Tracy, M.F., Skaar, D.J., Guttormson, J.L., & Savik, K. (2013). Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association, 309*(2), 2335–2344. DOI: [10.1001/jama.2013.5670](https://doi.org/10.1001/jama.2013.5670)
- Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Tate, J.A., Donahoe, M. P., Ren, D., Given, B. A., & Sherwood, P. R. (2014). Self-reported physical symptoms in intensive care unit (ICU) survivors: pilot exploration over four months post-ICU discharge. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(2), 257–270. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2013.03.019](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.019)
- Choi, J., Tate, J.A., Rogers, M.A., Donahoe, M.P., & Hoffman, L.A. (2016). Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care 45*(2), 140–146. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.002)
- Choiniere, D.B. (2010). The effects of hospital noise. *Nursing Administration Quarterly, 34*(4), 327-333. DOI: [10.1097/NAQ.0b013e3181f563db](https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181f563db)
- Clancy, O., Edginton, T., Casarin, A., & Vizcaychipi, M.P. (2015). The psychological and neurocognitive consequences of critical illness. a pragmatic review of current evidence. *Journal of the Intensive Care Society, 16*(3), 226–233. DOI: [10.1177/1751143715569637](https://doi.org/10.1177/1751143715569637)

- Collicutt-McGrath, J., & Linley, P. A. (2006). Post-traumatic growth in acquired brain injury: a preliminary small-scale study. *Brain Injury*, *20*(7), 767-773.
DOI: [10.1080/02699050600664566](https://doi.org/10.1080/02699050600664566)
- Combe, D., (2005) The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, *10*(1), 31-34. DOI:[10.1111/j.1362-1017.2005.00093.x](https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00093.x)
- Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli, V., & Annunziata, M.A. (2017). Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end Supportive care in cancer. *official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *25*(4), 1087–1096. DOI: [10.1007/s00520-016-3496-4](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3496-4)
- Connolly, B., Salisbury, L., O'Neill, B., Geneen, L., Douiri, A., Grocott, M. P., Hart, N., Walsh, T. S., Blackwood, B., & ERACIP Group (2015). Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2015*(6), CD008632. DOI: [10.1002/14651858.CD008632.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008632.pub2)
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology*, *20*(3), 176.
- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, V. (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology and Medical Studies*, *14*, 308–319. DOI:[10.1007/s10880-007-9083-6](https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6)
- Corrigan, I., Samuelson, K. A., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing*, *23*(4), 206–215. DOI: [10.1016/j.iccn.2007.01.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.01.004)
- Cox, C. E., Docherty, S. L., Brandon, D. H., Whaley, C., Attix, D. K., Clay, A. S., Dore, D. V., Hough, C. L., White, D. B., & Tulskey, J. A. (2009). Surviving critical illness: acute respiratory distress syndrome as experienced by patients and their caregivers. *Critical care medicine*, *37*(10), 2702–2708.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6f64>
- Coyle, M.A. (2001). Transfer anxiety: preparing to leave intensive care, *Intensive and Critical Care Nursing*, *17*(3), 138-143. DOI: [10.1054/iccn.2001.1561](https://doi.org/10.1054/iccn.2001.1561)
- Creswell, J., & Plano Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles: SAGE. DOI:[10.1177/1094428108318066](https://doi.org/10.1177/1094428108318066)

- Cullinane, J.P., & Plowright, C.I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nursing in Critical Care* 18(6), 289–296. DOI: [10.1111/nicc.12047](https://doi.org/10.1111/nicc.12047)
- Cuthbertson, B. H., Rattray, J., Campbell, M. K., Gager, M., Roughton, S., Smith, A., Hull, A., Breeman, S., Norrie, J., Jenkinson, D., Hernández, R., Johnston, M., Wilson, E., & Waldmann, C, PRaCTICaL study group (2009). The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal* (Clinical research ed.), 339, b3723. DOI: [10.1136/bmj.b3723](https://doi.org/10.1136/bmj.b3723)
- Cutler, L.R., Hayter, M., & Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(3), 147–157. DOI: [10.1016/j.iccn.2012.12.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001)
- Cypress, B.S. (2013). Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(5), 244–261. DOI: [10.1097/DCC.0b013e3182a07646](https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182a07646)
- Cypress B.S. (2015). The process of transformation experienced by the patients, their families, and nurses during critical illness in the intensive care unit: perspective from a phenomenological study. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 34(3), 161–169. DOI: [10.1097/DCC.000000000000104](https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000104)
- Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER. *Journal of critical care*, 30(2), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017>
- Danhauer, S.D., Russel, G.B., Tedeschi, R. G., Jesse, M., Vishnevsky, T., Daley, K., Carrol, S., Triplett, K.N., Calhoun, L.G., Cann, A., & Powell, B.L. (2013). A longitudinal investigation of post-traumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal Clinical Psychological Medical Settings*, 20(1), 13-14. DOI: [10.1007/s10880-012-9304-5](https://doi.org/10.1007/s10880-012-9304-5)
- Danhauer, S.C., Case, L.D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676–2683. DOI: [10.1002/pon.3298](https://doi.org/10.1002/pon.3298)
- Daniels, L.M., Johnson, A.B., Cornelius, P.J., Bowron, C., Lehnertz, A., Moore, M., Shen, Y., Schulte, P.J., Pendegraft, R.S., Hall, K.R., & Bauer, P.R. (2018).

- Improving quality of life in patients at risk for post-intensive care syndrome. *Mayo Clinic Proceedings Innovations, Quality & Outcomes*, 2(4), 359–369. DOI: [10.1016/j.mayocpiqo.2018.10.001](https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.10.001)
- Davydow, D.S. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: too many questions remain. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1151–1152.
DOI: [10.1097/CCM.0000000000000896](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000896)
- Davydow, D.S., Gifford, J.M., Desai, S.V., Needham, D.M., & Bienvenu, O.J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 421–434.
DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2008.05.006](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.006)
- Devine, K.A., Reed-Knight, B., Loiselle, K.A., Fenton, N., & Blount, R.L. (2010). Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: a mixed-methods approach. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(4), 340–348. DOI: [10.1007/s10880-010-9210-7](https://doi.org/10.1007/s10880-010-9210-7)
- Deacon, K.S. (2012). Re-building life after ICU: a qualitative study of the patients' perspective. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(2), 114–122.
DOI: [10.1016/j.iccn.2011.11.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.008)
- Delle Fave, A., Pozzo, M., Bassi, M., & Cetin, I. (2013). A longitudinal study on motherhood and well-being: Developmental and clinical implications. *Terapia Psicologica*, 31, 21–33. DOI: [10.4067/S0718-48082013000100003](https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100003)
- de Grood, C., Leigh, J. P., Bagshaw, S. M., Dodek, P. M., Fowler, R. A., Forster, A. J., Boyd, J. M., & Stelfox, H. T. (2018). Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 190(22), E669–E676. DOI: [10.1503/cmaj.170588](https://doi.org/10.1503/cmaj.170588)
- Denzin, N. (1970). *The Research Act in sociology: a theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill. DOI: [10.4324/9781315134543](https://doi.org/10.4324/9781315134543)
- Denzin, N. (1978). *Sociological methods: a sourcebook*. New York: Mc Graw Hill.
DOI: [10.4324/9781315129945](https://doi.org/10.4324/9781315129945)
- Dıgın, F., Kızılcık Özkan, Z., & Kalaycı, E. (2022). Intensive Care Experiences of Postoperative Patients. *Journal of patient experience*, 9, 23743735221092489. <https://doi.org/10.1177/23743735221092489>

- Dixon-Woods, M., Shaw, R., Agarwal, S., & Smith, J. (2004) The problem of appraising qualitative research. *Quality and Safety in Health Care*, 13(13), 223–225. DOI: [10.1136/qhc.13.3.223](https://doi.org/10.1136/qhc.13.3.223)
- Eaves, Y. (2001). A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 654-663. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2001.01897.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01897.x)
- Edeer, A. D., Bilik, Ö., & Kankaya, E. A. (2020). Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nursing in critical care*, 25(4), 206–213. <https://doi.org/10.1111/nicc.12484>
- Egerod, I., & Christensen, D., (2009). Analysis of patient diaries in Danish ICUs: a narrative approach. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 268-277. DOI: [10.1016/j.iccn.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.005)
- Egerod, I., & Bagger, C., (2010). Patients' experiences of intensive care diaries - A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 278-287. DOI: [10.1016/j.iccn.2010.07.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.07.002)
- Egerod, I., Christensen, D., Schwartz-Nielson, K. H. & Ågård, A.S., (2011). Constructing the illness narrative: a grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Critical Care Medicine*, 39(8), 1922-1928. DOI: [10.1097/CCM.0b013e31821e89c8](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31821e89c8)
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: a meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354–1361. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017)
- Ehlers, A., & Clark, D.M., (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. DOI: [10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr, Inouye, S. K., Bernard, G. R., & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 569–576. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04336.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04336.x)

- Engström, A., Andersson, S., & Söderberg, S. (2008). Re-visiting the ICU experiences of follow-up visits to an ICU after discharge: a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(4), 233–241. DOI: [10.1016/j.iccn.2008.03.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.03.002)
- Engström, A., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Critical Care Nursing*, 29(2), 88-95. DOI: [10.1016/j.iccn.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.003)
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: an intervention study in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(6), 325–335.
DOI: [10.1016/j.iccn.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001)
- Ewens, B., Chapman, R., Tulloch, A. & Hendricks, J. M., (2014). ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, 27(1), 28-35. DOI: [10.1016/j.aucc.2013.07.001](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.07.001)
- Ewens, B.A., Hendricks, J.M., & Sundin, D. (2017). Never ending stories: visual diarizing to recreate autobiographical memory of intensive care unit survivors. *Nursing in Critical Care*, 22(1), 8-18. DOI: [10.1111/nicc.12093](https://doi.org/10.1111/nicc.12093)
- Field K., Prinjha S., & Rowan K. (2008). One patient amongst many: a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Critical Care*, 12(1), R21 DOI: [10.1186/cc6795](https://doi.org/10.1186/cc6795)
- Fingeld-Connett, D. (2010). Generalizability and transferability of meta-synthesis research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 246–254.
DOI: [10.1111/j.1365-2648.2009.05250.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05250.x)
- Fink, R. M., Makic, M. B., Poteet, A. W., & Oman, K. S. (2015). The ventilated patient's experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 301–308.
DOI: [10.1097/DCC.000000000000128](https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000128)
- Forsberg, A., Lindgren E., & Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing*, 17(2), 110-116. DOI: [10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x)
- Fredriksen, S.T., & Ringsberg, K.C. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(3), 124–131. DOI: [10.1016/j.iccn.2006.09.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.09.002)
- Fredriksen, D.S-T., Talseth, A.G. & Svensson, T. (2008). Body, strength and movement - intensive care patients' experience of body. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(2), 77-88.

DOI: [10.1080/17482620701788768](https://doi.org/10.1080/17482620701788768)

- Fredriksen, S. T., & Svensson, T. (2010). The bodily presence of significant others: Intensive care patients' experiences in a situation of critical illness. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(4), 10.3402/qhw.v5i4.5120. DOI: [10.3402/qhw.v5i4.5120](https://doi.org/10.3402/qhw.v5i4.5120)
- Forgeard, M. J. C. (2013). Perceiving benefits after adversity: The relationship between self-reported posttraumatic growth and creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 7(3), 245–264. DOI: [10.1037/a0031223](https://doi.org/10.1037/a0031223)
- Foster, A. (2010). More than nothing: the lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, (1), 33-43. DOI: [10.1016/j.iccn.2009.09.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.09.004)
- Fujisawa, T.X., Jung, M., Kojima, M., Saito, D.N., Kosaka, H., & Tomoda, A. (2015). Neural basis of psychological growth following adverse experiences: a resting-state functional MRI study. *PloS One*, 10(8), e0136427. DOI: [10.1371/journal.pone.0136427](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136427)
- Fukuda, T., Kinoshita, Y., Shirahama, T., Miyazaki, S., Watanabe, N., & Misawa, T. (2022). Distorted Memories and Related Factors in ICU Patients. *Clinical nursing research*, 31(1), 39–45. <https://doi.org/10.1177/1054773820980162>
- Gangstad, B., Norman, P., & Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 69-75. DOI: [10.1037/a0014639](https://doi.org/10.1037/a0014639)
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M.J., & Somsen G.A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270-277. DOI: [10.1007/s10880-008-9136-5](https://doi.org/10.1007/s10880-008-9136-5)
- Gélinas C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & critical care nursing*, 34, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001>
- Geller, G., Branyon, E. D., Forbes, L. K., Topazian, R. J., Weir, B. W., Carrese, J. A., Beach, M. C., & Sugarman, J. (2016). ICU-RESPECT: An index to assess patient and family experiences of respect in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 36, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.06.018>

- George, M., & Apter, A.J. (2004). Gaining insight into patients' beliefs using qualitative research methodologies. *Current Opinion in Allergy Clinical Immunology*, 4(3), 185–189. DOI: [10.1097/00130832-200406000-00008](https://doi.org/10.1097/00130832-200406000-00008)
- Gesselman, A.N., Bigatti, S.M., Garcia, J.R., Coe, K., Cella, D., & Champion, V.L. (2016). Spirituality, emotional distress, and post-traumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1691–1699. DOI: [10.1002/pon.4192](https://doi.org/10.1002/pon.4192)
- Giménez, M.C., Geerdinck, L.M., Versteylen, M., Leffers, P., Meekes, G.J., Herremans, H., de Ruyter, B., Bikker, J.W., Kuijpers, P.M., & Schlangen, L.J. (2017). Patient room lighting influences on sleep, appraisal and mood in hospitalized people. *Journal of Sleep Research*, 26(2), 236–246. DOI: [10.1111/jsr.12470](https://doi.org/10.1111/jsr.12470)
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of a psychological phenomenological method*. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2001). The search for the psyche: a human science perspective. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, & J. F. Pierson, (eds.). *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 53-64). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). *Phenomenology*. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburg, PA: Duquesne University. DOI:[10.1163/156916210X526079](https://doi.org/10.1163/156916210X526079)
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3–12. DOI: [10.1163/156916212X632934](https://doi.org/10.1163/156916212X632934)
- Giorgi, A., Giorgi, B. & Morley, J. (2017). *The descriptive phenomenological psychological method*. In Willig, C., & Rogers, W. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. London: SAGE Publications. DOI: [10.4135/9781526405555.n11](https://doi.org/10.4135/9781526405555.n11)
- Girard, T.D, Pandharipande, P.P. & Ely, E.W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, 12 Suppl 3, (Suppl 3), S3. DOI: [10.1186/cc6149](https://doi.org/10.1186/cc6149)
- Girard, T. D., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Gordon, S. M., Canonico, A. E., Dittus, R. S., Bernard, G. R., &

- Wesley Ely, E. (2010). Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 38, 1513–1520. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181e47be1](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1)
- Grace, J. J., Kinsella, E. L., Muldoon, O. T., & Fortune, D. G. (2015). Post-traumatic growth following acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1162. DOI: [10.3389/fpsyg.2015.01162](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01162)
- Graff, H.J., Christensen, U., Poulsen, I., & Egerod, I. (2018). Patient perspectives on navigating the field of traumatic brain injury rehabilitation: a qualitative thematic analysis. *Disability and Rehabilitation*, 40(8), 926–934. DOI: [10.1080/09638288.2017.1280542](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1280542)
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), R 96-R109. DOI: [10.1186/cc3026](https://doi.org/10.1186/cc3026)
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A., & Costa-Pereira, A. (2008) Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: the early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801-2809 DOI: [10.1097/CCM.0b013e318186a3e7](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318186a3e7)
- Greene, J., Caracelli, V., & Graham, W. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274. DOI: [10.3102/01623737011003255](https://doi.org/10.3102/01623737011003255)
- Greyson, B. & Khanna, S. (2014). Spiritual transformation after near-death experiences. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(1), 43. <https://doi.org/10.1037/scp0000010>
- Groarke, A., Curtis, R., Groarke, J. M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: How and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology*, 26(7), 967–974. DOI: [10.1002/pon.4243](https://doi.org/10.1002/pon.4243)
- Grossoehme D., (2014). Overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 109–122. DOI: [10.1080/08854726.2014.925660](https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660)
- Gültekin, Y., Özçelik, Z., Akıncı, S. B., & Yorgancı, H. K. (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. *Turkish journal of surgery*, 34(1), 5–8. <https://doi.org/10.5152/turkjsurg.2017.3736>

