



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος

«Σύνδρομο μονάδας εντατικής θεραπείας-

Post Intensive Care Syndrome (PICS)»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

Μέλλη Διονυσία

Ψαράκη Χρυσούλα

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

Καρτσωνάκη Μαρία: Εργαστηριακός συνεργάτης ΤΕΙ, Νοσηλεύτρια, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2020

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 4/4/2019 με αριθμό Πρωτοκόλλου 2741 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993)

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	iii
Ευχαριστίες.....	vi
Συντομογραφίες.....	vii
Abstract.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΓΕΝΙΚΟΜΕΡΟΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
Κεφάλαιο 1 ^ο	13
Εισαγωγή.....	13
1.1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	13
1.2 Εξέλιξη και ιστορική αναδρομή των ΜΕΘ.....	14
1.3 Σκοπός των ΜΕΘ.....	17
1.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ΜΕΘ.....	17
1.5 Συστήματα παρακολούθησης και εξοπλισμός ΜΕΘ.....	18
1.6 Ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβατικές πράξεις στις ΜΕΘ.....	19
1.7 Ο πόνος στη ΜΕΘ.....	19
Κεφάλαιο 2 ^ο	21
Ποιότητα ζωής.....	21
2.1 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας ζωής.....	21
2.2 Εννοιολογικός ορισμός.....	22
2.3 Η σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία.....	22
2.4 Δείκτες Ποιότητας Ζωής.....	23
2.5 Μέτρηση της ποιότητας ζωής.....	23
2.6 Εργαλεία Μέτρησης Ποιότητας Ζωής.....	24
Κεφάλαιο 3 ^ο	27
Ψυχική νόσος.....	27
3.1 Υγεία και Ψυχική Υγεία.....	27
3.1.1 Ορισμός υγείας.....	27
3.1.2 Ορισμός ψυχικής υγείας.....	27
3.2 Ψυχικές Διαταραχές.....	28
3.2.1 Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών.....	28
Κεφάλαιο 4 ^ο	30
Εισαγωγή.....	30

4.1 Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας	30
4.2 Αιτιοπαθογένεια συνδρόμου της ΜΕΘ	30
4.3 Η επίδραση της νοσηλείας σε ΜΕΘ στην σωματική και ψυχική υγεία.....	33
4.3.1 Η επίδραση της βαριάς ασθένειας σε σωματικό επίπεδο	34
4.3.2 Η επίδραση της βαριάς ασθένειας σε ψυχικό επίπεδο	35
4.4 Η εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ	38
4.5 Η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ	38
4.6 Η ποιότητα ζωής μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ	39
4.7 Η επίδραση του συνδρόμου της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στους συγγενείς	41
4.8 Ιστορική αναδρομή του συνδρόμου της ΜΕΘ.....	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	45
Εισαγωγή	45
Σκοπός	46
Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα	47
Σχεδιασμός μελέτης.....	47
Ερευνητικός Σχεδιασμός	47
Ερευνητικό πεδίο.....	48
Μεθοδολογία.....	48
Δείγμα	48
Ερευνητικό εργαλείο	48
Ηθική και δεοντολογία της έρευνας.....	49
Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων	50
Αποτελέσματα.....	52
Συμπερασματική στατιστική	86
Συζήτηση.....	89
Περιορισμοί Μελέτης	98
Συμπεράσματα.....	99
Προτάσεις	101
Βιβλιογραφία.....	111
Παράρτημα 1 ^ο	117
Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων.....	117
Παράρτημα 2 ^ο	118

<i>Ερωτηματολόγιο</i>	118
<i>Παράρτημα 3^ο</i>	123

Ευχαριστίες

Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε ολόψυχα τα άτομα τα οποία βοήθησαν να δημιουργηθεί η πτυχιακή μας εργασία .

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την επιβλέπων επόπτρια μας Κ. Καρτσωνάκη Μαρία που συνέβαλε με την βοήθεια της στην δημιουργία της πτυχιακής μας εργασίας.

Ευχαριστούμε επίσης τον Κ. Γεωργόπουλο, Διευθυντή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Π.Α.Γ.Ν.Η που μας έδωσε την άδεια συλλογής στοιχείων από τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ.

***Τέλος δεν θα μπορούσαμε να
παραλείψουμε όλους αυτούς τους
ανθρώπους, που ήρθαμε σε επικοινωνία, με
αφορμή τη συμμετοχή τους στη εργασία
μας, και κατέθεσαν την ψυχή τους
εκφράζοντας τον πόνο, τα προβλήματα και
τις ανάγκες τους.***

***Τους ευχαριστούμε ιδιαίτερα μέσα από την
καρδιά μας.***

Συντομογραφίες

PICS: Post Intensive Care Syndrome (Σύνδρομο Εντατικής Θεραπείας)

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ARDS: Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder (κατάσταση ψυχικής υγείας που προκαλείται από ένα τρομακτικό γεγονός)

PAD: Peripheral Artery Disease (Η περιφερική αρτηριακή νόσος είναι ένα κοινό κυκλοφορικό πρόβλημα στο οποίο η στένωση των αρτηριών μειώνει τη ροή αίματος στα άκρα)

HRQOL: Health- Related Quality of life

WHOQOL: World Health Organization Quality Of Life

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

HUI: Health utilities index

EuroQoL: European quality of life scale

ALI: Acute- Lung-Injury

ARDS: Acute - Respiratory- Distress- Syndrome

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα πτυχιακή εργασία είχε ως στόχο την ανάλυση και την αιτιολογία των παραγόντων που οδηγούν στην ανάπτυξη του Συνδρόμου Εντατικής Θεραπείας (PICS) καθώς και την έγκυρη διάγνωση τους για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραγόντων αυτών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του Συνδρόμου Εντατικής Θεραπείας (PICS) σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ τα έτη 2017-2018.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης, δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης όπου συμπληρώνονταν το ερωτηματολόγιο από συμμετέχοντες μετά από ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών. Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού των ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπληρώθηκαν 43 ερωτηματολόγια για το 2017 και 85 για το 2018. Ο ρυθμός επίπτωσης θανάτου στη ΜΕΘ ήταν 0,03 για το 2017 και 0,02 για το 2018. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 60,56 έτη (ΤΑ±17,13) και ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 7,19 ημέρες (ΤΑ±7,64). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PICS) υπολογίστηκε με δυο διαφορετικούς τρόπους σε 53% και 32%. Το 50% των συμμετεχόντων εμφάνιζε σημάδια κατάθλιψης. Ο δείκτης Cronbach's α για την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε σε 0,784, αποδεικνύοντας την εγκυρότητα της μελέτης.

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν τους μήνες των γιορτών του Πάσχα και των Χριστουγέννων εμφάνισαν πιο έντονο μετατραυματικό στρες καθώς και πιο έκδηλες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου ΜΕΘ ($p=0,001$). Η ύπαρξη και συνοσυροτήτων (άλλα προβλήματα υγείας) φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά επίσης με το μετατραυματικό στρες ($p=0,025$). Οι υπέρβαροι ασθενείς προέκυψε ότι είχαν πιο έκδηλα συμπτώματα του συνδρόμου ΜΕΘ ($p=0,010$)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες που να περιέχουν δείγμα από διάφορες χώρες ώστε να αξιολογηθεί η ΠΖ σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Αυτό θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν μια πιο ολοκληρωμένη γνώση για το θέμα αυτό, βοηθώντας τους έτσι στις κατευθύνσεις που πρέπει να βάλουν στην παρεχόμενη φροντίδα που θα ασχολείται με το άτομο στην ολότητά του.

ΛΕΞΕΙΣΚΛΕΙΔΙΑ: Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICS), Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Abstract

INTRODUCTION: The aim of this thesis was the analysis and etiology of the factors that lead to the development of Intensive Care Syndrome (PICS) as well as their valid diagnosis for the most effective treatment of these factors.

AIM: The investigation of the Intensive Care Syndrome (PICS) in patients who were hospitalized in the ICU PAGNI in the years 2017-2018.

METHODOLOGY: For the data collection, the method of quantitative investigation was used, is a simultaneous observational study was performed where the questionnaire was completed by participants after informing and consenting the patients. In order to gather a sufficient number of questionnaires to draw safe conclusions, the type of sampling used was convenience sampling which allows the use of all available subjects.

RESULTS: 43 questionnaires were completed for 2017 and 85 for 2018. The death rate at the ICU was 0.03 for 2017 and 0.02 for 2018. The average age of the participants was 60.56 years (TA \pm 17.13).) and the mean hospital stay was 7.19 days (TA \pm 7.64). Post-traumatic stress disorder (PICS) was calculated in two different ways at 53% and 32%. 50% of participants showed signs of depression. Cronbach's α questionnaire reliability index was calculated at 0.784, proving the validity of the study.

Patients treated during the Easter and Christmas months showed more intense post-traumatic stress as well as more pronounced clinical manifestations of ICU ($p = 0.001$). The presence of comorbidities (other health problems) seems to be statistically significantly related to post-traumatic stress ($p = 0.025$). Overweight patients were found to have more pronounced symptoms of ICU ($p = 0.010$)

CONCLUSIONS: More research needs to be done that includes a sample from different countries in order to evaluate IB in adult patients admitted to the ICU. This will help health professionals gain a more complete knowledge of the subject, thus helping them in the directions they need to put in the care provided to the individual as a whole.

KEY WORDS: Intensive Care Unit (PICS) Syndrome, Intensive Care Unit (ICU)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΟΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν ένα ιδιαίτερο τμήμα, στο οποίο νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Λόγω της σοβαρής κατάστασης της υγείας αυτών των ασθενών η φροντίδα που τους παρέχεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου. Η απειλή του θανάτου είναι συνεχής και οι ασθενείς καθώς και οι συγγενείς αυτών δεν δύναται να μην επηρεαστούν.

Η νοσηλεία ενός βαρέως πάσχοντα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι μία χρόνια κατάσταση. Οι ασθενείς που επιβιώνουν μετά τη Μονάδα εντατικής θεραπείας συνεχώς αυξάνονται τα τελευταία χρόνια, εμφανίζουν όμως κάποιες δυσλειτουργίες όπως κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, μετατραυματική διαταραχή (PTSD), γνωσιακά ελλείμματα, μείωση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (HRQoL), που περιγράφονται ως Σύνδρομο μετά Εντατική θεραπεία (PICS). Βιώνουν δηλαδή μια έντονη ψυχοσωματική καταπόνηση, βρίσκονται σε ένα άγνωστο περιβάλλον τεχνολογικά φορτωμένο και ακούγοντας τις ιατρικές ορολογίες καθίστανται μία εξαιρετικά αγχωτική εμπειρία για τον ασθενή αλλά και τους συγγενείς.