- Guttormson J. L. (2014). "Releasing a lot of poisons from my mind": patients' delusional memories of intensive care. *Heart & lung: the journal of critical care*, 43(5), 427–431. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.007>
- Guttormson, J.L., Bremer, K. L., & Jones, R. M. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(3), 179–186.
DOI: [10.1016/j.iccn.2014.10.007](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007)
- Gustad, L.T., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2008). ICU patient's transfer anxiety: a prospective cohort study. *Australian Critical Care*, 21(4), 181–189.
DOI: [10.1016/j.aucc.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2008.07.002)
- Haas, J.S., Teixeira, C., Cabral, C.R., Fleig, A.H., Freitas, A.P., Treptow, E. C., Rizzotto, M.I., Machado, A.S., Balzano, P.C., Hetzel, M.P., Dallegrave, D. M., Oliveira, R.P., Savi, A., & Vieira, S.R. (2013). Factors influencing physical functional status in intensive care unit survivors two years after discharge. *British Medical Care Anesthesiology*, 13(11), 1-9. DOI: [10.1186/1471-2253-13-11](https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-11)
- Hägström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2014). Important quality aspects in the transfer process. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 123–139. DOI: [10.1108/IJHCQA-09-2012-0090](https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2012-0090)
- Haraldsson, L., Christensson, L., Conlon, L., & Henricson, M. (2015). The experiences of ICU patients during follow-up sessions: a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(4), 223–231. DOI: [10.1016/j.iccn.2015.01.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.002)
- Harding, S., Sanipour, F., & Moss, T. (2014). Existence of benefit finding and posttraumatic growth in people treated for head and neck cancer: a systematic review. *Peer Journal*, 2, e256. DOI: [10.7717/peerj.256](https://doi.org/10.7717/peerj.256)
- Hawley, C.A., & Joseph, S. (2008). Predictors of positive growth after traumatic brain injury: a longitudinal study. *Brain Injury*, 22(5), 427–435.
DOI: [10.1080/02699050802064607](https://doi.org/10.1080/02699050802064607)
- He, L., Xu, J., & Wu, Z. (2013). Coping strategies as a mediator of posttraumatic growth among adult survivors of the Wenchuan earthquake. *PloS One*, 8(12), e84164. DOI: [10.1371/journal.pone.0084164](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084164)
- Hefferon, K., Grealy, M., & Mutrie, N. (2010). Transforming from Cocoon to Butterfly: The Potential Role of the Body in the Process of Posttraumatic Growth. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(2), 224–247. DOI: [10.1177/0022167809341996](https://doi.org/10.1177/0022167809341996)

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797–816. DOI: [10.1037/0022-006X.74.5.797](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797)
- Hinds, P., & Young, K. (1987). A triangulation of methods and paradigms to study nurse-given wellness care. *Nursing Research, 36* (3), 195-198.
- Hijazi, A. M., Lumley, M. A., Ziadni, M. S., Haddad, L., Rapport, L. J., & Arnetz, B. B. (2014). Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: a preliminary randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 314–322. DOI: [10.1002/jts.21922](https://doi.org/10.1002/jts.21922)
- Ho, S.M., Chan, M.W., Yau, T.K., & Yeung, R.M. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health, 26*(3), 269–285. DOI: [10.1080/08870440903287926](https://doi.org/10.1080/08870440903287926)
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive & critical care nursing, 24*(5), 300–313. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.03.004>
- Holm, A., & Dreyer, P. (2017). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing in critical care, 22*(2), 81–88. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
- Holtmaat, K., van der Spek, N., Cuijpers, P., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Posttraumatic growth among head and neck cancer survivors with psychological distress. *Psycho-oncology, 26*(1), 96–101. DOI: [10.1002/pon.4106](https://doi.org/10.1002/pon.4106)
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209–218.
DOI: [10.1097/00006842-197905000-00004](https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004)
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. *British Journal of Anaesthesia, 120*(3), 443–452.
DOI: [10.1016/j.bja.2017.09.006](https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.09.006)
- Husserl, E. (2008/1931). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*: New York: Springer.

- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60(6), 581–592. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Iwashyna, T.J., Ely, E.W., Smith, D.M., & Langa, K.M. (2010). Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *Journal of the American Medical Association*, 304(16), 1787–1794.
DOI: [10.1001/jama.2010.1553](https://doi.org/10.1001/jama.2010.1553)
- Iyadurai, L., Visser, R.M., Lau-Zhu, A., Porcheret, K., Horsch, A., Holmes, E.A., & James, E.L. (2019). Intrusive memories of trauma: a target for research bridging cognitive science and its clinical application. *Clinical Psychology Review*, 69, 67–82. DOI: [10.1016/j.cpr.2018.08.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.005)
- Jackson, J.C., Hart, R.P., Gordon, S.M., Hopkins, R.O., Girard, T.D., & Ely, E. W. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care*, 11(1), R27. DOI: [10.1186/cc5707](https://doi.org/10.1186/cc5707)
- Jackson, J.C., Ely, E.W., Morey, M.C., Anderson, V.M., Denne, L.B., Clune, J., Siebert, C. S., Archer, K.R., Torres, R., Janz, D., Schiro, E., Jones, J., Shintani, A.K., Levine, B., Pun, B.T., Thompson, J., Brummel, N.E., & Hoenig, H. (2012). Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Critical care medicine*, 40(4), 1088–1097. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3182373115](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182373115)
- Janoff-Bulman, R. (1985). *The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions*. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. NY: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (2006). *Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 81–99). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.
DOI: [10.1080/00029157.1994.10403078](https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078)
- Jansen, H. (2010). The logic of qualitative survey research and its position in the field of social research methods. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(2), 1-21.
DOI: [10.17169/fqs-11.2.1450](https://doi.org/10.17169/fqs-11.2.1450)
- Jayawickreme, E., & Blackie, L.E.R. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312–331. DOI: [10.1002/per.1963](https://doi.org/10.1002/per.1963)

- Jensen, J.F., Overgaard, D., Bestle, M.H., Christensen, D.F., & Egerod, I. (2017). Towards a new orientation: a qualitative longitudinal study of an intensive care recovery programme. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 77–90.
DOI: [10.1111/jocn.13372](https://doi.org/10.1111/jocn.13372)
- Johansson, L., Bergbom, I., Lindahl, B., (2012). Meanings of being critically ill in a sound-intensive ICU patient room: a phenomenological hermeneutical study. *The Open Nursing Journal*, 6, 108-116. DOI: [10.2174/1874434601206010108](https://doi.org/10.2174/1874434601206010108)
- Johansson, M., Hanson, E., Runeson, I., & Wåhlin, I. (2015). Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: a hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(4), 241–249. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.11.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.11.002)
- Johnson, P., St John, W., & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551–558. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03757.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03757.x)
- Johnson, R.B., Onwuegbusie, A.J. & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. DOI: [10.1177/1558689806298224](https://doi.org/10.1177/1558689806298224)
- Jónasdóttir, R.J., Klinke, M.E., Jónsdóttir, H. (2016). Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1-2), 20–37. DOI: [10.1111/jocn.12939](https://doi.org/10.1111/jocn.12939)
- Jones, C., Griffiths, R. D., & Humphris, G. (2000). Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory (Hove, England)*, 8(2), 79–94.
<https://doi.org/10.1080/096582100387632>
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical care medicine*, 29(3), 573–580.
DOI: [10.1097/00003246-200103000-00019](https://doi.org/10.1097/00003246-200103000-00019)
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R.D., Humphris, G.H., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C., & Gager, M. (2003). Rehabilitation after clinical illness: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 31(10), 2456–2461.
DOI: [10.1097/01.CCM.0000089938.56725.33](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000089938.56725.33)
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R. D., & RACHEL group (2010). Intensive care diaries reduce new

- onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. DOI: [10.1186/cc9260](https://doi.org/10.1186/cc9260)
- Jones, C. (2014). Recovery post ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(5), 239–245. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.06.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.001)
- Joseph, S., Linley, P.A., Andrews, L., Harris, G., Howle, B., Woodward, C., & Shevlin, M. (2005). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: psychometric evaluation of the changes in outlook questionnaire. *Psychological Assessment*, 17(1), 70-80. DOI: [10.1037/1040-3590.17.1.70](https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.70)
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Comment: positive psychology versus the medical model? *The American Psychologist*, 61(4), 332–333. DOI: [10.1037/0003-066X.60.4.332](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.4.332)
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *British Medical Journal Open*, 8(6), e017858. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-017858](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858)
- Kalabalik, J., Brunetti, L., & El-Srougy, R. (2014). Intensive care unit delirium: a review of the literature. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(2), 195–207. DOI: [10.1177/0897190013513804](https://doi.org/10.1177/0897190013513804)
- Kalantarkousheh, S. M., & Hassan, S. A. (2010). Function of life meaning and marital communication among Iranian spouses in Universiti Putra Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1646–1649. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.340>
- Kalbas, Y., Halvachizadeh, S., Kumabe, Y., Luidl, A. T., Steel, J. L., Zelle, B. A., Cinelli, P., Pape, H. C., & Pfeifer, R. (2022). Post-traumatic growth in polytraumatized patients after 20+ years: a long-term follow-up study of 337 patients treated at a level 1 trauma center. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, 10.1007/s00068-022-02022-w. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02022-w>.
- Kamdar, B. B., Yang, J., King, L. M., Neufeld, K. J., Bienvenu, O. J., Rowden, A. M., Brower, R. G., Collop, N. A., & Needham, D. M. (2014). Developing, implementing, and evaluating a multifaceted quality improvement intervention to promote sleep in an ICU. *American journal of medical quality: the official*

- journal of the American College of Medical Quality*, 29(6), 546–554.
<https://doi.org/10.1177/1062860613509684>
- Karagiorgou, O., & Cullen, B. (2016). A comparison of posttraumatic growth after acquired brain injury or myocardial infarction. *Journal of Loss and Trauma*, 21(6), 589–600. DOI:[10.1080/15325024.2016.1161427](https://doi.org/10.1080/15325024.2016.1161427)
- Karanci, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkol, H., & Güzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: Factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, Article 17303.
 DOI: [10.3402/ejpt.v3i0.17303](https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17303)
- Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 24(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.06.004>
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012a). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(1), 6–15. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.11.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.002)
- Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012b). Patients’ statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247-258. DOI: [10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x)
- Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Posttraumatic distress and the presence of posttraumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and individual differences*, 50(1), 84–89.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.028>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy*. W. W. Norton.
 DOI:[10.1037/11175-008](https://doi.org/10.1037/11175-008)
- Khademi, G., Imani, B. (2015). Noise pollution in intensive care units: a systematic review article. *Reviews in Clinical Medicine*, 2(2), 58-64.
 DOI: [10.17463/RCM.2015.02.002](https://doi.org/10.17463/RCM.2015.02.002)
- Khalifezadeh, A., Safazadeh, S., Mehrabi, T., & Mansour, B. A. (2011). Reviewing the effect of nursing interventions on delirious patients admitted to intensive care unit of neurosurgery ward in Al-Zahra hospital, Isfahan university of medical sciences. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 16(1), 106–112.

- Khanna, S., & Greyson, B. (2015). Near-death experiences and posttraumatic growth. *Journal of Nervous & Mental Disease, 203*(10), 749–755.
DOI: [10.1097/NMD.0000000000000362](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000362)
- Khouli, H., Astua, A., Dombrowski, W., Ahmad, F., Homel, P., Shapiro, J., Singh, J., Nallamothu, R., Mahbub, H., Eden, E., & Delfiner, J. (2011). Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Critical care medicine, 39*(4), 731–737.
DOI: [10.1097/CCM.0b013e318208edf8](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318208edf8)
- Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Spyrtos, F., & Baltopoulos, GI. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review, 57*(3), 288-296. DOI:[10.1111/j.1466-7657.2010.00809.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00809.x)
- Kiliç, C., & Ulusoy, M. (2003). Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(3), 232–238. DOI: [10.1034/j.1600-0447.2003.00119.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00119.x)
- Kılıç, H. S., & Taştan, S. (2017). Cardiovascular surgery patients' intensive care experiences and transfer anxiety. *Gülhane Tıp Dergisi, 59*(4), 67. [doi: 10.26657/Gulhane.00004](https://doi.org/10.26657/Gulhane.00004)
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress, 22*(3), 248–253. DOI: [10.1002/jts.20410](https://doi.org/10.1002/jts.20410)
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Darweish Medniuk, A., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Critical care (London, England), 23*(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2441-6>
- Kinoshita, Y., & Inoue, T. (2006). Impact of ICU experience on patients discharged from the ICU and their nursing care. *Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing, 2*, 35–44. [10.11153/jaccn.2.2_35](https://doi.org/10.11153/jaccn.2.2_35)
- Kira, I. A., Aboumediene, S., Ashby, J. S., Odenat, L., Mohanesh, J., & Alamia, H. (2013). The dynamics of posttraumatic growth across different trauma types in a Palestinian sample. *Journal of Loss and Trauma, 18*(2), 120–139. DOI: [10.1080/15325024.2012.679129](https://doi.org/10.1080/15325024.2012.679129)

- Kjeldsen, C, Mette, H, Jensen, K, Holm, A, Haahr, A & Dreyer, P (2018). Patients' experience of thirst being conscious and mechanically ventilated in ICU'. *Nursing in Critical Care*, 23(2), 75-81. <https://doi.org/10.1111/nicc.12277>
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45–52. DOI: [10.1002/jts.20378](https://doi.org/10.1002/jts.20378)
- Knauert, M.P., Haspel, J.A., & Pisani, M.A. (2015). Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. *Clinics in chest medicine*, 36(3), 419–429. DOI: [10.1016/j.ccm.2015.05.008](https://doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.008)
- Kolb, L. (1987). A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(8), 989-995. DOI: [10.1176/ajp.144.8.989](https://doi.org/10.1176/ajp.144.8.989)
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. *Women & Health*, 54(6), 569–592. DOI: [10.1080/03630242.2014.899543](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.899543)
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456–469. DOI: [10.1037/0882-7974.22.3.456](https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.456)
- Kroemeke, A., Bargiel-Matusiewicz, K., & Kalamarz, M. (2017). Mixed psychological changes following mastectomy: unique predictors and heterogeneity of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation. *Frontiers in Psychology*, 8,1245. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.01245](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01245)
- Krosch, D.J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425-433. DOI: [10.1037/tra0000183](https://doi.org/10.1037/tra0000183)
- Krystal, H. (1984). *Psychoanalytic views on human emotional damages*. In B.A. van der Kolk (Ed.) *Post traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae* (pp. 1-28). Washington D.C. American Psychiatric Press.
- Kuenemund, A., Zwick, S., Rief, W., & Exner, C. (2016). (Re-) defining the self-enhanced posttraumatic growth and event centrality in stroke survivors: A mixed-method approach and control comparison study. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 679–689. DOI: [10.1177/1359105314535457](https://doi.org/10.1177/1359105314535457)
- Kulkarni, H.S., Kulkarni, K.R., Mallampalli, A., Parkar, S.R., Karnad, D.R., & Guntupalli, K.K. (2011). Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic

stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 15(3), 147–156.

DOI: [10.4103/0972-5229.84891](https://doi.org/10.4103/0972-5229.84891)

Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2017). Posttraumatic growth and adjustment to spinal cord injury: Moderated by posttraumatic depreciation? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 434–444.

DOI: [10.1037/tra0000164](https://doi.org/10.1037/tra0000164)

Kurasaki, K.S. (2000). Intercoder reliability for validating conclusions drawn from open-ended interview data. *Field Methods*, 12(3), 179-194. DOI:

[10.1177/1525822X0001200301](https://doi.org/10.1177/1525822X0001200301)

Lam Soh, K., Geok Soh, K., Airini Ibrahim, N., Zehan Ahmad, N., Japar, S., & Abdul R. (2014). Recalling ICU experiences: patients' perspectives. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 19, 106-111.