Εξακολουθούν όμως να υπάρχουν προβλήματα και μετά την έξοδο τους ενδέχεται να υπάρχουν προβλήματα στην ποιότητα ύπνου, ανορεξία, αδυναμία επιστροφής στην εργασία του και όλη αυτή η διαδικασία δημιουργεί στρες στον ασθενή όπου είναι ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ΜΕΘ, καθώς και των συγγενών τους. Όμως δεν έχουν διεξαχθεί σχεδόν καθόλου μελέτες που να σχετίζονται με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ και την ψυχική υγείας τους.

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα αυτόνομο και απαιτητικό περιβάλλον στο χώρο του νοσοκομείου, σκοπός του οποίου είναι η παροχή ολιστικής φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, μέσω της χρήσης της σύγχρονης τεχνολογίας. Το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας που εκπροσωπεί τη ΜΕΘ, έρχεται συχνά αντιμέτωπο με κρίσιμες καταστάσεις ασθενών για τη ζωή, εφαρμόζοντας σημαντικές παρεμβάσεις μέσω της τήρησης πρωτοκόλλων, οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις εξαιτίας του σύγχρονου εξοπλισμού και της υψηλής ποιότητας απαιτήσεων. Ο νοσηλευτής στο χώρο της ΜΕΘ, προκειμένου να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα και επιτυχία στο ρόλο του, οφείλει να διακατέχεται από διακεκριμένη κλινική γνώση και εμπειρία. (Κόλλια Θ & Πρεβύζη Ε., 2015)

1.1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Η μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου και αποτελείται από εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να παρέχεται η κατάλληλη και εξελιγμένη ιατρική τεχνολογία για την ομαλή λειτουργία της. Σημαντικοί λειτουργοί υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, συνεργάζονται με στόχο την κατάλληλα προσαρμοσμένα για κάθε ασθενή και συντονισμένη φροντίδα του βαριά πάσχοντος ασθενούς.

Κάθε νοσηλευτής που εργάζεται στο χώρο της ΜΕΘ οφείλει να έχει ερευνητικό πνεύμα, να είναι υπεύθυνος, αποτελεσματικός να έχει ικανότητες επικοινωνίας και δημιουργικότητας. Σημαντικά χαρίσματά του επίσης αποτελούν η ειδίκευση, η εκπαίδευση και εξοικείωση με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. (Σύκα, 2020)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας συνδυάζει την εξειδικευμένη γνώση και τις κατάλληλες τεχνικές δεξιότητες με την ικανότητα να παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα σε βαριά πάσχοντες αναδεικνύει το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και δεξιοτήτων ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής ΜΕΘ να ανταποκριθεί με επάρκεια στο ρόλο του. Η εξασφάλιση της εντατικής παρακολούθησης των ασθενών επιτυγχάνεται μέσω της αυξημένης αναλογίας του νοσηλευτικού προσωπικού και με την χρήση της υψηλής τεχνολογίας που παρέχεται στη ΜΕΘ. Η υψηλή τεχνολογία που παρέχεται και οι

απαιτούμενες κλινικές γνώσεις και δεξιότητες αυτό αποτελούν βασικές διαφορές της ΜΕΘ από τα άλλα νοσηλευτικά τμήματα. (Σύκα, 2020)

Σε κάποιες χώρες της Ευρώπης το σύστημα εκπαίδευσης στις ΜΕΘ έχει διαφορές όπως και το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών διαφέρει από χώρα σε χώρα. Όσο αφορά την εξάσκηση των νοσηλευτών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών εμφανίζονται μεγάλες διαφορές, με τους νοσηλευτές στη Σουηδία και την Ελβετία, φαίνεται να περιλαμβάνουν περισσότερες παρεμβάσεις σε σχέση με την Γερμανία και τη Αγγλία. (Γούλας Γ., 2014)

Σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην Ελλάδα παρατηρείται να υπάρχει σημαντικό έλλειμμα σε μελέτες όσο αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή στη ΜΕΘ. Οι Παπαθανασσόγλου και συν. σε μελέτη 803 νοσηλευτών από 53 ΜΕΘ, παρατήρησαν μέτριο και χαμηλό βαθμό αυτονομία των Ελλήνων νοσηλευτών ΜΕΘ, σχετικά με την λήψη κλινικών αποφάσεων και την εκτέλεση τεχνικών δεξιοτήτων. (Papathanassoglou ED et al., 2005) (Αδάμου Ε και συν., 2011)

1.2 Εξέλιξη και ιστορική αναδρομή των ΜΕΘ

Η Ιατρική της Εντατικής Θεραπείας δημιουργήθηκε με βάση τους ορισμούς που προσδιορίζουν τον χρόνο, τον τόπο, τα πλεονεκτήματα των παροχών αυτής, της αρτιότητά τους, τις σύγχρονες μεθόδους υποστήριξης της ζωής, την εξέλιξη των μέσων παρακολούθησης, καθώς σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε και η παρουσία της Florence Nightingale.

Η Florence Nightingale (εικόνα 1) ήταν νοσηλεύτρια που συνέβαλε κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας η οποία προσφέρθηκε να βοηθήσει εθελοντικά και τη χρονολογία του 1854 έφυγε από την



Εικόνα 1 Η Florence Nightingale

Αγγλία και ήταν επικεφαλής μιας ομάδας 38 νοσηλευτών. Καθώς έφθασε στην Κωνσταντινούπολη, στο Σκούταρι, βρίσκονταν οι ιατρικές βρετανικές εγκαταστάσεις για τους στρατιώτες, η ίδια με στόχο να μειώσει τη θνητότητα έβαλε σε λειτουργία ένα σύστημα για την εντατική φροντίδα των ασθενών και πέτυχε ποσοστό μείωσης της θνητότητας στο 2%.

Ακόμα, η Florence Nightingale κατάφερε με τη συμβολή της να τοποθετηθούν οι πιο σοβαρά πάσχοντες ασθενείς σε κρεβάτια τα οποία ήταν κοντά στον νοσηλευτικό σταθμό, ώστε να παρακολουθούνται πιο εντατικά δίνοντας προτεραιότητα στη σημασία της ξεχωριστής χωρικής κατανομής για τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση.

Στην Αγγλία το 1859, ιδρύθηκε προς τιμήν της Florence Nightingale στο Νοσοκομείο του Αγίου Θωμά, Σχολή Νοσηλευτικής στην οποία διδάσκονταν πρακτικά και θεωρητικά μαθήματα. Η Σχολή διακρίθηκε για την επαγγελματική της αξία και την τεχνική της επάρκεια καθώς και βραβεύτηκε από την βρετανική κυβέρνηση. Ο δρόμος για την Ιατρική της Εντατικής Θεραπείας άνοιξε εξαιτίας του έργου και της Σχολής της Florence Nightingale.



Εικόνα 2: Θάλαμος πνευμόνων σιδήρου με ασθενείς με πολιομυελίτιδα, Νοσοκομείο Rancho Los Amigos, Καλιφόρνια (1953).

Κάποια χρόνια αργότερα, πραγματοποιήθηκε η διαμόρφωση της έννοιας της μετεγχειρητικής ανάνηψης από τον Walter Dandy, αφού ήταν ο πρώτος που στελέχωσε μια νευροχειρουργική μετεγχειρητική μονάδα φροντίδας στη Βαλτιμόρη στο Νοσοκομείο Johns Hopkins με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον το 1930 σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε μια συνδυασμένη μετεγχειρητική μονάδα ανάνηψης/εντατικής θεραπείας στο Πανεπιστήμιο του Tubingen στη Γερμανία.

Αυτές οι μονάδες εντατικής φροντίδας αποτέλεσαν τότε πρότυπο και το μοντέλο των μετεγχειρητικών μονάδων ανάνηψης που εκεί παρέχονταν εντατική μετεγχειρητική φροντίδα κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκόσμιου πολέμου σε θύματα του. Παρόμοιες

μονάδες μετεγχειρητικής ανάνηψης αναπτύχθηκαν την περίοδο του 1950 με σκοπό την μετεγχειρητική διαχείριση ασθενών οι οποίοι υποβάλλονταν σε πιο σοβαρές επεμβάσεις.

Με την κατάλληλη στελέχωση από εξειδικευμένους νοσηλευτές που υποστηρίζονταν από αναισθησιολόγους, πραγματοποιήθηκε ο εξοπλισμός μηχανημάτων παρακολούθησης. Φοιτητές ιατρικής στρατολογήθηκαν να αερίζουν με θετική πίεση τα θύματα από τον Bjorn Ibsen. Επιπλέον, ο μηχανικός αερισμός εκτός χειρουργικής αίθουσας, ενισχύθηκε από την ένταξη του χειροκίνητου μηχανικού αερισμού για τους μη χειρουργικούς ασθενείς.

Όλες αυτές οι προσπάθειες θεωρούνται από πολλούς ιστορικούς η απαρχή της Ιατρικής της Εντατικής Θεραπείας. Αρκετές από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στελεχώθηκαν από γιατρούς με κύρια ειδικότητά τους την Αναισθησιολογία ή την Παθολογία. Οι μονάδες στην πλειονότητά τους ήταν ανοιχτές και οι ασθενείς παρακολουθούνταν από διαφορετικούς γιατρούς. Αργότερα, παρατηρήθηκε ότι αρκετοί ασθενείς στις ΜΕΘ αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα ανεξάρτητα από την αιτία που είχαν εισαχθεί, και ότι οι κλειστές μονάδες παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα στην διαχείριση των ασθενών από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αξίζει να σημειωθεί ο σημαντικός ρόλος του Εντατικολόγου στη βελτίωση της φροντίδας και της έκβασης των ασθενών.

Με αυτόν τον τρόπο άρχισαν να αναπτύσσονται ειδικά προγράμματα στην εντατική θεραπεία, καθώς αυτή αποτέλεσε μια ξεχωριστή ειδικότητα. Με την επέκταση των ΜΕΘ ολοένα και περισσότερο και με την ένταξη όλο και πιο σοβαρών περιστατικών, δεν κατάφερε να βελτιωθεί μόνο η ποσότητα και η ποιότητα της έρευνας στον τομέα, αλλά και η στελέχωση και η καλύτερη κατανόηση μηχανισμών στην βαρέως πασχόντων ασθενών ομάδα.

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας παρουσιάστηκαν πιο εξελιγμένα συστήματα υποστήριξης της ζωής καθώς και επεμβατικές τεχνικές παρακολούθησης, όπως για παράδειγμα η χρήση καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας. Αρκετά νοσοκομεία επέκτειναν την εντατική φροντίδα πέρα από τους σταθερούς τοίχους της ΜΕΘ, δημιουργώντας τις ομάδες ιατρικής έκτακτης ανάγκης ή ομάδες ταχείας αντίδρασης. Ο απώτερος σκοπός αυτών των ομάδων ειδικευμένων στην εντατική θεραπεία, είναι η παρακολούθηση, η αξιολόγηση και η παροχή θεραπείας σε ασθενείς με επιδεινωμένη υγεία στον θάλαμο, πριν καταλήξουν σε μια κατάσταση που χρήζει νοσηλείας στη ΜΕΘ, με στόχο τη

βελτίωση έκβασής τους στη ΜΕΘ καθώς και την κατάλληλη διαχείριση των κρεβατιών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. (Semantic Scholar)

1.3 Σκοπός των ΜΕΘ

Η εντατική φροντίδα υγείας έχει ως σκοπό την αποκατάσταση της ποιότητας ζωής και της υγείας πασχόντων από οξεία και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν εξατομικευμένης και στενής παρακολούθησης κατά τη διάρκεια όλου του 24ώρου. Η διαχείριση καταστάσεων που παλαιότερα έμοιαζαν μη αντιμετωπίσιμες, πλέον τα σύγχρονα τεχνολογικά ιατρικά επιτεύγματα συμβάλλουν στη διατήρηση της ζωής των ασθενών για εβδομάδες ή και μήνες, ακόμα και εάν έχουν δυσμενή πρόγνωση. (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

1.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ΜΕΘ

Πλεονεκτήματα των ΜΕΘ

- Σώζονται ζωές
- Παροχή πολύπλευρης νοσηλείας με σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς
- Παροχή άμεσης και συνεχούς περίθαλψης από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Καθημερινή εφαρμογή πολύπλοκων θεραπευτικών μεθόδων
- Συγκέντρωση των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και διευκόλυνση των τμημάτων του χώρου του νοσοκομείου
- Εξαιρετικές συνθήκες αντιμετώπισης για ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- Ενίσχυση της ελεγχόμενης κλινικής έρευνας και εκπαίδευσης
- Εφαρμογή εργαστηριακών και πειραματικών ευρημάτων σε θεραπευτική πράξη
- Κατάλληλα εξοπλισμένος χώρος με εξειδικευμένο και σύγχρονο τεχνικό εξοπλισμό

Μειονεκτήματα των ΜΕΘ

- Εξαντλητικές συνθήκες εργασίας του προσωπικού
- Μειωμένη ιατρική αρμοδιότητα
- «Υπερθεραπεία» του ασθενούς

- Υψηλό κόστος ανάπτυξης του χώρου
- Διασπορά λοιμώξεων
- Μετατροπή της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με τη σημασία της τεχνικά και φυσικά δυνατής

1.5 Συστήματα παρακολούθησης και εξοπλισμός ΜΕΘ

Η ένταξη και η εξέλιξη της τεχνολογίας κρίθηκε αναγκαία για την κάλυψη των συνεχών και αυξανόμενων αναγκών. Οι εγκαταστάσεις των ΜΕΘ πρέπει να πραγματοποιούνται με συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας. Σε δύο κατηγορίες χωρίζεται το σύνολο και το είδος εξοπλισμού μιας ΜΕΘ: τον ειδικό και τον γενικό εξοπλισμό.

Στον γενικό εξοπλισμό περιλαμβάνονται τα μηχανήματα: τεχνητός βηματοδότης, καρδιογράφος, τεχνητής αναπνοής, καρδιακής ανανήψεως. Ο ειδικός εξοπλισμός περιλαμβάνει τον εξοπλισμό κάθε δωματίου και κλίνης της ΜΕΘ και αποτελεί: εντοιχισμένο μανόμετρο για τη λήψη της αρτηριακής, συσκευή για εισπνευστική θεραπεία, μηχανήμα σύνδεσης με την κεντρική παροχή οξυγόνου.

Πιο συγκεκριμένα, ορισμένες από τις κατηγορίες μηχανημάτων αποτελούν:

- Μηχανικοί αναπνευστήρες είναι τα μηχανήματα που αφορούν την αναπνευστική υποστήριξη του πάσχοντος.
- Μηχανήματα που συνδέονται με την μελέτη ζωτικών σημείων - monitor είναι ο απινιδωτής.
- Μηχανήματα που συνδέονται με τη χορήγηση φαρμάκων και υγρών όπως οι ηλεκτρολύτες, οι μικροαντλίες ηλεκτροκίνητες, η ειδική αντλία έγχυσης διαλύματος μορφίνης επισκληριδώς σε αρρώστους με χρόνιο πόνο και οι αντλίες με μπαταρία.

Τα πιο συχνά συστήματα που χρησιμοποιούνται χωρίζονται σε γενικά και ειδικά κατά νόσο. Τα πιο βασικά γενικά συστήματα των ενηλίκων είναι τα APS, APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II, APACHE III, SAPS (Simplified Acute Physiology Score)II, SAPS III, MPMO (Mortality Prediction Model), MPM24, ενώ τα πιο συχνά ειδικά, όπως παραδείγματος χάρη για το τραύμα είναι τα Trauma Index, Trauma Score, TRISS, CRAMS, Hannover Intensive Score, ενώ στα παιδιά γίνεται χρήση του συστήματος PRISM. (Τσουντας Κ & Βασιλάκη Ε., 2004)

1.6 Ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβατικές πράξεις στις ΜΕΘ

Ο χώρος της ΜΕΘ διακρίνεται από υψηλό επίπεδο τεχνολογίας και ενισχυμένης ετοιμότητας εξειδικευμένου προσωπικού απέναντι στον βαρέως πάσχοντα ασθενή, μέσω της εφαρμογής της τεχνολογίας καθώς και σφαιρικής επιστημονικής γνώσης, με στόχο την εξασφάλιση της διατήρησης της ζωής. Τόσο η διατήρηση και η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών, όσο και η αποκατάστασή του ώστε να ενταχθεί ξανά στην κοινωνία με τις όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις, καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη μιας ΜΕΘ.

Οι κύριες παρεμβάσεις στις ΜΕΘ είναι:

- Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
- Διατροφική υποστήριξη (εντερική – παρεντερική)
- Καταστολή και αναλγησία
- Αντιμετώπιση σήψης στη ΜΕΘ (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

1.7 Ο πόνος στη ΜΕΘ

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα των ασθενών των ΜΕΘ στην παθολογία, καθώς και η αιτία αρκετών και σοβαρών προβλημάτων, αποτελεί ο πόνος. Οι ασθενείς στους χώρους των ΜΕΘ βρίσκονται σε μια κρίσιμη και σοβαρή κατάσταση στην οποία επικρατούν παθολογικές καταστάσεις που εντείνουν το άγχος και τον πόνο. Η παρατεταμένη νοσηλεία και ο κλινοστατισμός κάνει πιο έντονο τον πόνο του ασθενή, με αποτέλεσμα ο ίδιος να αποφεύγει την κατάλληλη κινητοποίησή του (φυσιοθεραπεία).

Επιπλέον, ο πόνος των ασθενών στις ΜΕΘ, ενισχύει την ανάπτυξη του συνδρόμου της ΜΕΘ, ειδικά στους μετεγχειρητικούς ασθενείς. Το άγχος, ο φόβος επικείμενου θανάτου, το περιβάλλον της ΜΕΘ, η δυσκολία επικοινωνίας και ο πόνος παίζουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη φυσιολογία του ασθενούς αλλά και στο έργο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο πόνος και το άγχος προκαλούν την ενεργοποίηση ανοσολογικών, ορμονικών, βιοχημικών και μεταβολικών διαδικασιών, που είναι δυνατόν να προκαλέσουν συστηματική φλεγμονώδη κατάσταση. Η μείωση του άγχους, ο έλεγχος του πόνου, ο περιορισμός του stress, η βελτίωση της αναπνευστικής υποστήριξης και η διευκόλυνση

του έργου της εντατικής ιατρικής φροντίδας, επιτυγχάνεται μέσω της χορήγησης αναλγησίας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ως μια συγκινησιακή εμπειρία, ο πόνος αποτελεί ένα υποκειμενικό φαινόμενο, και αυτός είναι ο λόγος που δεν εκτιμάται αντικειμενικά αλλά μέσω διαφόρων κλιμάκων που στοχεύουν να τον προσεγγίσουν.

Για την εκτίμηση του πόνου, χρησιμοποιούνται έμμεση τρόποι προσέγγισής του, όπως η αιμοδυναμική εικόνα του ασθενούς και οι εκφράσεις προσώπου του. Στη ΜΕΘ, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινή πρόκληση με τον πόνο του ασθενούς, και την επιλογή της δόσης και του είδους του φαρμάκου ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Στον χώρο της ΜΕΘ επιτυγχάνεται η άμεση παρακολούθηση του ασθενούς, η καλύτερη φροντίδα του, και η έγκαιρη παρέμβαση όπου αυτό απαιτείται. (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

Κεφάλαιο 2^ο

Ποιότητα ζωής

2.1 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας ζωής

Η σημασία που δίνεται στην ποιότητα ζωής δεν είναι πρόσφατη, αφού απασχόλησε την ανθρωπότητα από την αρχαία κινέζικη εποχή. Περίπου 2.300 χρόνια πριν ο Αριστοτέλης στην αρχαία Ελλάδα, είπε τα εξής: «Ποιότητα ζωής είναι η ανεμπόδιστη επιδίωξη και επίτευξη έργου για την οποία προορίζεται κάθε άνθρωπος», καθώς τη χαρακτήριζε «το πιο ωραίο και πιο ευχάριστο αγαθό». (Δημητρίου Μ., 2012)

Αλλά αναφορές για την ποιότητα ζωής στους αρχαίους χρόνους έχουν γίνει και από τον Πλάτωνα ο οποίος καταθέτει πως ο Σωκράτης ήταν αυτός που αναφερόταν στην ποιότητα ζωής συγκρίνοντας την με την ποσότητα (Σεργίου Κ., 2014).