DOI: [10.5829/idosi.mejsr.2014.19.icmrp.16](https://doi.org/10.5829/idosi.mejsr.2014.19.icmrp.16)

Landström, M., Rehn, I. M., & Frisman, G. H. (2009). Perceptions of registered and enrolled nurses on thirst in mechanically ventilated adult patients in intensive care units-a phenomenographic study. *Intensive & critical care nursing*, 25(3), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.03.001>

Larson, M.J., Weaver, L.K., Hopkins, R.O. (2007). Cognitive sequelae in acute respiratory distress syndrome patients with and without recall of the intensive care unit. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(4), 595-605. DOI: [10.1017/S1355617707070749](https://doi.org/10.1017/S1355617707070749)

Lasiter, S., Oles, S. K., Mundell, J., London, S., & Khan, B. (2016). Critical care follow-up clinics: a scoping review of interventions and outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 30(4), 227–237. DOI: [10.1097/NUR.0000000000000219](https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000219)

Lawson, N., Thompson, K., Saunders, G., Saiz, J., Richardson, J., Brown, D., Ince, N., Caldwell, M., & Pope, D. (2010). Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. *American Journal of Critical Care*, 19(6), e88-e98. DOI: [10.4037/ajcc2010180](https://doi.org/10.4037/ajcc2010180)

Lee, C. M., Herridge, M. S., Matte, A., & Cameron, J. I. (2009). Education and support needs during recovery in acute respiratory distress syndrome survivors. *Critical care (London, England)*, 13(5), R153. <https://doi.org/10.1186/cc8053>

Levi-Belz, Y. (2019). With a little help from my friends: A follow-up study on the contribution of interpersonal characteristics to posttraumatic growth among

- suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(8), 895–904. <https://doi.org/10.1037/tra0000456>
- Levine, S.Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282-286. DOI: [10.1002/jts.20409](https://doi.org/10.1002/jts.20409)
- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma*, 10(1), 7–17.
- Leung L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal Family Medicine and Primary Care*, 4(3), 324–327. DOI:[10.4103/2249-4863.161306](https://doi.org/10.4103/2249-4863.161306)
- Lightsey, O., & Sweeney, J. (2008). Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities. *Family Journal*, 16, 212–221. <https://doi.org/10.1177/1066480708317503>
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lincoln Y., Lynham S. & Cuba E., (2011). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications.
- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care - patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(5), 294-302. DOI: [10.1016/j.iccn.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003)
- Lindstrom, C.M., Cann, A., Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50-55. DOI: [10.1037/a0022030](https://doi.org/10.1037/a0022030)
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11 – 21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2011). Meaning in Life and Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 150-159. DOI: [10.1080/15325024.2010.519287](https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519287)

- Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 200-211. doi:10.1111/nicc.12025
- Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 108–121. DOI: [10.1016/j.iccn.2007.08.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.08.001)
- Loiselle, K.A., Devine, K.A., Reed-Knight, B., & Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health*, 29(1), 64–72. DOI: [10.1037/a0023043](https://doi.org/10.1037/a0023043)
- Lombardo, V., Vinatier I., Baillot. ML., Franja, V., Bourgeon-Ghittori, I., Dray, S., Jeune, S., Massadegh, C., Regnierm. J, Souweinem B., Rochm A. (2013). How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. *Annals of Intensive Care*, 3: 1–8. DOI: [10.1186/2110-5820-3-19](https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-19)
- Long, A.C., Kross, E.K., Davydow, D.S., & Curtis, J.R. (2014). Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: creation of a conceptual model addressing identification, prevention, and management. *Intensive Care Medicine*, 40(6), 820–829. DOI: [10.1007/s00134-014-3306-8](https://doi.org/10.1007/s00134-014-3306-8)
- Lopez, K.A., & Willis, D.G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qualitative health research*, 14(5), 726–735. DOI:[10.1177/1049732304263638](https://doi.org/10.1177/1049732304263638)
- Łosiak, W., & Nikiel, J. (2014). Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychology Report*, 2(4), 256-262. DOI:[10.5114/hpr.2014.45894](https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45894)
- Lotfi-Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, M. E., Kazemi-Zanjani, N., & Shamkoeyan, L. (2014). Predicting Post Traumatic Growth Based upon Self-Efficacy and Perceived Social Support in Cancer Patients. *Iranian journal of cancer prevention*, 7(3), 115–123.
- Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2013). A threat to the understanding of oneself: intensive care patients' experiences of dependency. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8, 20934. DOI: [10.3402/qhw.v8i0.20934](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20934)
- Lykkegaard Andersen, K., & Delmar, C. (2015). Between violation and competent care-Lived experiences of dependency on care in the ICU. *International Journal*

- of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, [26603]. DOI: [10.3402/qhw.v10.26603](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26603)
- Maddox, M., Dunn, S. V., & Pretty, L. E. (2001). Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. *Intensive & critical care nursing*, 17(1), 6–15. <https://doi.org/10.1054/icc.2000.1536>
- McCabe, C., 2004. Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- McKinney, AA., Deeny. P. (2002). Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients’ experience. *Intensive Critical Care Nursing*, 18(6), 320–331. doi:10.1016/S0964-3397(02) 00069-1.
- Magarey, J. M., & McCutcheon, H. H. (2005). 'Fishing with the dead'-recall of memories from the ICU. *Intensive & critical care nursing*, 21(6), 344–354. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.02.004>
- Magnus, V.S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive & critical care nursing*, 22(3), 167–180. DOI: [10.1016/j.iccn.2005.09.009](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.09.009)
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d>
- Manookian, A., Dehghan-Nayeri, N., Negarandeh, R., & Shali., M. (2015). The lived experiences of intensive care patients on transfer to a general ward. *Nursing Practice Today*, 2(2), 52-61.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225–243. DOI: [10.1016/j.ccc.2016.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005)
- Marshall, E.M., Frazier, P., Frankfurt, S., & Kuijer, R.G. (2015). Trajectories of posttraumatic growth and depreciation after two major earthquakes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 112–121. DOI: [10.1037/tra0000005](https://doi.org/10.1037/tra0000005)
- Martin, J.B., & Badeaux, J.E. (2018). Beyond the Intensive Care Unit: Posttraumatic Stress Disorder in Critically Ill Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(3), 333–342. DOI: [10.1016/j.cnc.2018.05.001](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.05.001)

- Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality Factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans. *Military medicine*, 183(9-10), e475–e480.
DOI: [10.1093/milmed/usx201](https://doi.org/10.1093/milmed/usx201)
- Merbitz, N. H., Westie, K., Dammeyer, J. A., Butt, L., & Schneider, J. (2016). After critical care: Challenges in the transition to inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 61(2), 186–200.
DOI: [10.1037/rep0000072](https://doi.org/10.1037/rep0000072)
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(5), 246–253. DOI: [10.1016/j.iccn.2010.06.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.003)
- Meyrick J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 799–808. DOI: [10.1177/1359105306066643](https://doi.org/10.1177/1359105306066643)
- McCairn, A.J., & Jones, C. (2014). Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), 219–225. DOI: [10.1016/j.iccn.2013.12.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.004)
- McDonough, M.H., Sabiston, C.M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-oncology*, 23(1), 114–120. DOI: [10.1002/pon.3380](https://doi.org/10.1002/pon.3380)
- McGrath, J. C. (2011). Posttraumatic growth and spirituality after brain injury. *Brain Impairment*, 12(2), 82-92. <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.82>
- McPherson, J.A., Wagner, C.E., Boehm, L.M., Hall, J.D., Johnson, D.C., Miller, L.R., Burns, K.M., Thompson, J.L., Shintani, A.K., Ely, E.W., & Pandharipande, P.P. (2013). Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors. *Critical Care Medicine*, 41(2), 405–413.
DOI: [10.1097/CCM.0b013e31826ab49b](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31826ab49b)
- Michélsen, H., Therup-Svedenlöf, C., Backheden, M., & Schulman, A. (2017). Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Article 1302691. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1302691>

- Milam, J E., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J., & Nezam, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology, 11*(4), 233–246.
- Milles M., Huberman M. (1994). *Qualitative Data Analysis. An expanded Sourcebook. California*. Sage Publications.
- Minton, C., & Batten, L. (2016). Rethinking the intensive care environment: considering nature in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 25*(1-2), 269–277. DOI: [10.1111/jocn.13069](https://doi.org/10.1111/jocn.13069)
- Minton, C., & Carryer, J. (2005). Memories of former intensive care patients six months following discharge. *Contemporary nurse, 20*(2), 152–158.
<https://doi.org/10.5172/conu.20.2.15>
- Mohr, E. (2014). Posttraumatic growth in youth survivors of a disaster: An arts-based research project. *Art Therapy, 31*(4), 155–162.
DOI: [10.1080/07421656.2015.963487](https://doi.org/10.1080/07421656.2015.963487)
- Mohta, M., Sethi, A. K., Tyagi, A., & Mohta, A. (2003). Psychological care in trauma patients. *Injury, 34*(1), 17–25. DOI: [10.1016/s0020-1383\(02\)00377-7](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(02)00377-7)
- Moore, A.M., Gamblin, T.C., Geller, D.A., Youssef, M.N., Hoffman, K.E., Gemmell, L., Likumahuwa, S.M., Bovbjerg, D.H., Marsland, A., & Steel, J. L. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-Oncology, 20*(5), 479–487.
DOI: [10.1002/pon.1746](https://doi.org/10.1002/pon.1746)
- Morgan, J., & Desmarais, S. (2017). Associations between time since event and posttraumatic growth among military veterans. *Military Psychology, 29*. (5), 434–447. DOI: [10.1037/mil0000170](https://doi.org/10.1037/mil0000170)
- Morrissey, M., & Collier, E. (2016). Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *Journal of Clinical Nursing, 25*(11-12), 1501–1514. DOI: [10.1111/jocn.13138](https://doi.org/10.1111/jocn.13138)
- Mosher, C.E., Adams, R.N., Helft, P. R., O'Neil, B.H., Shahda, S., Rattray, N.A., & Champion, V.L. (2017). Positive changes among patients with advanced colorectal cancer and their family caregivers: a qualitative analysis. *Psychology & Health, 32*(1), 94–109. DOI: [10.1080/08870446.2016.1247839](https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1247839)
- Myers, E.A., Smith, D.A., Allen, S. R., & Kaplan, L.J. (2016). Post-ICU syndrome: Rescuing the undiagnosed. *Journal of the American Academy of Physician Assistants, 29*(4), 34-37. DOI: [10.1097/01.JAA.0000481401.21841.32](https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000481401.21841.32)

- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1554–1561.
DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1)
- Mylén, J., Nilsson, M., & Berterö, C. (2016). To feel strong in an unfamiliar situation, Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 32, 42–48.
DOI: [10.1016/j.iccn.2015.08.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.001)
- Needham, D.M., Dinglas, V. D., Morris, P. E., Jackson, J. C., Hough, C. L., Mendez-Tellez, P. A., Wozniak, A. W., Colantuoni, E., Ely, E. W., Rice, T. W., Hopkins, R. O., & NIH NHLBI ARDS Network (2013). Physical and cognitive performance of patients with acute lung injury 1 year after initial trophic versus full enteral feeding. EDEN trial follow-up. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(5), 567–576. DOI: [10.1164/rccm.201304-0651OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201304-0651OC)
- Needham, D.M., Wozniak, A. W., Hough, C. L., Morris, P. E., Dinglas, V. D., Jackson, J. C., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., Ely, E. W., Colantuoni, E., Hopkins, R. O., & National Institutes of Health NHLBI ARDS Network (2014). Risk factors for physical impairment after acute lung injury in a national, multicenter study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 189(10), 1214–1224. DOI: [10.1164/rccm.201401-0158OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201401-0158OC)
- Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 221–234. DOI: [10.1037/0022-006X.61.2.221](https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.221)
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-oncology*, 22(1), 195–202. DOI: [10.1002/pon.2073](https://doi.org/10.1002/pon.2073)
- Nielsen, A. H., & Angel, S. (2016). Consolation or confrontation when interacting through an ICU diary - A phenomenological-hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 37, 4–10. DOI: [10.1016/j.iccn.2016.06.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.06.002)
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M.D., Huang, M., Bienvenu, O.J., Turnbull, A.E., & Needham, D.M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23–29. DOI: [10.1016/j.genhosppsy.2016.08.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.08.005)

- Norcross, J.C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143–154. DOI: [10.1002/jclp.20758](https://doi.org/10.1002/jclp.20758)
- Norekvål, T. M., Moons, P., Hanestad, B. R., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., & Fridlund, B. (2008). The other side of the coin: perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, 7*(1), 80–87. DOI: [10.1016/j.ejcnurse.2007.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.09.004)
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). Integration and publications as indicators of "yield" from mixed methods studies. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 147-163. DOI: [10.1177/1558689806299094](https://doi.org/10.1177/1558689806299094)
- Occhipinti, S., Chambers, S. K., Lepore, S., Aitken, J., & Dunn, J. (2015). A longitudinal study of post-traumatic growth and psychological distress in colorectal cancer survivors. *PLoS ONE, 10*(9), Article e0139119. DOI: [10.1371/journal.pone.0139119](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139119)
- Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing, 31*(2), 322-329. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2000.01294.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01294.x)
- Olausson, S., Lindahl, B., & Ekebergh, M. (2013). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: the meanings of the patient room as a place of care. *Intensive & Critical Care Nursing, 29*(4), 234–243. DOI: [10.1016/j.iccn.2013.02.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.002)
- Olsen, W. (2001). *Qualitative and quantitative data analysis, module 4*, The Graduate school, University of Bradford.
- Olson T. (2012). Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics, 23*(4), 32–36.
- Onwuegbuzie, A.J., & Collins, K.M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report, 12*(2), 281-316. DOI <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638>
- Orwelius, L., Teixeira-Pinto, A., Lobo, C., Costa-Pereira, A., & Granja, C. (2016). The role of memories on health-related quality of life after intensive care unit care: an unforgettable controversy? *Patient Related Outcome Measures, 7*, 63–71. DOI: [10.2147/PROM.S89555](https://doi.org/10.2147/PROM.S89555)

- Owensworth, T., & Fleming, J. (2011). Growth through loss after brain injury. *Brain Impairment*, 12(2), 79-81. DOI: <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.79>
- Palesjö, C., Nordgren, L., & Asp, M. (2015). Being in a critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3494–3502. DOI: [10.1111/jocn.13002](https://doi.org/10.1111/jocn.13002)
- Pandharipande, P.P., Girard, T.D., Jackson, J.C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B.T., Brummel, N.E., Hughes, C.G., Vasilevskis, E.E., Shintani, A.K., Moons, K.G., Geevarghese, S.K., Canonico, A., Hopkins, R.O., Bernard, G. R., Dittus, R.S., Ely, E.W., & BRAIN-ICU Study Investigators (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *The New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306–1316. DOI: [10.1056/NEJMoa1301372](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372)
- Papathanassoglou, E. & Patiraki, E. (2003). Transformations of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. *Nursing in Critical Care*, 8(1), 13-21. DOI: [10.1046/j.1478-5153.2003.00004.x](https://doi.org/10.1046/j.1478-5153.2003.00004.x)
- Papathanassoglou E.D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118–128. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2009.00383.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00383.x)
- Park, C.L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144. DOI: [10.1037/1089-2680.1.2.115](https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115)
- Park, C.L., Aldwin, C.M., Fenster, J.R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry* 78(3), 300-312. DOI: [10.1037/a0014054](https://doi.org/10.1037/a0014054)
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121-1129. DOI: [10.1097/CCM.0000000000000882](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000882)
- Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L. Y., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R., & Stemmer, S. M. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 541–549. DOI: [10.1037/tra0000094](https://doi.org/10.1037/tra0000094)
- Pattison N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British*

- journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 14(13), 708–714.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.13.18452>
- Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 396–405. DOI: [10.1046/j.1365-2702.2003.00876.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00876.x)
- Peetz, A.B., Brat, G.A., Rydingsward, J., Askari, R., Olufajo, O.A., Elias, K. M., Mogensen, K.M., Lesage, J.L., Horkan, C.M., Salim, A., & Christopher, K. B. (2016). Functional status, age, and long-term survival after trauma. *Surgery*, (160)3, 762–770. DOI: [10.1016/j.surg.2016.04.015](https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.04.015)
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bendoni, E., Bacchi, I., Trevisan, M., Giovannini, V., & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 15(1), R41. DOI: [10.1186/cc10003](https://doi.org/10.1186/cc10003)
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 56(4), 519–543.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519:aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519:aid-jclp6>3.0.co;2-1)
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of health psychology*, 9(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Persson Waye, K., Elmenhorst, E.M., Croy, I., & Pedersen, E. (2013). Improvement of intensive care unit sound environment and analyses of consequences on sleep: an experimental study. *Sleep Medicine*, 14(12), 1334–1340.
 DOI: [10.1016/j.sleep.2013.07.011](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.07.011)
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214–217. DOI: [10.1002/jts.20332](https://doi.org/10.1002/jts.20332)
- Powell, T., Gilson, R., & Collin, C. (2012). TBI 13 years on: factors associated with post-traumatic growth. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 34(17), 1461–1467.

DOI: [10.3109/09638288.2011.644384](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.644384)

Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. DOI: [10.1080/15325020902724271](https://doi.org/10.1080/15325020902724271)

Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D. B., & Scatena, R. (2016). Patient experiences during awake mechanical ventilation. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 6(1), 30426.

DOI: [10.3402/jchimp.v6.30426](https://doi.org/10.3402/jchimp.v6.30426)

Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14–23. DOI: [10.1177/0885066614538749](https://doi.org/10.1177/0885066614538749)

Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155–2160.

DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181f267ee](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee)

Puntillo, K., Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., Gabriel, M., Hays, R., Lustbader, D., Mosenthal, A., Mulkerin, C., Ray, D., Bassett, R., Boss, R., Brasel, K., & Campbell, M. (2014a). Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst--a report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive care medicine*, 40(2), 235–248.

<https://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>

Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive care medicine*, 40(9), 1295–1302.

<https://doi.org/10.1007/s00134-014-3339-z>

Rajandram, R.K., Jenewein, J., McGrath, C., & Zwahlen, R.A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(5), 583–589. DOI: [10.1007/s00520-011-1105-0](https://doi.org/10.1007/s00520-011-1105-0)

Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: a literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43-54. DOI: [10.5964/pch.v2i1.39](https://doi.org/10.5964/pch.v2i1.39)

Rattray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 60(11), 1085–1092.