Από το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα το ενδιαφέρον για τη μελέτη της ποιότητας ζωής άρχισε να γίνεται πιο έντονο. Μετά τη δεκαετία του '60, η άποψη που είχε επικρατήσει πριν από τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο σχετικά με την ποιότητα ζωής ήταν ότι αυτή έχει να κάνει με τη δημοκρατία και τη βελτίωση κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων γεγονός το οποίο αμφισβητήθηκε και διαψεύστηκε.

Έτσι λοιπόν, στις αρχές του '70 εμφανίζεται στο προσκήνιο ο όρος «Ποιότητα Ζωής» στα πλαίσια των κοινωνικών επιστημών δίνοντας βάση στην υποκειμενική και αντικειμενική ανθρώπινη προσέγγιση.

Σήμερα, το ενδιαφέρον έχει σταθεί στον όρο ποιότητα ζωής και τη σαφή οριοθέτησή του, ενώ ερευνητές, οργανισμοί υγείας αλλά και επιστήμονες διεξάγουν μελέτες με σκοπό την πλήρη αποσαφήνιση του όρου τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά.

Οι Dalkey και Rourke ορίζουν την ποιότητα ζωής *«ως το υποκειμενικό επίπεδο κάθε ανθρώπου για ευεξία, ικανοποίηση από τη ζωή του, ευτυχία σχετικά με την υγεία του, τον αυτοσεβασμό του, το άγχος του, την κοινωνική, οικονομική, και οικογενειακή του κατάσταση»*.

Έτσι λοιπόν μετά από μια μεγάλη ιστορική αναδρομή αποδεικνύεται ότι στο πέρασμα των χρόνων η υποκειμενικότητα σχετικά με την ποιότητα ζωής είναι αυτό που την καθορίζει όπως επίσης και ο βαθμός ικανοποίησης - είτε σωματικά είτε ψυχικά - του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

2.2 Εννοιολογικός ορισμός

Η έννοια του όρου «ποιότητα ζωής» αποτελεί ένα φάσμα απόψεων αφού είναι αδύνατο να καθορισθεί ένας ορισμός που θα αντιπροσωπεύει τις προσωπικές ανάγκες της υγείας κάθε ατόμου.

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια πολυδιάστατη σχετικά με το περιεχόμενο της καθώς υπάρχουν πολλές παράμετροι που μπορεί κάποιος να την ορίσει (Υφαντόπουλος Γ & Σαρρής Μ., 2001).

Οι Dalkey και Rourke (1973), συνέδεσαν τον ορισμό της ποιότητας ζωής με την αίσθηση ευεξίας του ατόμου, την ευτυχία σχετικά με την υγεία του, το ποσοστό ικανοποίησης από τη ζωή του, την κοινωνική και οικονομική του κατάσταση, το stress. (Παπάνης Ε & Ρουμελιώτου Μ., 2007)

Οι Renwick και Brown- βασίζονται σε μια πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η οποία βασίζεται στο γεγονός ότι κάθε άνθρωπος ξεχωριστά, αντιλαμβάνεται το βαθμό της ποιότητας ζωής του σύμφωνα με το που ανήκει, με τα χαρακτηριστικά της ύπαρξης του αλλά και τη δυνατότητα να ικανοποιεί τον εαυτό του και να ολοκληρώνει τις προσωπικές του ανάγκες. (Rebecca Renwick et al., 1996)

Έτσι λοιπόν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως *«την ατομική αντίληψη που έχει κάθε άνθρωπος για τη θέση του στη ζωή σε συνδυασμό με τις αξίες, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας του αλλά και άλλα υποκειμενικά στοιχεία όπως οι προσωπικές πεποιθήσεις, οι στόχοι, οι εκπλήρωση των επιθυμιών του, τα ενδιαφέροντα του, οι ανησυχίες του»*. (WHO, 1991)

Σύμφωνα με τον Rokeach σημαντικό κομμάτι για την καλή ποιότητα ζωής αποτελεί η καλή υγεία όπως την βλέπει ο ίδιος ο άνθρωπος από την δικιά του σκοπιά, ανάλογα με τη δική του κρίση, τους δικούς του σκοπούς και στόχους που θέτει αλλά και τις δικές του ανάγκες. (Rokeach J., 1973)

2.3 Η σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία

Η ποιότητας ζωής είναι ένα ποσοτικό μέτρο αντίληψης για την υγεία και την λειτουργικότητα. Αποτελεί μία γενική έννοια που αφορά την συναισθηματική, την βιολογική και την κοινωνική διάσταση της ζωής. Είναι ένας δείκτης που υπολογίζεται στους ασθενείς που επιβίωσαν μετά την έξοδο τους από την ΜΕΘ και είναι ένα μέτρο αντίληψης όσο αφορά την υγεία και την λειτουργικότητα. Η βελτίωση της ποιότητας της

ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL: Health- Related Quality of life) διαμέσου της μείωσης των επιπτώσεων (impact) χρόνιων παθήσεων αποτελεί κύρια προσπάθεια και συνεργασία ανθρωποκεντρικών επιστημών.

2.4 Δείκτες Ποιότητας Ζωής

Οι περισσότεροι υπάρχοντες δείκτες αντανακλούν στο μοντέλο της ασθένειας, που είναι μία ιατρική αντίληψη που σχετίζεται με παθολογικές ανωμαλίες και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων όπως αλλαγές στη συνηθισμένη λειτουργικότητα του ατόμου, αλλαγές στις αισθήσεις του και αισθήματα πόνου ή δυσχέρειας.

Ένας άνθρωπος μπορεί να νιώθει άρρωστος χωρίς να υπάρχει καμία ιατρική διάγνωση να το επιβεβαιώνει. Οι δείκτες ποιότητας ζωής ενός ασθενή που νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ αποτελούνται κυρίως από σωματική, ψυχολογική υγεία και κοινωνική ευεξία.

Στη σωματική υγεία εξετάζεται ο ασθενής στον πόνο και στο επίπεδο σωματικής του λειτουργίας, στην ψυχική υγεία εξετάζεται το άγχος που ενδεχομένως να έχει εμφανιστεί στο άτομο, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και την ικανότητα προσαρμογής.

Η κοινωνική ευεξία σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση στη ζωή του ατόμου(κοινωνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, την στήριξη από το στενό περιβάλλον). Πιο γενικά στην ποιότητα ζωής του ατόμου συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπου πιθανόν να είναι η υγεία του (σωματική και ψυχική) αλλά όχι μόνο.

Σημαντικοί δείκτες είναι και το μέρος κατοικίας του, οι συνθήκες που επικρατούν στον χώρο εργασίας του, τα τρόφιμα που καταναλώνει ,η διασκέδαση του, τις αντιλήψεις που έχει το κάθε άτομο, τις φιλοσοφίες του, πνευματικές αντιλήψεις, πολιτικές αντιλήψεις αλλά και η οικονομική ευχέρεια. (Κωστάλα Ε & Ντιβέρη Ε., 1997) (Γεωργίου Α., 2011) (Υφαντόπουλος ΓΝ., 2007)

2.5 Μέτρηση της ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι κάτι πολυδιάστατο επειδή έχει ως σκοπό να αξιολογηθούν πολύ παράγοντες που αφορούν άμεσα ή έμμεσα την ζωή και την υγεία ενός ατόμου. Για να υπάρχει μια τεκμηριωμένη άποψη πρέπει υπάρχει μια συνολικά εικόνα τη ζωής του ώστε να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η ζωή του ατόμου όσο αφορά την υγεία του (πόνος, δυσφορία), την ψυχολογία του, οι κοινωνικές αντιλήψεις του, τις πεποιθήσεις του , να αξιολογηθεί πως αντιλαμβάνεται και πως αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο την υγεία του.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος ως προς την μέτρηση ποιότητας υγείας. Τα πρώτα ερωτηματολόγια ξεκίνησαν το 1970 με σκοπό την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και είχαν ως στόχο την μέτρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Από το 1970 και μετά είχε παρατηρηθεί σημαντική αύξηση ερευνών από την ιατρική βιβλιογραφία που ερευνούσαν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία κάθε ατόμου.

Σήμερα οι μελέτες και τα ερωτηματολόγια βασίζονται στο σύνολο της υγείας του ατόμου, δηλαδή όχι μόνο την καλή λειτουργία οργανικών συστημάτων αλλά και την γενική ευεξία και λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Για την μέτρηση της ποιότητας υγείας των ασθενών υπάρχουν τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας που εξετάζουν την σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική, τις αντιλήψεις της γενικής υγείας και τον βαθμό πραγματοποίησης κοινωνικών δραστηριοτήτων. Μειονέκτημα είναι ότι τα ερωτηματολόγια δεν είναι εξατομικευμένα στην περίπτωση του κάθε ασθενή ώστε να μπορούν να εντοπιστούν κλινικές αλλαγές, είναι γενικού επιπέδου και υπάρχει μόνο η δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις. (Ασημακοπούλου Ε., 2012) (Υφαντόπουλος ΓΝ., 2007)

2.6 Εργαλεία Μέτρησης Ποιότητας Ζωής

Έχουν αναπτυχθεί ειδικές μετρήσεις για τις νόσους οι οποίες λειτουργούν για να εστιάζουν στην επίδραση της ποιότητας ζωής του κάθε ασθενή σε συγκεκριμένες διαταραχές και τις θεραπείες τους. Η πιο γνωστή κλίμακα είναι ένα εργαλείο του ΠΟΥ, που ονομάζεται WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) είναι ερωτηματολόγιο και έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα για την εγκυρότητα του.

Επίσης στις έρευνες συμπεριλαμβάνεται και οι ψυχική υγεία στην ποιότητα ζωής με το HRQOL: Health- Related Quality of life) που παρέχει την μέτρηση της επίδρασης στις βαριές ασθένειες που αφορά την επίδραση της νόσου, αν υπάρχει συγκεκριμένη αλλαγή στη συνολική υγεία του ασθενούς και την αξιολόγηση των οικονομικών επιπτώσεων της υγείας. Χρησιμοποιούνται όμως και άλλα ερωτηματολόγια που εξετάζουν συνολικά την πορεία των ασθενών ώστε να υπάρχει μία πλήρης εικόνα για τον κάθε ασθενή. Μερικά από τα πλέον διαδεδομένα είναι :

- **Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham**(Nottingham health profile): Έχει ως σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών και περιλαμβάνει ερωτήσεις

σχετικά με συναισθηματικές αντιδράσεις, δυσανεξία, απομόνωση και ερωτήσεις για το επίπεδο ενεργητικότητας σε δραστηριότητες.

- **Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας** (sickness impact profile): Περιλαμβάνει 12 κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν ψυχοκοινωνικές και σωματικές καταστάσεις του ατόμου. Μπορούν να υπολογιστούν αντικειμενικά τα αποτελέσματα επειδή το ερωτηματολόγιο επικεντρώνεται στις συμπεριφορές.
- **Γενικοί πίνακες κατάταξης** (general health- rating index): Αξιολογεί την προηγούμενη, την παρούσα και την μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, την αντίληψη του και την ευαισθησία που έχει στην ασθένεια.
- **Κλίμακα ευεξίας** (quality of well-being scale QWB): HQWB αξιολογεί τρία επίπεδα υγείας, την κινητικότητα, την σωματική δραστηριότητα και την κοινωνική δραστηριότητα και συνοψίζει το σύνολο συμπτωμάτων και ανικανότητας. Έχει ως σκοπό την ποσοτικοποίηση του υγειονομικού αποτελέσματος οποιασδήποτε θεραπείας σε ποιοτικά προσδιορισμένο χρόνο ζωής.
- **Health utilities index** (HUD): Είναι γενικό εργαλείο που χρησιμοποιεί επίπεδα υγείας όπως την όραση, την ακοή, τον λόγο, την γνωστική ικανότητα, επιδεξιότητα, και το συναίσθημα. Με αυτή τη μέθοδο αξιολογείτε η κατάσταση υγείας του ατόμου για μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή.
- **Index of health-related quality of life**: Είναι ένα εργαλείο που αξιολογεί την μέτρηση κοινωνικής ψυχολογικής και σωματικής λειτουργικότητας με ερωτήσεις που στοχεύουν σε ψυχιατρικά κυρίως περιστατικά, αλλά δίνετε και σε άλλες περιπτώσεις ασθενών. Χρησιμοποιείτε για την απόδοση ενός γενικού δείκτη υγείας.
- **Euro QoL**: (European quality of life scale): Αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος έχει ως σκοπό την καταγραφή του προφίλ υγείας του ατόμου και αξιολογεί την κινητικότητα του, τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, τις καθημερινές δραστηριότητες του, αν νιώθει πόνο, άγχος η βιώνει κατάθλιψη. Το δεύτερο μέρος αξιολογεί την εκτίμηση του ατόμου σχετικά με την υγεία του. Για να είναι δυνατή η εκτίμηση του ατόμου για τον τρόπο που εκλαμβάνει διάφορες καταστάσεις που αφορούν την υγεία του χρησιμοποιείται EQ-5D.
- **-15 -D**: Χρησιμοποιείτε για την μέτρηση αποδοτικότητας του ατόμου (επιληψία, μυοσκελετικές δυσπλασίες, παιδικά νεοπλάσματα και κατάθλιψη). Προτείνεται από τον Harry Sintonen και βασίζεται σε δώδεκα διαφορετικές διαστάσεις.

Διαστάσεις

Κινητικότητα	Φαγητό
Όραση	Ομιλία
Ακοή	Ύπνος
Εξάντληση	Δυσφορία
Εξάλειψη	Ζωτικότητα
Σεξουαλική δραστηριότητα	Νοητικές λειτουργίες

- **Κλίμακα SF- 36:** Χρησιμοποιείται τα τελευταία περίπου είκοσι χρόνια και έχει ως σκοπό τη μέτρηση υγείας ενός πληθυσμού και ταυτόχρονα καταγράφει και την πνευματική υγεία του ατόμου. (Υφαντόπουλος ΓΝ., 2007)

Κεφάλαιο 3^ο

Ψυχική νόσος

Ο συνδυασμός του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί και αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα καθορίζει την ψυχική νόσο. Ακόμα, σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, η ψυχική νόσος σχετίζεται με ορισμένες λειτουργίες του νευρικού συστήματος, περιοχές του εγκεφάλου καθώς επίσης είναι δυνατόν να συνδέεται με τα γονίδια ή την εμπειρία του ατόμου. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια δυσκολεύονται αρκετές φορές στην καθημερινότητά τους, στην επικοινωνία τους με άλλες κοινωνικές ομάδες ή στο να έχουν την ικανότητα να συμβαδίζουν στην εξέλιξη μιας φυσιολογικής ζωής. (Παναγιωτοπούλου Α., 2015)

3.1 Υγεία και Ψυχική Υγεία

Η διατήρηση της υγείας και της ψυχικής υγείας ενός ατόμου είναι σημαντικοί παράγοντες για την καλύτερη ποιότητα ζωής του. Η ψυχική υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με την σωματική υγεία και επηρεάζει άμεσα την κατάσταση της σωματικής υγείας ενός ατόμου, καθώς επηρεάζει την ψυχολογία του, τον τρόπο σκέψης και τη συμπεριφορά του, επομένως είναι σημαντικό κάθε άνθρωπος να διατηρεί ακέραιη την ψυχική του υγεία και κατά επέκταση την υγεία του. Ένα άτομο δεν είναι υγιές εάν δεν διατηρεί και τη ψυχική του υγεία υγιή. Με αυτόν τον τρόπο όπως προκύπτει στο ευρύ φάσμα της υγείας αποδίδεται η φυσική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση ενός ατόμου.

3.1.1 Ορισμός υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία η πνευματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου λειτουργούν σε πληρότητα, και όχι μόνο η απουσία σωματικής ασθένειας ή αναπηρίας.

3.1.2 Ορισμός ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική ευεξία, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση σε ένα κοινωνικό πλαίσιο καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και κατορθώματα. Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ώστε να μπορέσει ένα άτομο να διατηρήσει μια καλή ποιότητα ζωής. Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από την υγεία ενός ατόμου καθώς είναι άμεσα συνδεδεμένες,

καθώς επίσης και από διαφορετικές κοινωνικό-πολιτιστικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, την εκπαίδευση, την παιδεία, ακόμα και πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με το σώμα.

Η ψυχική υγεία διαιρείται σε δυο διαστάσεις: τη θετική και την αρνητική. Η θετική ψυχική υγεία αφορά την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις αντιξοότητες που του παρουσιάζονται ώστε να αποφευχθεί η κατάρρευση της ψυχικής του υγείας, όταν έρχεται αντιμέτωπο με αντίξοες συνθήκες και καταστάσεις. Η αρνητική ψυχική υγεία σχετίζεται με συμπτώματα ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων. (Ζιακίδου Ε & Κόκκα Ε., 2012) (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

3.2 Ψυχικές Διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές συμπεριφοράς επηρεάζουν πάνω από το 25% των ατόμων κάποια στιγμή στη ζωή τους. Είναι δυνατόν να προσβάλουν τους πάντες ανεξαρτήτου μορφωτικού, κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, φύλου, ηλικίας και τόπου διαμονής. Επηρεάζουν σε οικονομικό επίπεδο τις κοινωνίες και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

Υπολογίζεται ότι μια στις τέσσερις οικογένειες έχει πιθανότητα να πάσχει τουλάχιστον ένα μέλος της από ψυχική διαταραχή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι αυτές οι οικογένειες παρέχουν συναισθηματική και υλική στήριξη στο πάσχον άτομο αλλά επίσης δέχονται τα αρνητικά αποτελέσματα των διακρίσεων του στίγματος του ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή.

3.2.1 Ορισμός ψυχικής νόσου και ψυχικών διαταραχών

Ως ψυχική νόσος ορίζεται μια σειρά σκέψεων και συμπεριφορών, εμφανιζόμενη ως μια ανωμαλία κοινωνικά ή αναπτυξιακά ακαθόριστη, η οποία επηρεάζει το πάσχον άτομο παρουσιάζοντας πόνο ή και ανικανότητα.

Ψυχική διαταραχή ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει ένα εκτεταμένο φάσμα από συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν και προκαλούν προβλήματα στην σκέψη, στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά καθώς και την επικοινωνία του ατόμου με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Οι ψυχικές διαταραχές προσβάλλουν άτομα κάθε ηλικίας και υπάρχει πιθανότητα παρουσίασής τους σε κάθε οικογένεια. Επιπλέον μπορεί να αφορά καταστάσεις όπως η κατάθλιψη και οι φοβίες, το άγχος, έως και τις πιο σοβαρές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια.

Οι ψυχικές ασθένειες είναι ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες και χρήζουν κατάλληλης θεραπείας και αντιμετώπισης. (Καραούζα Μ., 2016)

Κεφάλαιο 4^ο

Εισαγωγή

4.1 Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Το σύνδρομο της μονάδας εντατικής θεραπείας περιέχει αρκετά κλινικά συμπτώματα, καθώς δεν υπάρχουν κοινά αποδεκτά κριτήρια για τη διάγνωση του. Ποικίλης βαρύτητας σύγχυση, διαταραχή ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, φόβος, άγχος, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ανησυχία, επιθετικότητα, παρατεταμένη ένταση, σημεία κατάθλιψης, παραίτηση, παθητικότητα, απάθεια, παλινδρόμηση, μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ, μείωση της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία (HRQoL), Μετατραυματική Διαταραχή (PTSD) ορίζονται ως Σύνδρομο μετά την Εντατική Θεραπεία (Post Intensive Care Syndrome), και είναι μερικές από τις εκδηλώσεις του συνδρόμου αυτού. (Μαστρογιαννάκου Δ και συν)

Το σύνδρομο της μονάδας της εντατικής θεραπείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών συμπτωμάτων, χωρίς να υπάρχουν αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια.