DOI:10.1111/j.1365-2044.2005.04336.x

- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). *Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study*. *Nursing in Critical Care*, 2, 86–93. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2010.00387.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00387.x)
- Rattray, J. (2014). Life after critical illness: an overview. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 623-633. DOI: [10.1111/jocn.12379](https://doi.org/10.1111/jocn.12379)
- Ratzer, M., Romano, E., Elklit, A. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder in patients following Intensive care unit treatment: A review of studies regarding prevalence and risk factors*. *Journal of Trauma and Treatment*, 3, 1-15. DOI: [10.4172/2167-1222.1000190](https://doi.org/10.4172/2167-1222.1000190)
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. DOI: [10.1515/jtim-2016-0016](https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016)
- Richards, L., & Morse, J. (2007). *User's guide to qualitative methods (2nd ed.)*. Thousand Oaks, London: Sage.
- Richardson K.M. (2015). Meaning reconstruction in the face of terror: an examination of recovery and posttraumatic growth among victims of the 9/11 World Trade Center attacks. *Journal of Emergency Management*, 13(3), 239–246. DOI: [10.5055/dημ.2015.0237](https://doi.org/10.5055/dημ.2015.0237)
- Righy, C., Rosa, R. G., da Silva, R., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A., & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England)*, 23(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Ringdal, M., Plos, K., & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7, 8. DOI:[10.1186/1472-6955-7-8](https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-8)
- Ringdal, M., Plos, K., Lundberg, D., Johansson, L., & Bergbom, I. (2009). *Outcome after injury: Memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care*. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 66(4), 1226–1233. [10.1097/TA.0b013e318181b8e3](https://doi.org/10.1097/TA.0b013e318181b8e3)
- Ringdal, M., Plos, K., Ortenwall, P., & Bergbom, I. (2010). Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Critical Care*

- Medicine*, 38(1), 38–44. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181b42909](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b42909)
- Ringdal, M., & Rose, L. (2012). Recovery after critical illness: the role of follow-up services to improve psychological well-being. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(1), 7–17.
- Roberts, B., & Chaboyer, W. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in Critical Care*, 9(4), 173–180. DOI: [10.1111/j.1362-1017.2004.00066.x](https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00066.x)
- Rodgers, S. T. (2014). *Posttraumatic Growth*. In Encyclopedia of Social Work.
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 1055–1079. DOI: [10.1007/s11482-013-9288-9](https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9)
- Rogan, C., Donal, F.G. & Prentice, G. (2013). Post-traumatic growth, illness perceptions and coping in people with acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 639–657. DOI: [10.1080/09602011.2013.799076](https://doi.org/10.1080/09602011.2013.799076)
- Rose, L., Nonoyama, M., Rezaie, S., Fraser, I., (2014). Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive Critical Care Nursing*, 30(3), 145–151. DOI: [10.1016/j.iccn.2013.11.002](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.11.002)
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., Im, K., Donahoe, M., & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical care medicine*, 30(4), 746–752. <https://doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004>
- Roulin, M.J., Hurst, S. & Spirig, R., (2007). Diaries written for ICU patients. *Qualitative Health Research*, 17(7), 893 - 901.
DOI: [10.1177/1049732307303304](https://doi.org/10.1177/1049732307303304)
- Rundshagen, I., Schnabel, K., Wegner, C., & am Esch, S. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Medicine*, 28(1), 38–43. DOI: [10.1007/s00134-001-1168-3](https://doi.org/10.1007/s00134-001-1168-3)
- Rydingsward, J.E., Horkan, C.M., Mogensen, K.M., Quraishi, S.A., Amrein, K., & Christopher, K.B. (2016). Functional status in ICU survivors and out of hospital outcomes: a cohort study. *Critical Care Medicine*, 44(5), 869–879.
DOI: [10.1097/CCM.0000000000001627](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001627)

- Rzeszutek, M. (2017). Social support and posttraumatic growth in a longitudinal study of people living with HIV: the mediating role of positive affect. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1412225.
DOI: [10.1080/20008198.2017.1412225](https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1412225)
- Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 895–904. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018)
- Sacanella, E., Pérez-Castejón, J. M., Nicolás, J. M., Masanés, F., Navarro, M., Castro, P., & López-Soto, A. (2011). Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: a prospective observational study. *Critical Care*, 15(2), R105. DOI: [10.1186/cc10121](https://doi.org/10.1186/cc10121)
- Sale, J.E., (2008). How to assess rigor or not in qualitative papers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 912–913. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2008.01093.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01093.x)
- Salisbury, L. G., Merriweather, J. L., & Walsh, T. S. (2010). Rehabilitation after critical illness: could a ward-based generic rehabilitation assistant promote recovery? *Nursing in critical care*, 15(2), 57–65. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2010.00382.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00382.x)
- Salluh, J. I., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A.,... Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h2538. DOI: [10.1136/bmj.h2538](https://doi.org/10.1136/bmj.h2538)
- Samuelson, K., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine*, 32(5), 660–667. DOI: [10.1007/s00134-006-0105-x](https://doi.org/10.1007/s00134-006-0105-x)
- Samuelson, K.A., Lundberg, D., Fridlund, B. (2007) Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(6), 671-678. DOI: [10.1111/j.1399-6576.2007.01292.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01292.x)
- Samuelson, K., & Corrigan, I. (2009). A nurse led intensive care after care programme – development, experiences and preliminary evaluation. *Nursing in Critical Care*, 14(5), 254-263. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2009.00336.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00336.x)

- Samuelson, K. (2011a). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients--findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), 76–84. DOI: [10.1016/j.iccn.2011.01.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.003)
- Samuelson K. A. (2011b). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. *Heart & lung: the journal of critical care*, 40(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.12.009>
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, Data collection and analysis techniques in mixed methods studies research. *Research in Nursing and Health*, 23(3), 246-255.
DOI: [10.1002/1098-240x\(200006\)23:3<246:aid-nur9>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200006)23:3<246:aid-nur9>3.0.co;2-h)
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436–447. DOI: [10.1016/j.cpr.2010.02.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004)
- Schelling, G., Kilger, E., Roozendaal, B., de Quervain, D. J., Briegel, J., Dagge, A., Rothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., Nollert, G., & Kapfhammer, H. P. (2004). Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biological psychiatry*, 55(6), 627–633.
DOI: [10.1016/j.biopsych.2003.09.014](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.09.014)
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540–547.
DOI: [10.1097/MCC.0b013e328357f141](https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357f141)
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., & Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1614–1624.
DOI: [10.1016/j.socscimed.2006.04.004](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.004)
- Sekmen, I.D. and Ünsar, S., 2018. Determining the Experiences of the Patients who were being Treated in Intensive Care Unit. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 9,113-119.
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H.B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(2), 150–158. DOI: [10.1007/s10880-010-9192-5](https://doi.org/10.1007/s10880-010-9192-5)

- Schaefer, J., & Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. *Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds.), Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99 – 126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shakespeare-Finch, J., & de Dassel, T. (2009). The impact of child sexual abuse on victims/ survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18,623–640.
- Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: Differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 15(2), 69-82. <https://doi.org/10.1080/15325020903373151>
- Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G., 2013. A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 572-591. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.734207>
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229. DOI: [10.1016/j.janxdis.2013.10.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005)
- Shand, L.K., Cowlshaw, S., Brooker, J.E., Burney, S., & Ricciardelli, L.A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 24(6), 624–634. DOI: [10.1002/pon.3719](https://doi.org/10.1002/pon.3719)
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71–77. DOI: [10.7812/TPP/13-098](https://doi.org/10.7812/TPP/13-098)
- Sharma B, G., Evs, M., Ms, K., & B, G. (2014). Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(12), WC01–WC3. DOI: [10.7860/JCDR/2014/10293.5297](https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10293.5297)
- Shaw, A., Joseph, S. & Alex Linley, P. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1-11. DOI: [10.1080/1367467032000157981](https://doi.org/10.1080/1367467032000157981)

- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11*(4) 265-273.
<https://doi.org/10.1023/B:JOCS.0000045346.76242.73>
- Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality, 2*(2), 104–114.
<https://doi.org/10.1037/a0018454>
- Shuwiekh, H., Kira, I.A., & Ashby, J.S. (2018). What are the personality and trauma dynamics that contribute to posttraumatic growth? *International Journal of Stress Management, 25*(2), 181–194. DOI: [10.1037/str0000054](https://doi.org/10.1037/str0000054)
- Silva, J., Ownsworth, T., Shields, C., & Fleming, J. (2011). Enhanced appreciation of life following acquired brain injury: Posttraumatic growth at 6 months postdischarge. *Brain Impairment, 12*(2), 93–104.
<https://doi.org/10.1375/brim.12.2.93>
- Sim, B.Y., Lee, Y.W., Kim, H., & Kim, S.H. (2015). Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: Prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(3), 230–236.
 DOI: [10.1016/j.ejon.2014.10.017](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.017)
- Simons, K.S., Verweij, E., Lemmens, P.M.C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J.P.C., Feijen, H.M., van der Steen, M.S., Kohlrausch, A.G., van den Boogaard, M., & de Jager, C.P.C. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care, 22*(1),250. DOI: [10.1186/s13054-018-2182-y](https://doi.org/10.1186/s13054-018-2182-y)
- Sleutjes, A., Moreira-Almeida, A., & Greyson, B. (2014). Almost 40 years investigating near-death experiences: an overview of mainstream scientific journals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(11), 833–836.
 DOI: [10.1097/NMD.0000000000000205](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000205)
- Slooter, A.J., Van De Leur, R.R., & Zaal, I.J. (2017). Delirium in critically ill patients. *Handbook of Clinical Neurology, 141*, 449–466. DOI: [10.1016/B978-0-444-63599-0.00025-9](https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63599-0.00025-9)
- Smith, S. K., Samsa, G., Ganz, P. A., & Zimmerman, S. (2014). Is there a relationship between posttraumatic stress and growth after a lymphoma diagnosis? *Psycho-Oncology, 23*(3), 315–321. DOI: [10.1002/pon.3419](https://doi.org/10.1002/pon.3419)

- Sokolowski, R. (2008). *Phenomenology of the human person*. Cambridge University Press. DOI: [10.1017/CBO9780511812804](https://doi.org/10.1017/CBO9780511812804)
- Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D., & Varkey, P. (2011). Stress management and resilience training among department of medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 858–861. DOI: [10.1007/s11606-011-1640-x](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x)
- Stein-Parbury, J., & McKinley, S. (2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 9(1), 20–27. DOI: [10.4037/ajcc2000.9.1.20](https://doi.org/10.4037/ajcc2000.9.1.20)
- Steger M.F., Kashdan T.B., & Oishi S. (2008a). Being good by doing good: daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 22–42. DOI: [10.1016/j.jrp.2007.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.03.004)
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008b). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76(2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal of counseling psychology*, 56(2), 289. <https://doi.org/10.1037/a0015416>
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445–453. DOI: [10.3200/JACH.56.44.445-454](https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.445-454)
- Storli, S.L., Lindseth, A. & Asplund, K. (2007). “Being somewhere else”—delusion or relevant experience? A phenomenological investigation into the meaning of lived experience from being in intensive care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2 (3), 144-159. DOI: [10.1080/17482620701436921](https://doi.org/10.1080/17482620701436921)
- Storli, S.L., Lindseth, A., & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13(2), 86–96. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2007.00235.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00235.x)

- Storli, S.L., & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), 45–56. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2007.00589.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00589.x)
- Stotts, N.A., Arai, S.R., Cooper, B.A., Nelson, J.E., & Puntillo, K.A. (2015). Predictors of thirst in intensive care unit patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 530–538. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.001)
- Strandberg, S., Vesterlund, L., & Engström, Å. (2018). The contents of a patient diary and its significance for persons cared for in an ICU: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 45, 31–36. DOI: [10.1016/j.iccn.2017.12.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.004)
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research* (2nd Ed.). Newbury Park CA: Sage Publications
- Stricker, K., Sailer, S., Uehlinger, D., Rothen, H.U., Zenklusen, R.M., & Frick, S. (2011). Quality of life 9 years after an intensive care unit stay: a long-term outcome study. *Journal of Critical Care*, 26(4), 379-87. DOI: [10.1016/j.jcrc.2010.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.11.004)
- Svenningsen, H., Tønnesen, E. K., Videbech, P., Frydenberg, M., Christensen, D., & Egerod, I. (2014). Intensive care delirium - effect on memories and health-related quality of life - a follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 634–644. DOI: [10.1111/jocn.12250](https://doi.org/10.1111/jocn.12250)
- Svenningsen, H., Egerod, I., & Dreyer, P. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2807–2815. DOI: [10.1111/jocn.13318](https://doi.org/10.1111/jocn.13318)
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., & Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4) 212–220. DOI: [10.1111/nicc.12165](https://doi.org/10.1111/nicc.12165)
- Tabah, A., Philippart, F., Timsit, J. F., Willems, V., Français, A., Leplège, A., Carlet, J., Bruel, C., Misset, B., & Garrouste-Orgeas, M. (2010). Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge. *Critical care (London, England)*, 14(1), R2. DOI: [10.1186/cc8231](https://doi.org/10.1186/cc8231)
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158–164. DOI: [10.1002/jts.20305](https://doi.org/10.1002/jts.20305)

- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 563–569. DOI: [10.1037/tra0000054](https://doi.org/10.1037/tra0000054)
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3-7. DOI: [10.1177/2345678906293042](https://doi.org/10.1177/2345678906293042)
- Tassell-Matamua, N.A. & Lindsay, N. (2016). “I’m not afraid to die”: The loss of the fear of death after a near-death experience. *Mortality*, 21(1), 71-87. DOI: [10.1080/13576275.2015.1043252](https://doi.org/10.1080/13576275.2015.1043252)
- Tate, J.A., Devito Dabbs, A., Hoffman, L.A., Milbrandt, E., & Happ, M.B. (2012). Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qualitative Health Research* 22(2), 157–173. DOI: [10.1177/1049732311421616](https://doi.org/10.1177/1049732311421616)
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99–109. DOI: [10.1037/0003-066X.55.1.99](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99)
- Teddle, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100. DOI: [10.1177/1558689806292430](https://doi.org/10.1177/1558689806292430)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage. DOI: [10.4135/9781483326931](https://doi.org/10.4135/9781483326931)
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. DOI: [10.1007/BF02103658](https://doi.org/10.1007/BF02103658)
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth: Conceptual issues*. In R. G. Tedeschi, C.L. Park, & L.G. Calhoun (Eds.), *The LEA series in personality and clinical psychology. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (p. 1–22). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781410603401>
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R.G., & McNally, R.J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, 66(1), 19–24. DOI: [10.1037/a0021896](https://doi.org/10.1037/a0021896)

- Tedeschi, R.G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L.G. (2017). The posttraumatic growth inventory: a revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 11–18. DOI: [10.1002/jts.22155](https://doi.org/10.1002/jts.22155)
- Tedeschi, R.G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L.G. (2018). *Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Application*. Νέα Υόρκη: Taylor & Francis Group. DOI: [10.4324/9781315527451](https://doi.org/10.4324/9781315527451)
- Tedeschi, R.G., & Moore, B.A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(2), 180–194. DOI: [10.1037/int0000250](https://doi.org/10.1037/int0000250)
- Tembo, A., Parker, V. & Higgins, I. (2012). Being in limbo: The experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open Journal of Nursing, 2*, 270-276. DOI: [10.4236/ojn.2012.23041](https://doi.org/10.4236/ojn.2012.23041)
- Tembo, A.C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & critical care nursing, 31*(3), 171–178. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.10.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.004)
- Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin, 108*, 209-232. DOI: [10.1037/0033-2909.108.2.209](https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.209)
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 87–88. DOI: [10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut](https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut)
- Thurmond, V.A. (2001). The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(3), 253-258. DOI: [10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x)
- Tøien, K., Bredal, I.S., Skogstad, L., Myhren, H., & Ekeberg, O. (2011). Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19*, 22. DOI: [10.1186/1757-7241-19-22](https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-22)
- Tolleson, A. & Zeligman, M. (2019). Creativity and Posttraumatic Growth in Those Impacted by a Chronic Illness/Disability. *Journal of Creativity in Mental Health, 14*(4), 499-509. DOI: [10.1080/15401383.2019.1632769](https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1632769)
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care, 19*(6), 349-357. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)

- Topçu, S., Şule Ecevit A., Bilgi, G., & Ayda K. (2017) "Patient experiences in intensive care units: a systematic review," *Patient Experience Journal*, 4(3), 115-127. DOI: [10.35680/2372-0247.1137](https://doi.org/10.35680/2372-0247.1137).
- Torgersen, J., Hole, J. F., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T., & Flaatten, H. (2011). Cognitive impairments after critical illness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(9), 1044–1051. DOI: [10.1111/j.1399-6576.2011.02500.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2011.02500.x)
- Tosun, N., Ayla, Y., Ünver, V., Akbayrak, N., & Hatipoglu, S. (2009). Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(3), 648-658.
- Triplett, K.N., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., & Reeve, C.L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400–410. DOI:[10.1037/a0024204](https://doi.org/10.1037/a0024204)
- Trull, T.J., & Widiger, T.A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–146. DOI: [10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull](https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull)
- Tsai, J., El-Gabalawy, R., Sledge, W. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Posttraumatic growth among veterans in the USA: Results from the national health and resilience in veterans' study. *Psychological Medicine*, 45(1), 165-179. DOI: [10.1017/S0033291714001202](https://doi.org/10.1017/S0033291714001202)
- Tulloch, H., Greenman, P. S., & Tassé, V. (2015). Post-traumatic stress disorder among cardiac patients: prevalence, risk factors, and considerations for assessment and treatment. *Behavioral Sciences*, 5(1), 27–40. DOI: [10.3390/bs5010027](https://doi.org/10.3390/bs5010027)
- Ullman, A.J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., & Hull, A., (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A cochrane systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1243-1253. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2015.03.020](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.020)
- van de Leur, J. P., van der Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical care (London, England)*, 8(6), R467–R473. <https://doi.org/10.1186/cc2976>
- Van de Pol, I., Van Iterson, M., & Maaskant, J. (2017). Effect of nocturnal sound reduction on the incidence of delirium in intensive care unit patients: An

- interrupted time series analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 41, 18–25.
DOI: [10.1016/j.iccn.2017.01.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.008)
- Verceles, A.C., Silhan, L., Terrin, M., Netzer, G., Shanholtz, C., & Scharf, S. M. (2012). Circadian rhythm disruption in severe sepsis: the effect of ambient light on urinary 6-sulfatoxymelatonin secretion. *Intensive Care Medicine*, 38(5), 804–810. DOI: [10.1007/s00134-012-2494-3](https://doi.org/10.1007/s00134-012-2494-3)
- Villa, P., Pintado, M. C., Luján, J., González-García, N., Trascasa, M., Molina, R., Cambronero, J. A., & de Pablo, R. (2016). Functional status and quality of life in elderly intensive care unit survivors. *Journal of The American Geriatrics Society*, 64(3), 536–542. DOI: [10.1111/jgs.14031](https://doi.org/10.1111/jgs.14031)
- Vincent J.L. (2013). Critical care--where have we been and where are we going? *Critical Care (London, England)*, 17 Suppl 1(Suppl 1), S2. DOI: [10.1186/cc11500](https://doi.org/10.1186/cc11500)
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., & Demakis, G.J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110-120. DOI: [10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x)
- Volk, B., & Grassi, F. (2009). Treatment of the post-ICU patient in an outpatient setting. *American Family Physician*, 79(6), 459–464.
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication, knowing what to say when* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Wade, D.M., Howell, D.C., Weinman, J.A., Hardy, R.J., Mythen, M.G., Brewin, C.R., Borja-Boluda, S., Matejowsky, C.F., & Raine, R.A. (2012). Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Critical Care*, 16(5), R192. DOI: [10.1186/cc11677](https://doi.org/10.1186/cc11677)
- Wade, D.M., Brewin, C.R., Howell, D.C., White, E., Mythen, M.G., & Weinman, J.A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 613–631. DOI: [10.1111/bjhp.12109](https://doi.org/10.1111/bjhp.12109)
- Waight, C.A., Strodl, E., Sheridan, J., & Tesar, P. (2015). Posttraumatic growth in post-surgical coronary artery bypass graft patients. *Health Psychology Open*, 2(1). DOI: [10.1177/2055102915571370](https://doi.org/10.1177/2055102915571370)
- Walsh, D. M. J., Morrison, T. G., Conway, R. J., Rogers, E., Sullivan, F. J., & Groarke, A. (2018). A model to predict psychological- and health-related adjustment in

- men with prostate cancer: The role of post traumatic growth, physical post traumatic growth, resilience and mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 136. DOI: [10.3389/fpsyg.2018.00136](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00136)
- Wang, K., Zhang, B., Li, C., & Wang, C. (2009). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal Clinical of Nursing*, 18(2), 183-190. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2008.02518.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02518.x)
- Wang, M. L., Liu, J. E., Wang, H. Y., Chen, J., & Li, Y. Y. (2014). Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 478–483. DOI: [10.1016/j.ejon.2014.04.012](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.012)
- Weiss, D., & Marmar C., (1997). *The Impact of Event Scale-Revised*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press. DOI: [10.1007/978-0-387-70990-1_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10)
- Wenham T. & Pittard A. (2009). Intensive care unit environment. Continuing Education in Anaesthesia *Critical Care & Pain*, 9(6), 178–183. DOI: [10.1093/bjaceaccp/mkp036](https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkp036)
- Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R., & Solberg, S. (2015). Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 24(6), 474–479. DOI: [10.4037/ajcc2015435](https://doi.org/10.4037/ajcc2015435)
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273. DOI: [10.1037/0278-6133.24.3.266](https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.266)
- Wintermann, G.B., Brunkhorst, F.M., Petrowski, K., Strauss, B., Oehmichen, F., Pohl, M., & Rosendahl, J. (2015). Stress disorders following prolonged critical illness in survivors of severe sepsis. *Critical Care Medicine*, 43(6), 1213–1222. DOI: [10.1097/CCM.0000000000000936](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000936)
- Wojnicki-Johansson G. (2001). Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive & critical care nursing*, 17(1), 29–39. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1547>
- Wood, M. J., Molassiotis, A., & Payne, S. (2011). What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(2), 135–145. DOI: [10.1002/pon.1722](https://doi.org/10.1002/pon.1722)

- Wu, X., Zhou, X., Wu, Y., & An, Y. (2015). The role of rumination in posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the Wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 133
DOI: [10.3389/fpsyg.2015.01335](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01335)
- Wunsch, H., Christiansen, C. F., Johansen, M. B., Olsen, M., Ali, N., Angus, D. C., & Sørensen, H. T. (2014). Psychiatric diagnoses and psychoactive medication use among nonsurgical critically ill patients receiving mechanical ventilation. *Journal of the American Medical Association*, 311(11), 1133–1142.
DOI: [10.1001/jama.2014.2137](https://doi.org/10.1001/jama.2014.2137)
- Yalom, I.D., & Lieberman, M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334–345. DOI: [10.1080/00332747.1991.11024563](https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024563)
- Yang R. (2016). Dependency in Critically Ill Patients: A Meta-Synthesis. *Global qualitative nursing research*, 3, 2333393616631677.
DOI: [10.1177/2333393616631677](https://doi.org/10.1177/2333393616631677)
- Yi, J., & Kim, M.A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: How is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 461–467. DOI: [10.1002/jts.21941](https://doi.org/10.1002/jts.21941)
- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M.A., & Cousino, M. (2015). Posttraumatic growth outcomes and their correlates among young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 981–991. DOI: [10.1093/jpepsy/jsv075](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv075)
- Yoshino, Y., Unoki, T., Sakuramoto, H., Ouchi, A., Hoshino, H., Matsuishi, Y., & Mizutani, T. (2021). Association between intensive care unit delirium and delusional memory after critical care in mechanically ventilated patients. *Nursing open*, 8(3), 1436–1443. <https://doi.org/10.1002/nop2.760>
- Zernicke, K., Campbell, T., Speca, M., Ruff, K., Flowers, S., Tamagawa, R., & Carlson, L. (2016). The eCALM Trial: eTherapy for Cancer Applying Mindfulness. Exploratory Analyses of the Associations Between Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Participation and Changes in Mood, Stress Symptoms, Mindfulness, Posttraumatic Growth, and Spirituality. *Mindfulness*, 7(5), 1071-1081. Doi: [10.1186/1472-6882-13-34](https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-34)
- Zetterlund, P., Plos, K., Bergbom, I., & Ringdal, M. (2012). Memories from intensive care unit persist for several years-a longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(3), 159–167.
DOI: [10.1016/j.iccn.2011.11.010](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.010)

- Zięba M., Wiecheć K., Biegańska-Banaś J., & Mieleśczenko-Kowszewicz W. (2019). Coexistence of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation in the aftermath of trauma: qualitative and quantitative narrative analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 687. DOI: [10.3389/fpsyg.2019.00687](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00687)
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-53. DOI: [10.1016/j.cpr.2006.01.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008)

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ασημακοπούλου, Ε., & Μαδιανός, Μ. (2012). Επιπολασμός μείζονος κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού stress σε ασθενείς ΜΕΘ, *Νοσηλευτική*, 51(3), 278-287.
- Γιαβάση, Γ., Σαμαρτζής, Λ., & Νανάς, Σ. (2015). Το ντελίριο σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας Ανασκόπηση σχετικά με τις σύγχρονες προληπτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3), 263-279.
- Κασέρη, Ζ. (2014). *Επίμετρο. Η συμβολή των λογισμικών προγραμμάτων στην ανάλυση λογισμικών ποιοτικών δεδομένων: Το πρόγραμμα NVivo 10, στο Τσιώλης, Γ. Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Κοτρώτσου Ε. (2018). Γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε ενήλικες που ανέπτυξαν Διαταραχή Μετατραυματικού στρες μετά από σεξουαλική κακοποίηση. *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική έρευνα & θεραπεία*, 4(1), 21-30.
- Κριεζή, Φ., Παπάζογλου, Ε., & Τζεμπελίκος, Ε. (2009). *Ψυχολογικά προβλήματα και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις σε ασθενείς και μέλη του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας*. Στο Λ. Λύκουρας, Κ. Ε. Σολδάτος Γ. & Γ. Ζέρβας (Επιμ.), *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική* (.409-419). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Μπελλάλη, Θ. (2006). Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23, 298-307.
- 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.

- Πατσάκη, Ε., Γεροβασίλη, Β., Σιδηράς, Γ., Ρούτση, Χ., Μαρκάκη, Β., & Νανάς, Σ. (2015). Η αποκατάσταση της μυϊκής δυσλειτουργίας μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(6), 713-723.
- Πούρκος, Μ., & Δαφέρμος, Μ. (2010). *Ποιοτική έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες: Επιστημολογικά, μεθοδολογικά και ηθικά ζητήματα (1η εκδ.)*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Σιδηράς, Γ., Γεροβασίλη, Β., Πατσάκη, Ε., Καραβίτη, Β., Ρούτση, Χ., Νανάς Σ. (2018). Σύνδρομο μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας (PICS). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4), 454-463.
- Τζιαφέρη, Σ., & Σουρτζή, Π. (2002). Τριγωνοποίηση: μια μεθοδολογική προσέγγιση στη μελέτη της φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική*, 3, 258-265.
- Τσιώλης Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα. Εκδόσεις Κριτική, Α.Ε.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι

Έντυπο ενημέρωσης για συμμετοχή σε μελέτη

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΡΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS	
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ Παπαδιαμαντοπούλου 123 11527 Αθήνα Δανάη Παπαδάτου Ph.D. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας	 FACULTY OF NURSING DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH & BEHAVIORAL SCIENCES 123 Papadiamantopoulou str., 11527 Athens, Greece Danae Papadatou, Ph.D. Professor of Clinical Psychology
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ	
<p>Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για τη διεξαγωγή μελέτης με θέμα «Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» που υλοποιείται από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των εμπειριών που είχαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κρίσιμη κατάσταση σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, εξαιτίας ενός απειλητικού για τη ζωή νοσήματος ή τραυματισμού και να καταλάβουμε τις επιπτώσεις στη ζωή τους.</p> <p>Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει μια συζήτηση και τη συμπλήρωση 500 ερωτηματολογίων στο σπίτι ή σε χώρο της επιλογής σας. Τα αποτελέσματα θα μας βοηθήσουν να καταλάβουμε τις μακροχρόνιες επιπτώσεις και αλλαγές που έχει το πρόβλημα υγείας και η νοσηλεία στη ΜΕΘ, στη ζωή των ασθενών.</p> <p>Σας βεβαιώνουμε ότι οι απόψεις σας, θα παραμείνουν αυστηρά ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ και θα τηρηθεί πλήρης ανωνυμία. Σε όλα τα ερωτηματολόγια θα αναγράφεται μονάχα ένας αριθμός/κωδικός, χωρίς καμία αναφορά στο όνομά σας. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να μην απαντήσετε σε κάποια ερώτηση. Η άρνηση της συμμετοχής σας σε αυτήν τη μελέτη δεν θα επηρεάζει με κανέναν τρόπο τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες που σας παρέχονται.</p>	
 Δανάη Παπαδάτου Καθηγήτρια Ψυχολογίας Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ	<p>Αγγελική Στάμου Νοσηλεύτρια Υποψήφια διδάκτωρ</p> 

Έντυπο συγκατάθεσης ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Έχω ενημερωθεί και διαβάσει τους σκοπούς της μελέτης με θέμα «*Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*» που υλοποιείται από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με την παρούσα συγκατάθεση, δηλώνω την επιθυμία μου να λάβω μέρος. Κατανοώ ότι η μελέτη αυτή περιλαμβάνει μια συζήτηση και τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων.

Επίσης κατανοώ ότι κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων θα μου ζητηθεί από την κ. Αγγελική Στάμου να μιλήσω για προσωπικές εμπειρίες σχετικά με την ασθένειά μου, την παραμονή μου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τις αλλαγές που αφορούν τον εαυτό μου, τις σχέσεις μου με τους άλλους και τη ζωή μου.

Γνωρίζω ότι οι πληροφορίες που θα δώσω θα παραμείνουν αυστηρά **ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ** και θα τηρηθεί **πλήρης ανωνυμία**. Σε όλα τα ερωτηματολόγια θα αναγράφεται μονάχα ένας κωδικός, χωρίς καμία αναφορά στο όνομά μου. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και έχω το δικαίωμα να μην απαντήσω σε κάποια ερώτηση. Η άρνηση της συμμετοχής μου στη μελέτη δεν θα επηρεάζει με κανέναν τρόπο τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες που μου παρέχονται.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____ / _____ / 2014



ΑΡΧΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δ/ση Γραμματείας
Τμήμα :Ελεγκτών
Ταχ. Δ/ση :Κηφισίας 1-3, Αθήνα
Ταχ. Κώδ. :115 23
Πληροφ. :Χαρίκλεια Ζ. Λάτσιου
Τηλ. :210-6475692
Fax :210-6475628
Email :contact@dpa.gr
Ιστοσελίδα :www.dpa.gr

Αθήνα, 03-06-2014

Αριθ. Πρωτ.: ΓΝ/ΕΞ/2469-3/03-06-2014

ΠΡΟΣ
Αγγελική Στάμου
Λασκάρεως 54
Τ.Κ. 114 72 Αθήνα

α/α Αδείας : 1330

Άδεια από τις επιστημονικές επιτροπές των νοσοκομείων

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ο.Ν.Κ. "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Τηλ. : 210- 3501614 Fax. : 210- 6205665
Email : epist.simvouliogonk@gmail.com

Αρ. πρωτ. Ε.Σ : 479
Ν. ΚΗΦΙΣΙΑ 9-5-2014

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ Της 9^{ης}/28-4-2014 Τακτικής Συνεδρίασης Του Επιστημονικού Συμβουλίου

Σήμερα 28 Απριλίου 2014 ημέρα Δευτέρα και ώρα 13.30μ.μ. στην αίθουσα του Επιστημονικού Συμβουλίου, έγινε η 9η Συνεδρίαση του Ε.Σ. του Νοσοκομείου μας.

ΠΑΡΟΝΤΕΣ

1. ΣΑΜΑΝΤΑΣ ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ Συντ. Διευθυντής Γ' Ογκολογικής
2. ΦΙΛΑΝΤΙΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, Καθηγητής ΜΒΘ
3. ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ Δ/ντής Μικροβιολογίας
4. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΕΒ' Καρδιολογίας
5. ΚΟΥΡΙΔΟΥ ΒΙΡΓΙΝΙΑ, Ακτινοφυσικός
6. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, Τομέαρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
7. ΜΠΟΥΝΤΑΛΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Προϊστάμενος Κοινωνικής Υπηρεσίας

Χρέη γραμματέως - πρακτικογράφου εκτέλεσε η διοικητική υπάλληλος Σοφία Πάνου.

Θέμα 7: Ερευνητικά πρωτόκολλα


1. Στο Ε. Σ. Κατατέθηκε προς έγκριση αίτημα με αρ. πρωτ.: 353/9-4-2014

Της κας Στάμου Αγγελικής, ΠΕ Νοσηλεύτριας υποψήφιας διδάκτορος ΕΚΠΑ, για άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με θέμα «Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας».

Τα μέλη του Ε.Σ., λαμβάνοντας υπόψη το αίτημα της κας Στάμου Αγγελικής, ΠΕ Νοσηλεύτριας υποψήφιας διδάκτορος ΕΚΠΑ, τα συνοδευτικά σ' αυτό έγγραφα και μετά το σχετικό έλεγχο, εγκρίνουν τη διεξαγωγή έρευνας και συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με θέμα «Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας».

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Η Γραμματέας του Ε.Σ.


ΠΑΝΟΥ ΣΟΦΙΑ

Ο Πρόεδρος
Επιστημονικού Συμβουλίου
ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ ΣΑΜΑΝΤΑΣ



Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου PTGI-42

3/4/2018

Gmail - (κανένα θέμα)



Aggeliki Stamou <stageagthe@gmail.com>

(κανένα θέμα)

STAMOU A.- AGOURIDES TH. <stageagthe@gmail.com>
Προς: kcalhnr@uncc.edu
Κοιν.: Danaï Papadatou <dpap@nurs.uoa.gr>

19 Ιανουαρίου 2014 - 7:13 μ.μ.

Dear Dr Calhoun

I am a Lecturer, at the Faculty of Health and caring Professions, of the Technological Educational Institute (T.E.I.) in Nursing. I am currently doing my Ph.D. at the Faculty of Nursing of the National and Kapodistrian University of Athens, and my advisor is Dr Danaï Papadatou, Professor of Clinical Psychology.

The topic of my dissertation is on post traumatic growth in a sample of Greek patients with a life-threatening illness or injury who have been hospitalized at an ICU as a result of the critical nature of their health care condition. I am going to use a mixed methods design, interview them individually 6-12 months post hospitalization and administer the Post-Traumatic Growth Inventory-42 which includes the items on depreciation.

I would greatly appreciate if you could send me the Inventory-42 in order to ascertain that all items are correctly phrased and translated in Greek. In addition, i would like to ask your permission to translate into Greek and use the PTGI-42.

I am looking forward to receiving your response.
Best Regards,

Aggeliki Stamou
Lecturer, Faculty of Health and Caring Professions
Department of Nursing Technological Educational Institute of Athens (T.E.I.)



Aggeliki Stamou <stageagthe@gmail.com>


PTGI-42

Tedeschi, Rich <rtedesch@uncc.edu>
Προς: "stageagthe@gmail.com" <stageagthe@gmail.com>

21 Ιανουαρίου 2014 - 5:02 μ.μ.

Here is the PTGI-42 for your use. We would be interested in learning how your study turns out. Thanks for your interest.