Η έννοια του συνδρόμου χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον McKegney το 1966. Νωρίτερα το σύνδρομο είχε λάβει διάφορες ονομασίες όπως «καταθλιπτική αντίδραση», «σχιζοφρενική αντίδραση» και «ψυχολογικές διαταραχές». Στην δεκαετία του 1960 ονομάστηκε «μία νόσος νέα της ιατρικής προόδου» και «η τρέλα στα δωμάτια ανάρρωσης». Συνώνυμοι όροι είναι η τοξική ψύχωση, παραλήρημα, οξεία σύγχυση, θόλωση συνείδησης, οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια. Τις εκδηλώσεις του συνδρόμου αυτού χαρακτηρίζουν η σύγχυση, διαταραχή ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, φόβος, άγχος, επιθετικότητα, παρατεταμένη ένταση, ανησυχία, σημεία κατάθλιψης, παραίτηση, παθητικότητα, μυϊκή αδυναμία, παραλήρημα. (Παπαδάκη Μ., 2020)

4.2 Αιτιοπαθογένεια συνδρόμου της ΜΕΘ

Πολλαπλή είναι η αιτιολογία του συνδρόμου και οι παράγοντες που περιλαμβάνει σχετίζονται με τον ασθενή, τη νόσο, και το περιβάλλον της ΜΕΘ. Ο αριθμός των ασθενών που επιβιώνουν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά από νοσηλεία διαρκώς αυξάνεται, κατατάσσονται στις χρόνιες νόσους και απαιτούν πολυδιάστατη αντιμετώπιση. Είναι δυνατόν να παρουσιάσουν κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή ακόμα και PTSD (PICS-F) ακόμα και οι φροντιστές των ασθενών. Οι Κλινικές μετά ΜΕΘ έχουν

ως στόχο τη φροντίδα, τη διάγνωση και τη παρακολούθηση αυτών που επιβίωσαν μετά από νοσηλεία σε μονάδες εντατικής θεραπείας. (Χαραλάμπους Η, 2017)

Ταυτόχρονα, η σοβαρότητα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και η έκθεσή τους σε φαρμακευτικές ουσίες μπορούν να καθιστούν συχνά υπεύθυνα για εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων.

Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή:

1. **Προσωπικότητα:** Ασθενείς των οποίων η προσωπικότητα διέπεται από τάση επικράτησης, αυξανόμενη επιθετικότητα και αυτοπεποίθηση μπορεί να καταλήξουν σε παραλήρημα. (Weber RJ et al, 1985) Ασθενείς που δεν ήταν εξοικειωμένοι στο παρελθόν με στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να αναπτύξουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις εντός της ΜΕΘ.
2. **Ηλικία:** Αφορά περισσότερο ασθενείς >50 ετών. Το σύνδρομο σπάνια εκδηλώνεται σε ασθενείς <16 ετών.
3. **Συναισθηματική κατάσταση κατά την έναρξη της νόσου.** (Dyer I., 1995)

Παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον της ΜΕΘ

1. **Απώλεια προσανατολισμού ημέρας-νύχτας:** εξαιτίας της μη ύπαρξης παραθύρων και έλλειψη φωτισμού. (Kleek HG., 1984)
2. **Επίπεδα θορύβου:** Παρουσιάζεται αισθητηριακή αποστέρηση από τη μια πλευρά, καθώς υπάρχει αισθητηριακή υπερφόρτωση από την άλλη. (Kleek HG., 1984) (Dyer I., 1995)
3. **Απομόνωση:** Παρατηρείται απομόνωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, από κοινωνικά πλαίσια, από τα γεγονότα που αφορούν τον κόσμο αλλά και γενικότερα από όλες τις δραστηριότητες. (Kleek HG., 1984) Οι Holland και συν ανέφεραν το γεγονός ότι οι ασθενείς αισθάνονταν την απουσία της ανθρώπινης σωματικής επαφής ως το δύσβατο στάδιο κατά τη διάρκεια παραμονής τους στη ΜΕΘ. (Holland J et al., 1977)
4. **Ελάττωση του ζωτικού χώρου του ασθενή και απώλεια της ιδιωτικής ζωής-μυστικότητας:** Έχει ως αποτέλεσμα τον αποπροσανατολισμό του περιβάλλοντος, που οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του stress.
5. **Ακινητοποίηση:** Οι ασθενείς είναι διασωληνομένοι και δεν μπορούν να απεγκλωβιστούν από ενδοφλέβιες γραμμές, σωληνάκια, ρινογαστρικές

αναρροφήσεις, συσκευές υποβοήθησης της αναπνοής. Όλα αυτά δημιουργούν πηγή έντονου φόβου, άγχους και αισθημάτων ανικανότητας. Παράλληλα, δυσκολεύουν τον προσανατολισμό του ασθενή σχετικά με τη θέση του στο θάλαμο, γεγονός που επηρεάζει την εικόνα του σώματος και αλλαγή της ιδέας του εαυτού τους. (Kleek HG., 1984)(Platzer, 1987)

6. **Αποπροσωποποίηση:** από τα πιο αξιοσημείωτα stress στη ΜΕΘ. Το μεγαλύτερο διάστημα παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ αφιερώνεται στη φροντίδα των σωματικών αναγκών και τη θεραπεία της νόσου, χωρίς την αναγνώριση του ίδιου του ασθενή ως πρόσωπο. Σε αντίθεση με την καθημερινότητά του η οποία αφορούσε την συμμετοχή του σε διάφορες σχέσεις και συναλλαγές πριν την εισαγωγή του στη ΜΕΘ, απομακρύνεται τώρα από αυτήν την συνεχή ενδυνάμωση της ταυτότητάς του και αντικαθίσταται από την «ταυτότητα του ασθενή» η οποία αποτελεί έναν ειδικό τύπο εξάρτησης. (Kleek HG., 1984) (Dyer I., 1995)
7. **Αποστέρηση ύπνου:** Έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας από τους υπεύθυνους στρεσογόνους παράγοντες που οδηγεί στην εμφάνιση του συνδρόμου της ΜΕΘ. (Nahum LH., 1965) (Kornfeld DS et al, 1974) (McKegney FP., 1966) Η απώλεια του ύπνου από μόνη της είναι πιθανό να εκδηλώσει ψύχωση σε φυσιολογικά άτομα τα οποία δεν χαρακτηρίζονται από άλλα συναισθηματικά ή σωματικά stress. (Μαστρογιαννάκου Δ και συν)

Οι διαταραχές του ύπνου ποικίλλουν αιτιολογικά και απαιτούν διαρκή παρακολούθηση Ζ.Σ, υλοποίηση ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου, την υψηλή ένταση του φωτισμού μέχρι και τις νυχτερινές ώρες, τα έντονα επίπεδα θορύβου και τα φάρμακα που χορηγούνται, όπως ηρεμιστικά. (Shilo L et al., 1999)

Παράλληλα, εμφανίζεται και ο κατακερματισμός του ύπνου, δηλ. τα στάδια του ύπνου μένουν μη ολοκληρωμένα (ιδίως τα στάδια III, IV και REM). Η αποστέρηση του ύπνου καταλήγει σε φαύλο κύκλο: όσο αυτή συνεχίζεται, η επακόλουθη απώλεια της βελτίωσης της κατάστασης του ασθενή μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη παραμονή στη ΜΕΘ, μέσα στην οποία ο ασθενής να βιώνει συνεχιζόμενη αποστέρηση ύπνου.

Αξίζει να αναφερθεί πώς επηρεάζεται κάθε αίσθηση μέσα στο περιβάλλον της ΜΕΘ.

1. **Η Όραση:** «λευκή» όραση, διαρκής φωτισμός και οπτική μονοτονία.
2. **Η Ακοή:** «λευκός» θόρυβος μπορεί να χαρακτηριστεί ένα ευρύ τμήμα του θορύβου στη ΜΕΘ εξαιτίας των μηχανημάτων. Λόγω αυτού μπορεί να υπάρξει

αισθητηριακή υπερφόρτωση. Επίσης, η απουσία ουσιαστικής επικοινωνίας μπορεί να προκαλέσει αισθητηριακή αποστέρωση και οι ήχοι που ακούγονται μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος.

3. **Η Αφή:** Η αφή είναι άμεσα συνδεδεμένη και επηρεαζόμενη από τα μυοχαλαρωτικά και αναισθητικά φάρμακα, τον πόνο και τις ενδοφλέβιες γραμμές. Ταυτόχρονα, επηρεάζεται και η κίνηση.
4. **Η Όσφρηση - Γεύση:** Η τραχειοστομία και διασωλήνωση αλλοιώνουν την αίσθηση της όσφρησης και οι ασθενείς δυσκολεύονται να φάνε. (Μαστρογιαννάκου Δ και συν)

Σε μελέτες που έχουν γίνει 2-3 μήνες μετά την έξοδο των ασθενών, αποδείχτηκε ότι 2/3 των ασθενών εμφάνισαν γνωσιακές διαταραχές και αναμνήσεις παραισθήσεων, 3/4 των ασθενών εμφάνιζαν σωματικές διαταραχές, 30% διαγνώστηκαν με κατάθλιψη (εργαλείο HADS-D), αγχώδη διαταραχή (HADS-A) ή/και Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους (PTSD). Η διανοητική κατάσταση των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής ακόμα και μετά 3-6 μήνες μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ είναι επηρεασμένη. Η ποιότητα ζωής τους (HRQoL) (SF-36, EQ-5D) υπολείπεται σημαντικά και η θνητότητα ήταν 13-22% 12 μήνες μετά. Μετά τη συμμετοχή στις Κλινικές οι ασθενείς εμφάνιζαν βελτίωση όλων των συμπτωμάτων, νοσηροτήτων και της HRQoL. (Χαραλάμπους Η, 2017)

Το σύνδρομο της ΜΕΘ εμφανίζεται με ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών αντιδράσεων που κυμαίνονται από την οξεία αντίδραση φόβου μέχρι το παραλήρημα.

Ως επακόλουθο του ψυχολογικού stress εμφανίζεται η οξεία αντίδραση φόβου που συνδέεται με μη προσδοκόμενη στη ΜΕΘ εισαγωγή, ή ακόμα και λόγω μη ρεαλιστικών προσδοκιών από τη ΜΕΘ. Αγχώδης αντίδραση και κατάθλιψη, παρατεταμένη ένταση, παρουσιάζονται συνήθως σε ασθενείς που έχουν χρόνια νοσήματα και ακολουθούνται από πόνο ή σε ασθενείς με οξεία συμβάντα, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παράλληλα, εκδηλώνεται συνήθως σε ασθενείς με σοβαρή αναπνευστική, νεφρική ή καρδιακή ανεπάρκεια. (Weber RJ et al, 1985)

4.3 Η επίδραση της νοσηλείας σε ΜΕΘ στην σωματική και ψυχική υγεία

Η νοσηλεία στη ΜΕΘ επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενή που νοσηλεύεται η έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν είτε στην υγεία του είτε στην ψυχολογία του, και με αυτό το τρόπο μεταβάλλεται η ποιότητα ζωής του.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ. Για αυτό το λόγο οι έρευνες έχουν ξεκινήσει να εστιάζουν στην μακροχρόνια έκβαση των ασθενών ΜΕΘ και στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας τους.