Richard Tedeschi, Ph.D.
Professor of Psychology
UNC Charlotte
Charlotte, North Carolina 28223 USA
704-687-1358
Fax 704-687-1317

 **PTGI-42 items paired version.doc**
29K

Παράρτημα II

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κωδικός: _____

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία: 18-30 31-40 41-50
 51-60 πάνω από 61
3. Οικογενειακή κατάσταση:
 Παντρεμένος/η Ανύπαντρος/η
 Διαζευγμένος/η Χήρος/α
4. Εκπαίδευση:
Είστε απόφοιτος Δημοτικού Γυμνασίου Λυκείου
 ΙΕΚ ΤΕΙ ΑΕΙ
5. Επάγγελμα:
 Ιδιωτικός Υπάλληλος Δημόσιος Υπάλληλος Οικιακά
 Ελεύθερος Επαγγελματίας Συνταξιούχος Αγρότης
 Άνεργος Άλλο (τι, _____)
6. Εθνικότητα: Ελληνική Άλλη (ποια, _____)
7. Θρήσκευμα: Χριστιανός Ορθόδοξος Άλλο
(ποιο, _____)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΦΑΚΕΛΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κωδικός: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / 2014

Ημερομηνία συνέντευξης: ____ / ____ / 2014

1. Νοσοκομείο _____

1. 2. 3. 4. 5.

2. Είδος Μονάδας Εντατικής Θεραπείας:

1. Αναπνευστική

2. Καρδιοχειρουργική

3. Γενική Μονάδα

4. Μονάδα Εμφραγμάτων

5. Άλλο _____

3. Ίδρυμα Αποκατάστασης

1. Εσωτερικός ασθενής

2. Εξωτερικός ασθενής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

1. Ονοματεπώνυμο: _____

2. Τόπος μόνιμης κατοικίας: _____

3. Διεύθυνση: _____

4. Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____

5. Διάγνωση: _____

6. Ημερομηνία διάγνωσης: _____

7. Νοσηλείες στο Νοσοκομείο

Σύνολο: _____

1^η νοσηλεία Τμήμα: _____ ΜΕΘ: _____

Αιτία εισόδου: _____

Διάγνωση: _____

Ημερομηνία εισόδου: _____

Ημέρες νοσηλείας: _____

8. Τόπος συνέντευξης

Νοσοκομείο/Τμήμα Ίδρυμα αποκατάστασης Οικία

9. Φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι:

Σύζυγος Παιδιά Άλλος συγγενής Φροντιστής

10. Χρονικό διάστημα από την τελευταία έξοδο από τη ΜΕΘ: _____

11. Χρονικό διάστημα παραμονής στο ίδρυμα: _____

12. Χρονικό διάστημα συμμετοχής στο πρόγρ. αποκατάστασης _____

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Μιλήστε μου για το πρόβλημα της υγείας σας.
2. Πότε διαγνωστήκατε,
3. Ποια ήταν η διάγνωση,
4. Ποια νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας είναι αυτή που θυμάστε εντονότερα / περισσότερο, Μιλήστε μου για αυτήν, Γιατί τη θυμάστε,
5. Ποια είναι η κατάσταση της υγείας σας σήμερα,
6. Πώς αντιλαμβάνεστε το πρόβλημα της υγείας σας,
7. Υπήρξε σε όλη την πορεία της ασθένειάς σας κάποια στιγμή που νιώσατε ότι κινδυνεύει η ζωή σας, Πότε και γιατί,
8. Είχατε ποτέ την εμπειρία ότι πεθαίνετε ή κάτι παρόμοιο, Περιγράψτε.
9. Πως το πρόβλημα της υγείας σας επηρέασε και επηρεάζει τη ζωή σας,
10. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τις σχέσεις με τους άλλους, *Εάν ναι, ποιες είναι αυτές, Περιγράψτε.*
11. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τη ζωή, τον εαυτό σας, *Εάν ναι, ποιες είναι αυτές, Περιγράψτε.*
12. Παρατηρήσατε κάποιες αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τον εαυτό σας , *Εάν ναι, ποιες είναι αυτές, Περιγράψτε.*
13. Μπορείτε να προσδιορίσετε χρονικά πότε διαπιστώσατε ότι άρχισαν οι αλλαγές αυτές ,
14. Υπήρξε κάποιο γεγονός που ήταν η αιτία των αλλαγών αυτών, Περιγράψτε το.
15. Τι άλλο επηρέασε αυτές τις αλλαγές ,
16. Υπήρξε κάτι ή κάποιος που διευκόλυνε αυτές τις αλλαγές,
17. Υπήρξε κάτι ή κάποιος που παρεμπόδισε τις αλλαγές αυτές,
18. Ποιοι είναι οι στόχοι στη ζωή σας σήμερα,.
19. Πώς βλέπετε το μέλλον σας,
20. Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να προσθέσετε,
21. Πώς ήταν αυτή η συζήτηση για σας,

**Κλίμακα μέτρησης της Μετατραυματικής Ανάπτυξης και Δυσφορίας
(Post-traumatic Growth Inventory – 42, PTGI-42)**

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ
DEPRECIATION (POST-TRAUMATIC GROWTH INVENTORY-42, PTGI-
42)**

Διαβάστε κάθε μία από παρακάτω προτάσεις και προσδιορίστε **το βαθμό** στον οποίο συνέβησαν οι συγκεκριμένες αλλαγές στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της ασθένειας/τραυματισμού και νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Οι προτάσεις εμφανίζονται σε **ζεύγη** που δηλώνουν διαφορετικούς τύπους αλλαγών που πιθανά να έχετε βιώσει. Διαβάστε και τις δύο προτάσεις κάθε ζεύγους. Μπορεί να μην έχετε βιώσει **καμία** από τις δυο αλλαγές, μπορεί να έχετε βιώσει **μία** από τις δύο ή μπορεί να έχετε βιώσει **και τις δύο** αλλαγές κάθε ζεύγους.

Αξιολογήστε **το βαθμό** στον οποίο έχετε βιώσει την κάθε αλλαγή ως αποτέλεσμα της ασθένειας και νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα.

0= Δεν έχω βιώσει τέτοιο είδος αλλαγής ως αποτέλεσμα της ασθένειας/τραυματισμού & νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

1= Έχω βιώσει αυτή την αλλαγή **σε πολύ μικρό βαθμό**

2= Έχω βιώσει αυτή την αλλαγή **σε μικρό βαθμό**

3= Έχω βιώσει αυτή την αλλαγή **σε μέτριο βαθμό**

4= Έχω βιώσει αυτή την αλλαγή **σε μεγάλο βαθμό**

5= Έχω βιώσει αυτή την αλλαγή **σε πολύ μεγάλο βαθμό** ως αποτέλεσμα της ασθένειας/τραυματισμού και νοσηλείας μου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

		0 Δεν έχω βιώσει αυτήν την αλλαγή	1 Σε πολύ μικρό βαθμό	2 Σε μικρό βαθμό	3 Σε μέτριο βαθμό	4 Σε μεγάλο βαθμό	5 Σε πολύ μεγάλο βαθμό
1α	Άλλαξα τις προτεραιότητές μου, για το τι είναι σημαντικό στη ζωή						
1β	Δυσκολεύομαι να ξεκαθαρίσω ποιες προτεραιότητες είναι σημαντικές στη ζωή						
2α	Εκτιμώ λιγότερο την αξία της ζωής μου						
2β	Εκτιμώ περισσότερο την αξία της ζωής μου						
3α	Ανέπτυξα νέα ενδιαφέροντα						
3β	Έχω λιγότερα ενδιαφέροντα απ' ό,τι είχα πριν						
4α	Μειώθηκε η αίσθησή μου ότι μπορώ να βασίζομαι στον εαυτό μου						
4β	Αυξήθηκε η αίσθησή μου ότι						

	μπορώ να βασίζομαι στο εαυτό μου						
5α	Κατανοώ καλύτερα διάφορα πνευματικά-υπαρξιακά ζητήματα						
5β	Κατανοώ λιγότερο καλά διάφορα πνευματικά-υπαρξιακά ζητήματα						
6α	Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι δεν μπορώ να βασίζομαι στους άλλους σε δύσκολες στιγμές						
6β	Βλέπω πιο ξεκάθαρα, ότι μπορώ να βασίζομαι στους άλλους σε δύσκολες στιγμές						
7α	Εδραίωσα μια νέα πορεία στη ζωή μου						
7β	Μου είναι λιγότερο σαφής η πορεία της ζωής μου						
8α	Νιώθω πιο απόμακρος/η από τους άλλους						
8β	Νιώθω πιο κοντά στους άλλους						
9α	Είμαι πιο πρόθυμος/η να εκφράσω τα συναισθήματά μου						
9β	Είμαι λιγότερο πρόθυμος/η να εκφράσω τα συναισθήματά μου						
10α	Είμαι λιγότερο σίγουρος/η ότι μπορώ να διαχειρίζομαι δυσκολίες						
10β	Γνωρίζω ότι μπορώ να διαχειρίζομαι δυσκολίες						
11α	Είμαι ικανός/ή να καταφέρω κάτι καλύτερο με τη ζωή μου						
11β	Είμαι λιγότερο ικανός/ή να καταφέρω κάτι καλύτερο με τη ζωή μου						
12α	Αποδέχομαι λιγότερο τον τρόπο με τον οποίο τα πράγματα λειτουργούν στη ζωή						
12β	Αποδέχομαι περισσότερο τον τρόπο με τον οποίο τα πράγματα στη ζωή λειτουργούν						
13α	Εκτιμώ πιο πολύ την κάθε μέρα						
13β	Εκτιμώ λιγότερο την κάθε μέρα απ' ότι πριν						
14α	Λιγότερες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες συγκριτικά με εκείνες που υπήρχαν στο παρελθόν						

14β	Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες τώρα, οι οποίες αλλιώς δεν θα υπήρχαν						
15α	Έχω λιγότερη συμπόνια για τους άλλους						
15β	Έχω περισσότερη συμπόνια για τους άλλους						
16α	Κάνω περισσότερες προσπάθειες σε ό,τι αφορά τις σχέσεις μου						
16β	Κάνω λιγότερες προσπάθειες σε ό,τι αφορά τις σχέσεις μου						
17α	Είναι λιγότερο πιθανό να προσπαθήσω να αλλάξω πράγματα που χρειάζονται αλλαγή						
17β	Είναι πιο πιθανό να προσπαθήσω να αλλάξω πράγματα που χρειάζονται αλλαγή						
18α	Η θρησκευτική μου πίστη είναι πιο αποδυναμωμένη						
18β	Η θρησκευτική μου πίστη είναι πιο ισχυρή						
19α	Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός/ή απ' όσο πίστευα ότι ήμουν						
19β	Ανακάλυψα ότι είμαι πιο αδύναμος/η απ' όσο πίστευα ότι ήμουν						
20α	Η εμπειρία με δίδαξε πόσο απογοητεύουν οι άνθρωποι						
20β	Η εμπειρία με δίδαξε πόσο θαυμάσιοι είναι οι άνθρωποι						
21α	Αποδέχομαι περισσότερο ότι έχω ανάγκη τους άλλους						
21β	Δυσκολεύομαι περισσότερο να αποδεχθώ ότι έχω ανάγκη του άλλους						

Αναθεωρημένη Κλίμακα μέτρησης της Μετατραυματικής Διαταραχής

**ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ,
ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
(THE IMPACT ON EVENT SCALE-REVISED, IES-R)**

**Ακολουθούν ορισμένες ερωτήσεις σε σχέση με το γεγονός
που αφορά το πρόβλημα της υγείας σας και την παραμονή σας
στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Σας παρακαλούμε βάλτε ένα **X** στη στήλη που πιστεύετε ότι αντιπροσωπεύει καλύτερα το πόσο συχνά νιώθετε την **ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ** τις ακόλουθες καταστάσεις:

Την τελευταία εβδομάδα	Καθόλου	Λίγο	Μερικές φορές	Αρκετά	Πολύ
1. Οτιδήποτε μου θυμίζει το γεγονός ξυπνάει συναισθήματα σχετικά με αυτό					
2. Ξυπνάω εύκολα το βράδυ					
3. Υπάρχουν άλλα πράγματα που με κάνουν να σκέφτομαι διαρκώς αυτό που συνέβη					
4. Εκνευρίζομαι ή θυμώνω πιο εύκολα					
5. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να στενοχωριέται όταν το σκέφτομαι ή όταν κάτι μου το θυμίζει					
6. Χωρίς να το θέλω, έρχονται στο μυαλό μου σκέψεις που σχετίζονται με αυτό που συνέβη					
7. Νιώθω σαν να μην έχει συμβεί ή σαν να μην ήταν αληθινό					
8. Αποφεύγω οτιδήποτε μου το θυμίζει					
9. Χωρίς να το θέλω έρχονται στο μυαλό μου εικόνες σχετικές με το γεγονός αυτό.					
10. Τρομάζω πιο εύκολα ή είμαι πιο νευρικός/ή					
11. Προσπαθώ να σβήσω κάθε ανάμνηση από αυτό που συνέβη					

12. Γνωρίζω ότι έχω πολλά συναισθήματα σχετικά την εμπειρία μου από αυτό το γεγονός αλλά δεν ασχολούμαι με αυτά.					
13. Νιώθω κάτι σαν «κενό» ή «μούδιασμα» σχετικά με το γεγονός που έχω ζήσει					
14. Συμπεριφέρομαι ή αισθάνομαι σαν να ζω ξανά στιγμές από αυτό το γεγονός					
15. Δυσκολεύομαι να με πάρει ο ύπνος					
16. Περνάω κάποιες φάσεις που τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα					
17. Προσπαθώ να μην το σκέφτομαι					
18. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ					
19. Οτιδήποτε μου το θυμίζει μου προκαλεί οργανικές αντιδράσεις, όπως ιδρώτα, δύσπνοια, ναυτία, ή ταχυκαρδία					
20. Βλέπω όνειρα σχετικά με αυτό που μου συνέβη.					
21. Βρίσκομαι σε ετοιμότητα μήπως συμβεί κάτι, ακόμα κι αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος					
22. Αποφεύγω να μιλάω για αυτό που συνέβη					

Όταν συμπληρώνετε το παραπάνω ερωτηματολόγιο σε ποιο συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση επικεντρωθήκατε, _____

Κλίμακα μέτρησης του στρες (Index)

Κωδ.

1. Πόσο στρεσογόνος ήταν για εσάς **τότε** η **διάγνωση** της ασθένειας/τραυματισμού σας, (0 – 6)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 0. <input type="checkbox"/> καθόλου | 4. <input type="checkbox"/> πολύ |
| 1. <input type="checkbox"/> πολύ λίγο | 5. <input type="checkbox"/> πάρα πολύ |
| 2. <input type="checkbox"/> λίγο | 6. <input type="checkbox"/> ακραία πολύ |
| 3. <input type="checkbox"/> μέτρια | |

Τι ήταν αυτό που έκανε αυτήν την εμπειρία σας έτσι στρεσογόνο,

2. Πόσο στρεσογόνος **ήταν τότε** η συγκεκριμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ για εσάς,

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 0. <input type="checkbox"/> καθόλου | 4. <input type="checkbox"/> πολύ |
| 1. <input type="checkbox"/> πολύ λίγο | 5. <input type="checkbox"/> πάρα πολύ |
| 2. <input type="checkbox"/> λίγο | 6. <input type="checkbox"/> ακραία πολύ |
| 3. <input type="checkbox"/> μέτρια | |

Τι ήταν αυτό που έκανε αυτήν την εμπειρία σας έτσι στρεσογόνο,

3. Πόσο στρεσογόνος είναι **σήμερα** η συγκεκριμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ, όταν τη θυμάστε,

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 0. <input type="checkbox"/> καθόλου | 4. <input type="checkbox"/> πολύ |
| 1. <input type="checkbox"/> πολύ λίγο | 5. <input type="checkbox"/> πάρα πολύ |
| 2. <input type="checkbox"/> λίγο | 6. <input type="checkbox"/> ακραία πολύ |
| 3. <input type="checkbox"/> μέτρια | |

Τι ήταν αυτό που έκανε αυτήν την εμπειρία σας έτσι στρεσογόνο,

4. Πόσο στρες σας δημιουργεί **σήμερα** το πρόβλημα της υγείας σας,

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 0. <input type="checkbox"/> καθόλου | 4. <input type="checkbox"/> πολύ |
| 1. <input type="checkbox"/> πολύ λίγο | 5. <input type="checkbox"/> πάρα πολύ |

2. λίγο

6. ακραία πολύ

3. μέτρια

Τι είναι αυτό που κάνει αυτήν την εμπειρία *πολύ μέτρια, λίγο ή καθόλου* στρεσογόνο σήμερα,

5. Πόσο επηρεάζουν οι αλλαγές αυτές τη ζωή σας **σήμερα** ,

0. καθόλου

4. πολύ

1. πολύ λίγο

5. πάρα πολύ

2. λίγο

6. ακραία πολύ

3. μέτρια

Τι είναι αυτό που το κάνει έτσι (*πολύ, μέτρια, λίγο ή καθόλου*) σήμερα,

Παράρτημα III

Πίνακας 23: Εσωτερική συνοχή των απαντήσεων των συμμετεχόντων

ΚΑΙΜΑΚΕΣ	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's a
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,851
Νέες δυνατότητες	5	0,704
Προσωπική δύναμη	4	0,172
Πνευματική αλλαγή	2	0,311
Εκτίμηση ζωής	3	0,840
Σύνολο	21	0,888
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,629
Νέες δυνατότητες	5	0,646
Προσωπική δύναμη	4	0,509
Πνευματική αλλαγή	2	0,053
Εκτίμηση ζωής	3	0,398
Σύνολο	21	0,765
IES-R		
Αποφυγή	8	0,606
Παρείσφρηση	8	0,654
Υπερδιέγερση	6	0,521
Σύνολο	22	0,820
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	4	0,564

Πίνακας 24: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με το φύλο τους

	ΦΥΛΟ		p
	Ανδρας(n=12) Median (Q1-Q3)	Γυναίκα(n=9) Median (Q1-Q3)	
ΚΑΙΜΑΚΕΣ			
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,1(1,4-3,5)	2,7(1,4-4,1)	0,859
Νέες δυνατότητες	2,7(1,3-3,4)	1,6(1,1-3,3)	0,433
Προσωπική δύναμη	3,4(1,9-3,9)	3,3(2,6-3,8)	0,971
Πνευματική αλλαγή	2,8(1,6-4,4)	2,5(1,8-4,5)	0,774
Εκτίμηση ζωής	4,5(2,3-4,9)	4,6(3,8-4,8)	0,744
Συνολική βαθμολογία	3,0(2,2-3,9) 62,0(41,0-82,5)	2,9(2,4-3,7) 60,0 (49,5-77,0)	0,803
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,1-2,4)	0,6(0,2-1,4)	0,566
Νέες δυνατότητες	0,7(0,0-1,6)	0,6 (0,0-1,5)	1,0
Προσωπική δύναμη	0,4(0,0-0,9)	1,0(0,4-1,5)	0,141
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,641
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,0(0,0-1,2)	0,832
Συνολική βαθμολογία	0,7(0,4-1,1) 15,5 (8,0-23,0)	0,5(0,3-1,0) 10,0 (6,5-22,0)	0,749
IES-R			
Αποφυγή	0,9(0,3-1,7)	1,5(0,6-1,9)	0,433
Παρείσφρηση	1,4(0,6-2,0)	1,4(0,8-1,9)	0,972
Υπερδιέγερση	0,9 (0,7-2,2)	1,2(0,8-1,8)	0,667
Συνολική βαθμολογία	3,2(2,0-5,7) 24,0 (14,5-40,8)	3,6(2,7-5,1) 26,0 (20,0-38,0)	0,522
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,9(1,7-3,8)	3,0(1,6-4,1)	0,830

Πίνακας 25: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		p
	Πρωτοβ/δευτερ. (n=9)	Τριτοβάθμια (n=12)	
ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,4(0,3-3,9)	3,0(2,5-3,5)	1,0
Νέες δυνατότητες	2,4(0,9-3,8)	2,1(1,5-3,4)	1,0
Προσωπική δύναμη	3,8 (3,4-3,9)	3,1(1,9-3,6)	0,073
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,5)	3,0(2,0-4,4)	0,616
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,0-5,0)	4,5(3,3-4,7)	0,772
Συνολική βαθμολογία	2,9(1,5-4,0) 61,0 (31,0-84,5)	2,7(2,4-3,7) 57,0 (51,0-77,8)	0,749
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,4(0,0-1,9)	0,9(0,5-2,1)	0,282
Νέες δυνατότητες	0,6(0,0-0,8)	0,8(0,1-2,0)	0,309
Προσωπική δύναμη	0,0(0,0-1,3)	0,8(0,2-1,2)	0,462
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,815
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,7)	0,0(0,0-0,8)	0,899
Συνολική βαθμολογία	0,4(0,2-1,0) 8,0 (3,5-22,0)	0,8(0,5-1,0) 16,5 (11,0-22,0)	0,145
IES-R			
Αποφυγή	0,8(0,5-1,8)	1,4(0,6-1,7)	0,643
Παρέισφρηση	1,4(0,6-2,1)	1,4(1,2-2,0)	0,858
Υπερδιέγερση	1,2(0,6-1,7)	1,1(0,7-2,3)	0,389
Συνολική βαθμολογία	3,0(2,4-4,9) 23,0(1,0-36,0)	3,9(2,2-5,7) (28,5)(16,0-40,7)	0,619
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,3(0,6-3,6)	3,0(2,3-4,0)	0,267

Πίνακας 26: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση

	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			p
	Ιδιωτ. Υπάλληλος (n=7)	Δημ υπ./ελ.επαγγ (n=7)	Άνεργος/συντ/χος (n=7)	
ΚΑΙΜΑΚΕΣ	Median (Q₁-Q₃)	Median (Q₁-Q₃)	Median (Q₁-Q₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)				
Σχέση με τους άλλους	3,3(2,7-3,6)	2,6(0,4-4,0)	3,0(2,1-3,6)	0,597
Νέες δυνατότητες	1,8(1,4-3,2)	1,4(0,8-3,4)	2,4(1,6-4,2)	0,505
Προσωπική δύναμη	3,3(1,8- 4,0)	3,5(3,0-3,8)	3,5(2,3-3,8)	0,700
Πνευματική αλλαγή	2,5(2,0-4,5)	2,5(1,5-4,5)	3,0(1,5-4,5)	0,989
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,0-5,0)	4,3(1,7-5,0)	4,3(3,3-4,7)	0,636
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,4-4,0) 60,0 (50,0-83,0)	2,7(1,0-3,9) 57,0(20,0-81,0)	2,9(2,6-4,1) 61,0(54,0-86,0)	0,834
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)				
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-1,9)	0,4(0,0-2,1)	1,0(0,9-2,7)	0,455
Νέες δυνατότητες	0,8(0,6-2,6)	0,0(0,0-0,8)	0,6(0,0-2,0)	0,071
Προσωπική δύναμη	1,0(0,0-1,8)	0,0(0,0-0,8)	1,0(0,0-1,3)	0,349
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0, 990
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,537
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,5-1,8) 16,0(10,0-37,0)	0,3(0,1-0,8) 7,0(3,0-1,07)	1,0(0,4-1,1) 20,0(08-24,0)	0,199
IES-R				
Αποφυγή	0,9(0,6-1,5)	1,3(0,3-1,8)	1,6(0,5-1,9)	0,667
Παρέισφρηση	1,1(0,4-1,4)	1,3(0,6-1,8)	1,9(1,8-2,4)	0,058
Υπερδιέγερση	0,8(0,7-1,2)	1,2(0,5-1,5)	1,3(0,7-2,5)	0,687
Συνολική βαθμολογία	2,4(1,9-3,5) 17,0 (14,0-26,0)	3,8 (2,2-4,3) 27,0 (16,0-3,02)	4,5(2,9-6,8) 34,0 (22,0-49,0)	0,217
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	3,0(2,3-4,0)	2,3(0,0-4,0)	3,0(2,3-4,3)	0,699

Πίνακας 27: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης

	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		P
	Όχι (n=15)	Ναι (n=6)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΚΑΙΜΑΚΕΣ			
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,4-3,6)	2,1(0,4-3,9)	0,507
Νέες δυνατότητες	2,4(1,4-3,4)	2,4(1,0-4,1)	0,815
Προσωπική δύναμη	3,3(2,3-3,8)	3,8(2,8-3,8)	0,327
Πνευματική αλλαγή	3,0(2,0-4,5)	2,0(1,1-3,0)	0,136
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,3-4,8)	0,751
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,6-4,0) 60,0(54,0-83,0)	2,6(1,6-3,9) 55,0 (33,5-82,0)	0,755
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-1,9)	0,7(0,3-2,5)	0,906
Νέες δυνατότητες	0,8(0,2-1,8)	0,0(0,0-1,4)	0,232
Προσωπική δύναμη	0,8 (0,0-1,0)	0,8(0,0-2,2)	0,628
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,5(0,0-2,1)	0,004
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,0(0,0-1,1)	0,926
Συνολική βαθμολογία	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,0-22,0)	0,9(0,1-1,4) 18,5(2,3-29,0)	0,907
IES-R			
Αποφυγή	1,0(0,5-1,6)	1,3(0,4-1,8)	0,815
Παρέισφρηση	1,4(1,1-2,0)	0,9(0,3-2,0)	0,310
Υπερδιέγερση	1,2(0,7-2,0)	1,0(0,5-1,8)	0,480
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,3-6,1) 26,0(17,0-43,0)	3,4(1,7-5,0) 25,0(12,3-36,8)	0,697
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	3,0(2,3-4,0)	2,6(0,0-3,3)	0,388

Πίνακας 28: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTG, PTD, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τον χρόνο παραμονής τους στη ΜΕΘ

	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ		p
	Έως 10 ημέρες(n=11)	11+ ημέρες (n=10)	
ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Median (Q₁-Q₃)	Median (Q₁-Q₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,1-3,6)	3,1(1,0-3,9)	0,698
Νέες δυνατότητες	2,4(1,4-3,2)	2,4(1,2 -3,6)	0,751
Προσωπική δύναμη	3,3(2,0-3,8)	3,6(3,2-3,8)	0,287
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,0)	3,3(1,9-4,5)	0,619
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,0-4,8)	0,886
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,4-3,9) 60,0(50,0-81,0)	3,0(2,0-4,0) 62,5(41,0-85,0)	0,597
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,0-2,1)	0,7(0,3-2,0)	0,670
Νέες δυνατότητες	0,6(0,2-1,8)	0,4(0,0-1,4)	0,565
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,0)	0,8(0,0-1,7)	0,884
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,3)	0,156
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,0(0,0-1,1)	0,475
Συνολική βαθμολογία	0,7(0,3-1,0) 15,0(7,0-22,0)	0,7(0,3-1,2) 14,0(5,3-25,8)	0,833
IES-R			
Αποφυγή	1,0(0,5-1,6)	1,2(0,4-1,8)	0,860
Παρέισφρηση	1,8 (1,1-2,0)	1,3(0,6-1,9)	0,502
Υπερδιέγερση	1,2(0,7-2,0)	1,0(0,6-1,8)	0,594
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,4-6,1) 26,0(1,07-43,0)	3,4(2,1-5,0) 25,0(15,5-36,8)	0,833
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,3(1,5-3,0)	3,1(1,7-4,3)	0,214

Πίνακας 29: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τον χρόνο παραμονής τους στο τμήμα νοσηλείας

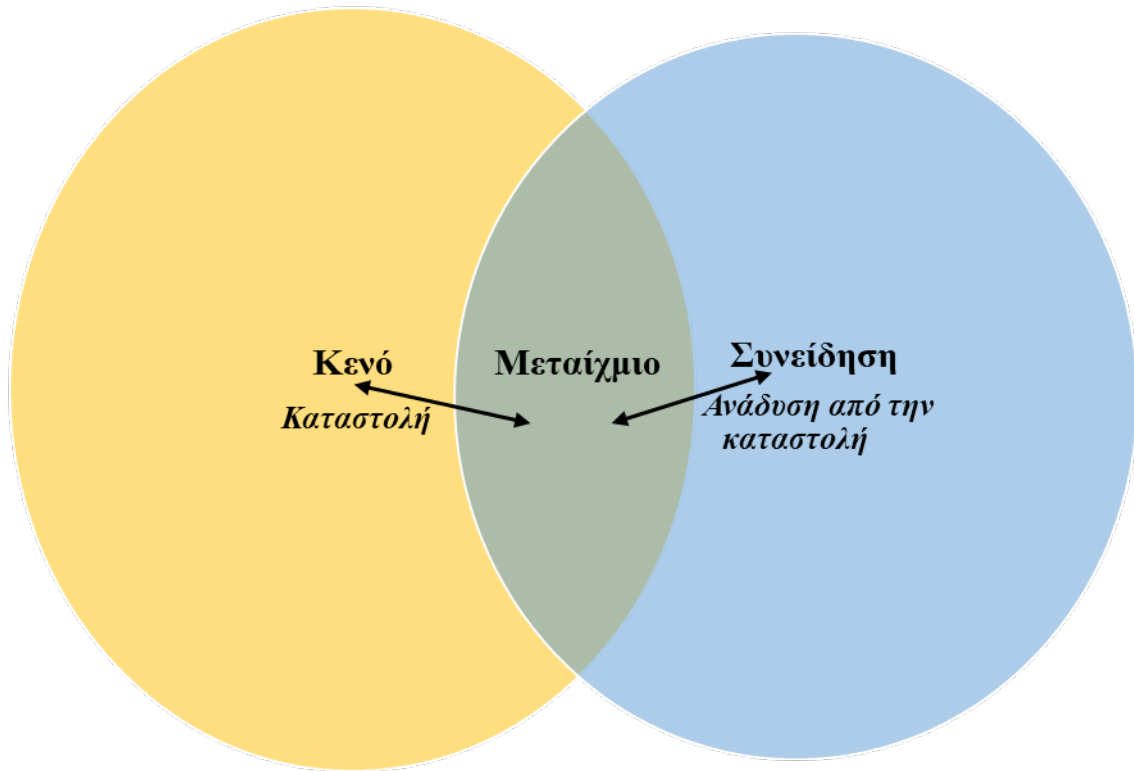
	ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ		p
	1-14 Ημέρες (n=12)	15+ Ημέρες (n=9)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,9 (0,9-3,5)	3,3(1,9-3,9)	0,354
Νέες δυνατότητες	2,0(1,1-3,4)	3,0(1,3-3,7)	0,521
Προσωπική δύναμη	3,3 (2,1-3,7)	3,8(3,1-4,0)	0,162
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-3,8)	4,0(2,0-4,5)	0,237
Εκτίμηση ζωής	4,5(2,1-4,9)	4,7(3,7-4,8)	0,717
Συνολική βαθμολογία	2,8(1,3-3,7) 58,5(27,5-77,3)	3,2(2,3-4,0) 68,0(49,0-83,5)	0,374
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-2,1)	0,9(0,4-2,1)	0,886
Νέες δυνατότητες	0,6(0,1-1,6)	0,8(0,0-1,8)	0,942
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,0)	0,8(0,0-1,6)	0,912
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,5)	0,036
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,3-0,0)	0,0(0,0-1,2)	0,309
Συνολική βαθμολογία	0,6(0,3-1,0) 13,0(7,3-21,8)	0,8(0,2-1,4) 17,0(5,0-29,5)	0,831
IES-R			
Αποφυγή	0,8(0,5-1,6)	1,5(0,7-1,8)	0,336
Παρέισφρηση	1,5(0,7-2,0)	1,4(0,9-2,1)	0,748
Υπερδιέγερση	0,9(0,7-1,8)	1,2(0,8,8-2,0)	0,519
Συνολική βαθμολογία	3,2(2,2-5,7) 24,0(16,3-40,8)	3,8(2,6-5,7) 27,0(19,5-41,5)	0,394
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,5(1,7-3,8)	3,0(1,8-4,1)	0,410

Πίνακας 30: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τον συνολικό χρόνο νοσηλείας τους

	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		p
	1-30 Ημέρες (n=10)	31+ Ημέρες (n=11)	
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,9(1,7-3,5)	3,3(1,1-4,3)	0,340
Νέες δυνατότητες	2,0(1,0-3,3)	3,0(1,2-3,4)	0,572
Προσωπική δύναμη	2,8(1,9-3,6)	3,8(3,3-4,0)	0,110
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-3,3)	4,0(2,0-4,5)	0,338
Εκτίμηση ζωής	4,5(2,9-5,0)	4,7(3,3-4,7)	0,886
Συνολική βαθμολογία	2,8(2,0-3,3) 58,5(42,0-69,8)	3,2(2,0-4,0) 68,0(42,0-84,0)	0,341
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,3-2,3)	0,6(0,0-1,6)	0,319
Νέες δυνατότητες	0,6(0,2-1,9)	0,8(0,0-1,0)	0,692
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,1)	0,8(0,0-1,5)	0,743
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,083
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-1,0)	0,674
Συνολική βαθμολογία	0,7(0,4-1,1) 15,5(9,3-22,5)	0,5(0,2-1,0) 11,0(4,0-22,0)	0,438
IES-R			
Αποφυγή	1,0(0,5-1,7)	1,0(0,5-1,8)	0,860
Παρέισφρηση	1,8(1,0-2,0)	1,4(0,6-1,8)	0,502
Υπερδιέγερση	1,1(0,7-2,1)	1,2(0,7-1,5)	0,644
Συνολική βαθμολογία	3,5(2,4-6,1) 26,0(16,8-43,8)	3,5(2,2-4,3) 26,0(16,0-32,0)	0,833
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	2,5(2,1-3,3)	3,0(1,5-4,3)	0,456

Πίνακας 31: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, IES-R και του δείκτη στρες σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης

	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		p
	Όχι (n=9)	Ναι (n=12)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,9-3,4)	3,2(2,2-3,9)	0,412
Νέες δυνατότητες	1,8(1,1-3,6)	2,4(1,5-3,4)	0,776
Προσωπική δύναμη	3,5(3,1-3,8)	3,3(2,1-3,9)	0,694
Πνευματική αλλαγή	2,0(1,8-4,3)	3,0(1,8-4,5)	0,474
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,7-4,7)	4,5(3,5-5,0)	0,663
Συνολική βαθμολογία	2,7 (1,9-3,5) 57,0(40,0-73,5)	2,9(2,4-4,0) 60,5(51,0-83,8)	0,644
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,4-2,1)	0,9(0,0-1,9)	0,641
Νέες δυνατότητες	0,0(0,0-1,8)	0,8(0,5-1,6)	0,245
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,6)	0,8(0,0-1,0)	0,531
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,5)	0,0(0,0-0,0)	0,036
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,2)	0,0(0,0-0,3)	0,235
Συνολική βαθμολογία	1,0(0,2-1,4) 2,00(4,5-29,5)	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,3-20,5)	0,644
IES-R			
Αποφυγή	1,5(0,7-1,8)	0,8(0,5-1,5)	0,212
Παρέισφρηση	1,3(0,5-2,1)	1,6(1,0-2,0)	0,544
Υπερδιέγερση	1,2(0,6-2,0)	1,1(0,7-1,8)	0,914
Συνολική βαθμολογία	3,8(2,5-5,7) 27,0(18,5-41,5)	3,2(2,2-5,7) 24,0(16,3-40,8)	0,619
ΔΕΙΚΤΗΣ STRES	3,0(1,1-4,1)	2,5(1,7-3,2)	0,430