Η νοσηλεία τους μπορεί να επηρεάσει και την **σωματική** και την **ψυχική** τους υγεία σε αρκετά μεγάλο βαθμό στην υποκειμενική αίσθηση ευεξίας του ατόμου, στις ιδέες και τις αντιλήψεις του, την δυνατότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες του συνόλου αλλά και στο επίπεδο καθημερινής του λειτουργικότητας. Η ψυχική υγεία των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ έχει αξιολογηθεί. (Bapat V, 2005) (Granja C, 2004) (Flaatten H & Kvåle R., 2001) (Lizana GF, 2003) (Granja C T.-P. A.-P., 2002) (Kvåle R, 2003) (Γεωργίου Α., 2011)

4.3.1 Η επίδραση της βαριάς ασθένειας σε σωματικό επίπεδο

Η βαριά ασθένεια σε σωματικό επίπεδο έχει ως αποτέλεσμα την εξάντληση του ασθενούς και την δυσκολία τους ακόμα και σε απλές δραστηριότητες. Τα συχνότερα προβλήματα μετά από νοσηλεία στην ΜΕΘ είναι :

- Κόπωση
- Αϋπνία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Απώλεια μαλλιών
- πόνος στις αρθρώσεις
- Αλλαγές στο δέρμα η στα νύχια
- Περιφερική νευροπάθεια
- Αμηνόρροια
- Μειωμένη όρεξη
- Απώλεια σωματικού βάρους

Πιο συγκεκριμένα μια σοβαρή συνέπεια μετά από νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι η απώλεια βάρους. Η αδυναμία, η καταβολή δυνάμεων, η κατάθλιψη, η δύσπνοια είναι πιθανόν να μειώσουν την όρεξη του ασθενούς και να έχει κάποια απώλεια βάρους. Άλλο ένα σύμπτωμα είναι η δύσπνοια που εκδηλώνεται με την μυϊκή αδυναμία, νευροπάθεια, ψυχολογικούς παράγοντες, πνευμονική ίνωση, εξέλιξη προνοσηρής αναπνευστικής και καρδιακής νόσου.

Επίσης μία από τις ασθένειες που έχουν μελετηθεί στη ΜΕΘ είναι η οξεία βλάβη των πνευμόνων (ALI : Acute- Lung-Injury) καθώς και η εκδήλωση του, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS : Acute - Respiratory- Distress- Syndrome).

Επιπλέον η μειωμένη κινητικότητα έχει πολλά αίτια όπως: μείωση της μυϊκής μάζας, κακή ισορροπία, μυϊκή αδυναμία και δυσκαμψία. Σε περιπτώσεις που υπάρχει τραχειοστομία μπορεί να υπάρχει δυσάρεστο αίσθημα κατά την κατάποση. Τέλος, η απόσυρση από τη σεξουαλική ζωή μπορεί να είναι καταστροφική στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

4.3.2 Η επίδραση της βαριάς ασθένειας σε ψυχικό επίπεδο

Στην ανάπτυξη των εκδηλώσεων ευθύνεται μια σειρά ανάπτυξης και αλληλεπίδρασης πολλών αιτιών. Τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα του ασθενή ή το τρέχων ψυχολογικό τραύμα που αντιμετωπίζει, σε συνδυασμό με τη νόσο ή τον τραυματισμό και το αντίκτυπο που έχουν στο ΚΝΣ μεταβολικοί, οργανικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη του συνδρόμου. Ένας ή δύο είναι αρκετοί για την ανάπτυξη συμπτωμάτων.

Στις ΜΕΘ, οι ασθενείς έρχονται σε κίνδυνο με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, σε ψυχολογικό και σε οργανικό επίπεδο, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης. Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζουν οι ασθενείς στη ΜΕΘ. Σε αυτές περιλαμβάνεται η διαταραχή πανικού με ψυχοκινητική διέγερση, το απλό άγχος, το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (παραλήρημα-delirium) και διαταραχές προσαρμογής.

Το παραλήρημα (delirium) χαρακτηρίζεται ως μια πολυσύνθετη νευροψυχιατρική διαταραχή, και τη διαταραχή αυτή την εμφανίζουν ασθενείς των παθολογικών, χειρουργικών τμημάτων και των ΜΕΘ και από αυτούς κυρίως των ηλικιωμένων και αυτών όπου προϋπάρχει εγκεφαλική βλάβη ή/και γνωστική διαταραχή. Η εκδήλωση παραληρήματος είναι συχνή και ειδικότερα σε ασθενείς της ΜΕΘ, και είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της.

Ερευνητές έχουν φέρει στο φως δεδομένα που αποδεικνύουν ότι το παραλήρημα αποτελεί μια συχνή επιπλοκή μεταξύ των ασθενών και παράγοντα ενίσχυσης στην παρατεταμένη νοσηλεία των ασθενών ενώ πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν νευρογνωσιακές διαταραχές και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Ανάλογες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η κύρια αιτία εκδήλωσης του οξέος παραληρήματος σε ασθενείς της ΜΕΘ είναι το ίδιο το περιβάλλον. Παλαιότερα επικρατούσε ο όρος ψύχωση ή σύνδρομο της ΜΕΘ. Τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται ότι η εμφάνισή της αποδίδεται κυρίως σε επίδραση οργανικών παραγόντων στο ΚΝΣ.

Έχει υποστηριχθεί ότι το παραλήρημα στην ΜΕΘ συνήθως υποδιαγιγνώσκεται και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της κατάλληλης αντιμετώπισης και φροντίδας.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του 2002 της SCCM (Αμερικάνικη Εταιρία της Εντατικής Θεραπείας), οι οποίες εστιάζουν στην εξασφάλιση ασφάλειας των ασθενών της ΜΕΘ, μαζί με τον καθημερινό έλεγχο και την φροντίδα ενάντια του πόνου και του στρες επικεντρώνονται και στο συστηματικό έλεγχο και φροντίδα για το παραλήρημα. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση ιατρών και νοσηλευτών και η άρτια εκπαίδευσή τους ώστε βρίσκονται σε θέση να αντιμετωπίζουν σε εικοσιτετράωρη βάση τα βιοψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών της ΜΕΘ.

Η ΜΕΘ αποτελεί τον νοσοκομειακό χώρο που διέπεται από έντονη και αδιάλειπτη συναισθηματική και ψυχολογική πίεση του ασθενούς, με αποτέλεσμα να οδηγεί στην εμφάνιση του παραληρήματος.

Κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ η βαρύτητα του ασθενούς σχετίζεται με την εμφάνιση παραληρήματος ενώ το παραλήρημα σχετίζεται με την επιβίωση του ασθενούς. Με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παραληρήματος αποτελεί το ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης.

Αντίστοιχα, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι υπερτασικοί ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο σε ΜΕΘ ή σε κλινικές παρουσιάζουν πιο συχνά διαταραχές στη μνήμη και τη προσοχή τους σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται καθώς η διάχυτη αγγειακή νόσος που χαρακτηρίζει τους υπερτασικούς ασθενείς, τους κατατάσσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο αφού μειώνεται η εγκεφαλική αιμάτωση με επακόλουθο την κυτταρική ισχαιμία. Οι υπερτασικοί ασθενείς όταν υφίστανται σημαντική σωματική και φυσική πίεση είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη παραληρήματος κατέληξαν στο συμπέρασμα οι Yocum και συν.

Σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης παραληρήματος αποδείχθηκε η χρήση οινοπνεύματος, καθώς έχει πραγματοποιηθεί η σύνδεση οινοπνεύματος στους αλκοολικούς ασθενείς με την παρουσία τρομώδους παραληρήματος, καταλήγοντας σε παρόμοια συμπεράσματα αναφέροντας χαρακτηριστικά ότι η εγκεφαλική ισχαιμία μπορεί

να δικαιολογήσει την παρουσία παραληρήματος. Επιβαρυντικοί παράγοντες στην εκδήλωση παραληρήματος είναι η διαρκής χρήση 50 ml οινόπνευματος καθώς και η ημερήσια κατανάλωση 75 ml οινόπνευματος. Αναγκαία είναι η αναζήτηση του ποσού αλκοόλ που καταναλώνεται. Στον αλκοολικό ασθενή, το οινόπνευμα καθιστά πιο έντονη την ηρεμιστική δράση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στον νευρώνα με αποτέλεσμα η ξαφνική διακοπή του οινόπνευματος να οδηγεί στη διέγερση τους εγκεφαλικούς νευρώνες και συνεπώς στην εκδήλωση ανησυχίας παραληρήματος.

Το ιστορικό καπνίσματος ενισχύει την εμφάνιση παραληρήματος, εύρημα που συμφωνεί με αρκετές μελέτες. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί η συσχέτιση της απόσυρσης από τη νικοτίνη με την εμφάνιση παραληρήματος.

Η διαταραχή του συστήματος νευροδιαβιβαστών ακετυλοχολίνης συνδέεται με την απότομη διακοπή του καπνίσματος (νικοτίνης). Επιπρόσθετοι στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν η εισαγωγή στο νοσοκομείο και η διακοπή του καπνίσματος στους χρόνιους καπνιστές και ενισχύουν την εκδήλωση παραληρήματος. Ακόμα, στην εμφάνιση παραληρήματος σχετίζεται και η υπερπυρεξία. Η συστηματική φλεγμονώδης ανταπόκριση του οργανισμού σε μια ποικιλία σοβαρών κλινικών βλαβών να απελευθερώνει παράγοντες όπως ωκυτοκίνες, ιντερλευκίνες, ιντερφερόνη και άλλους που προκαλούν δυσλειτουργία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα η εγκεφαλοπάθεια να ενισχύει την εκδήλωση παραληρήματος.

Συχνή αποτελεί η χρήση κατασταλτικών στις ΜΕΘ. Οι βενζοδιοζεπίνες και τα αναλγητικά (οπιοειδή) έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση της διέγερσης, της εφαρμογής μηχανικού αερισμού και του άγχους, και είναι σημαντική η προσοχή στη χορήγησή τους προκειμένου να αποφεύγονται οι παρενέργειες.