Σχήμα 6. Επίπεδα συνειδητότητας ασθενών στη ΜΕΘ

Πίνακας 32: Κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ ΕΤΩΝ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΘ	ΧΡΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕΘ (ΗΜΕΡΕΣ)	ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΜΕΘ (ΜΗΝΕΣ)
1	1	ΓΥΝ.	55	ΧΑΠ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	ΓΕΝΙΚΗ	24	17
2	2	ΑΝΔΡ.	59	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΓΕΝΙΚΗ	21	20
3	3	ΑΝΔΡ.	55	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	ΓΕΝΙΚΗ	24	21
4	4	ΓΥΝ.	49	ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ	ΓΕΝΙΚΗ	34	7.5
5	5	ΓΥΝ.	51	ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΕΙΟ. ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑΤΟΣ	ΓΕΝΙΚΗ	19	16
6	6	ΑΝΔΡ.	26	ΑΙΜΟΡΑΓΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΓΕΝΙΚΗ	35	17
7	16	ΑΝΔΡ.	57	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΓΕΝΙΚΗ	6	26
8	7	ΑΝΔΡ.	55	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ (ΚΕΚ)	ΓΕΝΙΚΗ	52	18
9	17	ΑΝΔΡ.	31	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΗ	16	43
10	18	ΑΝΔΡ.	60	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ. (ΚΕΚ)	ΓΕΝΙΚΗ	23	22
11	19	ΑΝΔΡ.	33	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΗ	27	42
12	20	ΓΥΝ.	29	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΗ	10	40
13	21	ΓΥΝ.	56	ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ. (ΚΕΚ)	ΓΕΝΙΚΗ	23	34
14	11	ΑΝΔΡ.	43	ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	ΕΜΦΡ.	4	20
15	12	ΓΥΝ.	60	ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	ΕΜΦΡ.	3	39
16	13	ΓΥΝ.	57	ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	ΕΜΦΡ.	5	31
17	10	ΑΝΔΡ.	62	ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	Κ.Χ	4	27
18	14	ΑΝΔΡ.	55	ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ	ΚΧ	5	19
19	9	ΓΥΝ.	53	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	Κ.Χ	3	50
20	8	ΑΝΔΡ.	55	ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ. ΑΟΡΤΗΣ	Κ.Χ	5	49
21	15	ΓΥΝ.	55	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ	Κ.Χ	3	35

Πίνακας 33: Ατομικές βαθμολογίες συμμετεχόντων στις κλίμακες μετατραυματικής ανάπτυξης, μετατραυματικής έκπτωσης, συμβάντων και index του στρες

Κωδικός	ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)						ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTSD)						ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (IES-R)				INDEX STRES
	Σε σχέση με τους άλλους (mean)	Νέες δυνατές (mean)	Προσωπική δύναμη (mean)	Πνευματική αλλαγή (mean)	Εκτίμηση της ζωής (mean)	Συνολική Βαθμολογία	Σε σχέση με τους άλλους (mean)	Νέες δυνατές (mean)	Προσωπική δύναμη (mean)	Πνευματική αλλαγή (mean)	Εκτίμηση της ζωής (mean)	Συνολική Βαθμολογία	Αποφυγή (mean)	Παρέισφρηση (mean)	Υπερδιέγερση (mean)	Συνολική βαθμολογία σημείο αποκοπής 33)	Συνολική βαθμολογία
1	4,71	4	3,75	4,5	4,67	91	0,57	1	1,75	1	1,33	22	0,5	1,75	1,5	27	3
2	3,57	3,4	4,5	4,5	5	84	0,86	0,8	0	0	0,33	11	0	1,38	0,83	16	3,25
3	3,43	4,6	3,5	5	5	86	2,86	0,6	0	0	0,33	24	0,5	1,75	0,67	22	2,75
4	5	3,4	3,25	4,5	4,67	88	0	0,8	1	0	0	8	0,75	0,88	0,67	17	4,25
5	0,57	0,8	3,5	2,5	5	42	0,43	0	0	0	0	3	1,88	0,63	0,5	23	0
6	3,57	4,2	3,75	2	4,67	79	0,86	0	1,5	2,5	1	20	1,75	2,75	2,5	51	4,25
7	1,14	1,8	0,75	2	4,67	38	2,71	2,6	3,5	2	0	50	0,88	0,38	0,67	14	3
8	0,43	0	1,25	2,5	1,67	18	2,14	0	0	0	0	15	1,25	2	2,83	43	4
9	3	1,6	2,25	3	4,33	57	1	2	1,25	0	0	22	2,13	2,13	2,5	49	1
10	2,43	2,4	2,25	3	3,33	54	0,86	0,4	0,75	0	0	11	1,63	1,88	1	34	3
11	3	1,6	1,75	0	4,67	50	0,43	1,8	1	0	0	16	0,75	0,13	0,67	11	2,25
12	0	0	3,75	1,5	0	18	2,71	3,6	1	0	1,33	45	0,5	1,75	1,33	26	2,25
13	3,57	1,4	2	2,5	5	60	0	0,6	1,75	0	0	10	0,63	0,63	1,17	17	2,25
14	4	3,4	3,25	4	5	81	0	0,8	0,75	0	0	7	0,25	1,25	0,67	16	1,5
15	2,14	2,4	4,5	1,5	4,33	61	1	0	0	0	0	7	1,88	2,38	2	46	3
16	4,29	3,2	4	4,5	4	83	0	0,8	0	0	0	4	1	1,38	1,17	26	1,25
17	3,29	1,2	3,25	4	2	56	1,86	2,8	0,75	0	2,33	37	2,13	2,38	2,67	52	4
18	0	1	3,75	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0,25	0,25	0,5	7	0
19	3	3	4	1,5	4,33	68	2,43	0	0	0	0	17	1,75	1,25	1,33	32	2,25
20	2,71	3,2	3,25	2	4,67	66	1,86	0,2	1	0	1	21	1,5	1,13	0,83	26	4
21	2,57	1,4	3	5	3,33	57	0,43	0	0,75	0	0	6	1,5	1,38	1,17	30	4,75

Πίνακας 34: Συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης

		Κατάταξη μέσω της ημι-δομημένης συνέντευξης	Μετρήσεις των ποσοτικών εργαλείων	% συμφωνίας
		N (%)	Διάμεσος (Q1-Q3)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΥΞΗ(PTGI)	Σχέση με τους άλλους			83,3%
	Δεν Παρατηρήθηκε	6(28,6%)	1,5(0,4-2,4)	
	Παρατηρήθηκε	6(28,6%)	3,4(2,6-4,7)	
	Και δεν Παρατηρήθηκε και Παρατηρήθηκε	9(42,9%)	3,4(3,0-3,6)	
	Νέες δυνατότητες			90%
	Δεν Παρατηρήθηκε	9(42,9%)	1,4(0,8-1,6)	
	Παρατηρήθηκε	11(52,4%)	3,4(3,0-4,0)	
	Και δεν Παρατηρήθηκε και Παρατηρήθηκε	1(4,8%)	1,2(1,2-1,2)	
	Προσωπική Δύναμη			73,7%
	Δεν Παρατηρήθηκε	4(19,0%)	2,9(1,4-4,1)	
	Παρατηρήθηκε	15(71,4%)	3,5(3,0-3,8)	
	Και δεν Παρατηρήθηκε και Παρατηρήθηκε	2(9,5%)	2,8(2,3-3,3)	
	Πνευματική Αλλαγή			71,4%
	Δεν Παρατηρήθηκε	11(52,4%)	2,0(1,5-3,0)	
	Παρατηρήθηκε	10(47,6%)	4,0(2,5-4,5)	
Εκτίμηση Ζωής			95%	
Δεν Παρατηρήθηκε	4(19,0%)	0,8(0,0-3,0)		
Παρατηρήθηκε	16(76,2%)	4,7(4,3-5,0)		
Και δεν Παρατηρήθηκε και Παρατηρήθηκε	1(4,8%)	2,0(2,0-2,0)		
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΞΗ (PTDI)	Σχέση με τους άλλους			61,9%
	Δεν Παρατηρήθηκε	9(42,9%)	0,6(0,4-1,0)	
	Παρατηρήθηκε	12(57,1%)	0,9(0,2-2,6)	
	Νέες δυνατότητες			90,5%
	Δεν Παρατηρήθηκε	15(71,4%)	0,6(0,0-0,8)	
	Παρατηρήθηκε	6(28,6%)	2,3(0,0-2,8)	
	Προσωπική Δύναμη			85,7%
	Δεν Παρατηρήθηκε	17(81,0%)	0,8(0,0-1,0)	
	Παρατηρήθηκε	4(19,0%)	1,4(0,9-2,6)	
	Πνευματική Αλλαγή			95,2%
	Δεν Παρατηρήθηκε	20(95,2%)	0,0(0,0-0,0)	
Παρατηρήθηκε	1(4,8%)	2,5(2,5-2,5)		
Εκτίμηση Ζωής			85,7%	
Δεν Παρατηρήθηκε	19(90,5%)	0,0(0,0-0,3)		
Παρατηρήθηκε	2(9,5%)	0,7(0,0-1,3)		
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΕΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ(IES-R)	Αποφυγή			71,4%
	Δεν Παρατηρήθηκε	13(61,9%)	0,8(0,5-1,0)	
	Παρατηρήθηκε	8(38,1%)	1,8(1,4-2,0)	
	Παρέισφρηση			57,2%
	Δεν Παρατηρήθηκε	7(33,3%)	0,9(0,4-1,3)	
	Παρατηρήθηκε	14(66,7%)	1,8(1,3-2,1)	
Υπερδιέγερση			57,2%	
Δεν Παρατηρήθηκε	7(33,3%)	0,8(0,5-1,2)		
Παρατηρήθηκε				
		14(66,7%)	1,3(0,7-2,5)	

Πίνακας 35: Αναλυτικά συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης για την κλίμακα PTGI

	Σχέση με τους άλλους		Νέες δυνατότητες		Προσωπική Δύναμη		Πνευματική Αλλαγή		Εκτίμηση Ζωής	
	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες
1	Παρατηρήθηκε	4,7	Παρατηρήθηκε	4,0	Παρατηρήθηκε	3,8	Δεν παρατηρήθηκε	4,5	Παρατηρήθηκε	4,7
2	Παρατηρήθηκε	3,6	Παρατηρήθηκε	3,4	Δεν παρατηρήθηκε	4,5	Παρατηρήθηκε	4,5	Παρατηρήθηκε	5,0
3	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	3,4	Παρατηρήθηκε	4,6	Παρατηρήθηκε	3,5	Παρατηρήθηκε	5,0	Παρατηρήθηκε	5,0
4	Παρατηρήθηκε	5,0	Παρατηρήθηκε	3,4	Παρατηρήθηκε	3,3	Παρατηρήθηκε	4,5	Παρατηρήθηκε	4,7
5	Δεν παρατηρήθηκε	0,6	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Παρατηρήθηκε	3,5	Παρατηρήθηκε	2,5	Παρατηρήθηκε	5,0
6	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	3,6	Παρατηρήθηκε	4,2	Παρατηρήθηκε	3,8	Δεν παρατηρήθηκε	2,0	Παρατηρήθηκε	4,7
7	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	1,1	Δεν παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Παρατηρήθηκε	2,0	Παρατηρήθηκε	4,7
8	Δεν παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Παρατηρήθηκε	1,3	Δεν παρατηρήθηκε	2,5	Δεν παρατηρήθηκε	1,7
9	Δεν παρατηρήθηκε	3,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,6	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	2,3	Δεν παρατηρήθηκε	3,0	Παρατηρήθηκε	4,3
10	Δεν παρατηρήθηκε	2,4	Παρατηρήθηκε	2,4	Παρατηρήθηκε	2,3	Δεν παρατηρήθηκε	3,0	Παρατηρήθηκε	3,3
11	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	3,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,6	Παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Παρατηρήθηκε	4,7
12	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	3,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,5	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
13	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	3,6	Παρατηρήθηκε	1,4	Δεν παρατηρήθηκε	2,0	Παρατηρήθηκε	2,5	Παρατηρήθηκε	5,0
14	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	4,0	Παρατηρήθηκε	3,4	Παρατηρήθηκε	3,3	Παρατηρήθηκε	4,0	Παρατηρήθηκε	5,0
15	Δεν παρατηρήθηκε	2,4	Δεν παρατηρήθηκε	2,4	Παρατηρήθηκε	4,5	Δεν παρατηρήθηκε	1,5	Δεν παρατηρήθηκε	4,3
16	Παρατηρήθηκε + δεν παρατηρήθηκε	4,3	Παρατηρήθηκε	3,2	Παρατηρήθηκε	4,0	Δεν παρατηρήθηκε	4,5	Παρατηρήθηκε	4,0

Πίνακας 36: Αναλυτικά συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης για την κλίμακα PTDI

	Σχέση με τους άλλους		Νέες δυνατότητες		Προσωπική Δύναμη		Πνευματική Αλλαγή		Εκτίμηση Ζωής	
	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες
1	Δεν παρατηρήθηκε	0,6	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,3
2	Δεν παρατηρήθηκε	0,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,3
3	Παρατηρήθηκε	2,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,6	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,3
4	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
5	Δεν παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
6	Παρατηρήθηκε	0,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,5	Παρατηρήθηκε	2,5	Δεν παρατηρήθηκε	1,0
7	Παρατηρήθηκε	2,7	Παρατηρήθηκε	2,6	Παρατηρήθηκε	3,5	Δεν παρατηρήθηκε	2,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
8	Δεν παρατηρήθηκε	2,1	Παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
9	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Παρατηρήθηκε	2,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,3	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
10	Παρατηρήθηκε	0,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
11	Παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
12	Παρατηρήθηκε	2,7	Παρατηρήθηκε	3,6	Παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Παρατηρήθηκε	1,3
13	Παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,6	Παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
14	Παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
15	Παρατηρήθηκε	1,0	Παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Παρατηρήθηκε	0,0
16	Παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
17	Δεν παρατηρήθηκε	1,9	Παρατηρήθηκε	2,8	Παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	2,3
18	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
19	Παρατηρήθηκε	2,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0
20	Παρατηρήθηκε	1,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,2	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,0
21	Δεν παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	0,0

Πίνακας 37: Αναλυτικά συνδυαστικά αποτελέσματα ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης για την κλίμακα IES-R

	Αποφυγή		Παρείσφρηση		Υπερδιέγερση	
	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες	Κατάταξη μέσω συνέντευξης	Βαθμολογίες
1	Δεν παρατηρήθηκε	0,5	Παρατηρήθηκε	1,8	Παρατηρήθηκε	1,5
2	Δεν παρατηρήθηκε	0,0	Δεν παρατηρήθηκε	1,4	Παρατηρήθηκε	0,8
3	Δεν παρατηρήθηκε	0,5	Παρατηρήθηκε	1,8	Παρατηρήθηκε	0,7
4	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Δεν παρατηρήθηκε	0,9	Παρατηρήθηκε	0,7
5	Παρατηρήθηκε	1,9	Παρατηρήθηκε	0,6	Δεν παρατηρήθηκε	0,5
6	Δεν παρατηρήθηκε	1,8	Παρατηρήθηκε	2,8	Παρατηρήθηκε	2,5
7	Δεν παρατηρήθηκε	0,9	Δεν παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	0,7
8	Παρατηρήθηκε	1,3	Παρατηρήθηκε	2,0	Παρατηρήθηκε	2,8
9	Παρατηρήθηκε	2,1	Παρατηρήθηκε	2,1	Παρατηρήθηκε	2,5
10	Παρατηρήθηκε	1,6	Παρατηρήθηκε	1,9	Δεν παρατηρήθηκε	1,0
11	Δεν παρατηρήθηκε	0,8	Παρατηρήθηκε	0,1	Παρατηρήθηκε	0,7
12	Παρατηρήθηκε	0,5	Παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,3
13	Δεν παρατηρήθηκε	0,7	Δεν παρατηρήθηκε	0,6	Παρατηρήθηκε	1,2
14	Δεν παρατηρήθηκε	0,3	Παρατηρήθηκε	1,3	Παρατηρήθηκε	0,7
15	Παρατηρήθηκε	1,9	Παρατηρήθηκε	2,4	Παρατηρήθηκε	2,0
16	Δεν παρατηρήθηκε	1,0	Παρατηρήθηκε	1,4	Παρατηρήθηκε	1,2
17	Παρατηρήθηκε	2,1	Παρατηρήθηκε	2,4	Παρατηρήθηκε	2,7
18	Δεν παρατηρήθηκε	0,3	Δεν παρατηρήθηκε	0,3	Δεν παρατηρήθηκε	0,5
19	Δεν παρατηρήθηκε	1,8	Δεν παρατηρήθηκε	1,3	Παρατηρήθηκε	1,3
20	Δεν παρατηρήθηκε	1,5	Δεν παρατηρήθηκε	1,1	Δεν παρατηρήθηκε	0,8
21	Παρατηρήθηκε	1,5	Παρατηρήθηκε	0,4	Δεν παρατηρήθηκε	1,2