Με φαινόμενα εξάρτησης και απόσυρσης συσχετίζονται οι βενζοδιαζεπίνες και η προποφόλη, και είναι σημαντική η ελάττωση της δόσης ώστε να αποφεύγεται όσο το δυνατό η εμφάνιση του παραληρήματος. Η έντονη εμφάνιση του παραληρήματος σε ασθενείς στις ΜΕΘ, καθιστά αναγκαία την πρόληψή του. Η αρτηριακή υπέρταση, η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα, η υπερπυρεξία, και η χρήση κατασταλτικών φαρμάκων, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωσή του. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το παραλήρημα αυξάνει σημαντικά τη θνητότητα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. (Αβράμη Σ και συν., 2012)

4.4 Η εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ

Ένα πολύ συχνό φαινόμενο είναι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Η αναγνώριση καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ακολουθούν την βαριά νόσο (critical illness) έχει κίνδυνο αισθήματος αυτοκτονίας και επιπτώσεις στο HRQOL και καθυστερεί την επιστροφή του ατόμου στην εργασία του. Είναι σημαντικό να γίνει άμεσα η διάγνωση της κατάθλιψης επειδή εκτός ότι ο ασθενείς υποφέρει χωρίς να μπορεί κάποιος να τον βοηθήσει, πολλές φορές το επόμενο βήμα της κατάθλιψης είναι η τάση αυτοκτονίας.

Έχουν γίνει πολλές έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο για την κατάθλιψη ασθενών που είχαν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ. Η κατάθλιψη πλήττει πάνω από 150 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και περίπου το 15-20% των ανθρώπων θα περάσουν στη ζωή τους ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Ύστερα από έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι οι τραυματικές εμπειρίες που βίωσε κάποιο άτομο στη ΜΕΘ συσχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης από 2-6 μήνες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, και φάνηκε ότι σε ασθενείς που είχαν μια καλή σωματική κατάσταση εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα 2-9 μήνες μετά τη ΜΕΘ με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής.

Επίσης έχει μελετηθεί σε έρευνες και η παράμετρος του φύλου από τρεις έρευνες και σε μία μόνο έρευνα φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ενώ στις άλλες δυο δεν φαίνεται να παίζει ρόλο το φύλλο με τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Επιπλέον σε δύο μελέτες συσχετίστηκε η σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφάνισε ο ασθενής και η ποιότητα της ζωής του και φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής του είναι χαμηλή. Μελετήθηκαν επίσης ασθενείς που επέλεξαν οι ίδιοι να υποβληθούν σε μηχανική υποστήριξη και βρέθηκε ότι εκείνοι εμφάνισαν τα περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος σε μία μελέτη αξιολογήθηκε και η επαγγελματική κατάσταση όπου φαίνεται η ανεργία να έχει ευθύνη στην εμφάνιση της κατάθλιψης. (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

4.5 Η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ

Η ΔΜΣ είναι μία πάθηση που εμφανίζεται μετά από μία τραυματική εμπειρία που μπορεί να έχει περάσει κάποιος. Ασκεί σημαντική επιρροή στην ζωή των ασθενών και

χαρακτηρίζεται από τον **τρόμο** που διακρίνεται στον ασθενή, την **αδυναμία**, το **μούδιασμα** που νιώθει στη σκέψη αυτού του συμβάντος και στην **αυξημένη διέγερση**.

Ασθενείς που έχουν επιζήσει μετά από ARDS (Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας Ενηλίκων) φαίνεται ότι είναι οι πιο ευάλωτοι για ΔΜΣ όπως και οι μικρότεροι σε ηλικία, ενώ σε μία μελέτη-ορόσημο για επιζώντες από ARDS το 100% εμφάνισε προβλήματα μνήμης, προβλήματα συγκέντρωσης και μείωση γνωσιακών λειτουργιών.

Επίσης η έρευνα έδειξε ότι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης ΔΜΣ είναι το γυναικείο φύλλο και η νεαρή ηλικία. Σε μία μελέτη- ορόσημο επιζώντων ARDS φαίνεται ότι 100% των ασθενών εμφάνισαν έκπτωση μνήμης, έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών, έκπτωση συγκέντρωσης και προσοχής μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ. Παρατηρήθηκε ότι στου παράγοντες κινδύνου ήταν το γυναικείο φύλλο και η νεαρή ηλικία.

Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες ήταν οι φυσικοί περιορισμοί της διαμονής στην ΜΕΘ όπως:

- η διάρκεια μηχανικής υποστήριξης
- η καταστολή με βενζοδιαζεπίνη
- διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ
- σηπτικό σοκ
- χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- οι αναμνήσεις από τραυματικές εμπειρίες. (Ασημακοπούλου Ε., 2012)

4.6 Η ποιότητα ζωής μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ

Έπειτα από έρευνα που έγινε από τον Γ. Σιδηρά και συν το έτος 9/2017 συμπεραίνεται ότι η επίπτωση των γνωσιακών διαταραχών μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ (που περιλαμβάνει μνήμη, συγκέντρωση, προσοχή και εκτελεστική λειτουργικότητα) κυμαίνεται σε ποσοστό 25-75%. (Σιδηράς Γ και συν., 2018)

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν **εμφάνιση γνωσιακών ελλειμμάτων** αμέσως μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ έως και ένα έτος αργότερα αν και το γνωσιακό έλλειμμα μπορεί και να επεκταθεί έως και οκτώ χρόνια αργότερα. Ο βασικότερος παράγοντας για την εμφάνιση γνωσιακών ελλειμμάτων είναι η παρουσία παραληρήματος του ασθενή στη ΜΕΘ αλλά και η διάρκεια του.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών είναι η κατάθλιψη, τα προϋπάρχοντα γνωσιακά ελλείμματα και το άγχος. Επίσης έχουν αναφερθεί και άλλοι

παράγοντες που σχετίζονταν με τη ΜΕΘ όπως η σοβαρή σήψη, το ARDS, η υποξαιμία, η υπόταση, η υπογλυκαιμία και η μακροχρόνια καταστολή. Ο έγκαιρος εντοπισμός θα μπορούσε να είναι η επίλυση των προβλημάτων αυτών και τα μέσα αξιολόγησης γνωσιακών ελλειμμάτων θα πρέπει να είναι σύντομα διαχειρίσιμα και ευρέως αποδεκτά.

Πέρα όμως από τις γνωσιακές διαταραχές οι ασθενείς φεύγοντας από τη ΜΕΘ αντιμετωπίζουν και **ψυχολογικές διαταραχές** όπου αυτές συνοδεύονται από κόπωση, ανορεξία, απώλεια ενδιαφέροντος, αϋπνία αλλά και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Στην έρευνα του Γ. Σιδηρά αξιολογήθηκαν 821 ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια η shock και η αξιολόγηση έδειξε ότι το 30% των ασθενών είχαν καταθλιπτικά σύνδρομα έως και τρεις μήνες μετά τη ΜΕΘ. Ως βασικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί τα ψυχιατρικά προβλήματα, το νεαρό της ηλικίας το γυναικείο φύλλο αλλά και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Για την αντιμετώπιση, τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών έχουν δείξει ότι η ελεγχόμενη καταστολή είναι δυνατόν να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα εμφάνισης PTSD.

Επιπλέον οι ασθενείς μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ αντιμετωπίζουν και **λειτουργικές διαταραχές**. Οι λειτουργικές διαταραχές είναι πιο αναγνωρίσιμες σε σχέση με τις γνωσιακές και τις ψυχολογικές διαταραχές. (Σιδηράς Γ και συν., 2018)

Διακρίνονται στις :

- **Αναπνευστικές διαταραχές:** Οι διαταραχές δηλαδή στην λειτουργικότητα των πνευμόνων όπου συχνά περιλαμβάνουν ακτινολογικές αλλοιώσεις και παθολογικές δοκιμασίες λειτουργικότητας. Οι διαταραχές λειτουργικότητας των πνευμόνων περιλαμβάνουν την μείωση ικανότητας διάχυσης, παθολογική σπιρομέτρηση και παθολογικούς αναπνευστικούς όγκους.
- **Μυϊκή αδυναμία της ΜΕΘ:** Γνωστή ως intensive care unit acquired weakness (ICUaW). Χαρακτηρίζεται από βλάβη στα περιφερικά νεύρα και μυς και είναι αποτέλεσμα της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Η ICUaW γίνεται αντιληπτή από την μείωση ή την απουσία αντανακλαστικών αλλά μπορεί και να εμφανίσουν απώλεια ευαισθησίας σε αρκετά επώδυνα ερεθίσματα, θερμότητα και ταλαντώσεις.

Συμπεραίνοντας διαπιστώνουμε ότι η νοσηλεία στη ΜΕΘ υποβάλλει τον ασθενή σε μία δύσκολη διαδικασία όπου δεν παύει να υπάρχει μετά την έξοδο του από τη ΜΕΘ, αλλά είναι μία χρόνια κατάσταση όπου ο ασθενής εξακολουθεί να έχει προβλήματα στην καθημερινή του ζωή που μπορεί να μην τα είχε κατά τη νοσηλεία του. Μπορεί να έχει

σοβαρές γνωσιακές, ψυχολογικές και λειτουργικές διαταραχές που συμβάλλουν αρνητικά στην ποιότητα ζωής του. (Σιδηράς Γ και συν., 2018)

4.7 Η επίδραση του συνδρόμου της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στους συγγενείς

Η διερεύνηση των εμπειριών και των αναγκών που βιώνει η οικογένεια των ασθενών κατά το χρονικό διάστημα όπου παραμένουν οι ασθενείς στη ΜΕΘ από το 1970 έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα και αφορά κυρίως ποσοτικές έρευνες. Έπειτα η ξαφνική εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ είναι μία εξαιρετικά οδυνηρή και στρεσογόνα εμπειρία για τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια του. Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός στην έκβαση της πορείας της νόσου. (Γιούρτζια AM & Τουλιά Γ., 2015)

Το σύνδρομο της (ΜΕΘ) επιδρά στους συγγενείς διότι έρχονται σε μία κατάσταση ψυχοφθόρα με το στρες που αντιμετωπίζουν για το συγγενικό τους πρόσωπο και σκεπτόμενη την πιθανότητα θανάτου μπορεί να θεωρηθεί ως μία περίοδος έντονης κρίσης. Έτσι, τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς των ασθενών κινδυνεύουν να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης αλλά και μετατραυματικού stress όπως και προβλήματα ύπνου, διότι μελέτες αναφέρουν ότι >40% των ασθενών αλλά και της οικογένειας των ασθενών παρουσιάζουν λειτουργικές, ψυχολογικές αλλά και γνωσιακές διαταραχές μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ. (Σιδηράς Γ και συν., 2018)

Επειδή ο άρρωστος και η οικογένεια του συνδέονται με ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς, οι συγγενείς είναι εκείνοι που αναλαμβάνουν να εξασφαλίζουν την σωματική αλλά και ψυχική υγεία του ασθενή, σε πολλές περιπτώσεις όμως φαίνεται ότι δεν είναι ικανοί να καταφέρουν να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης λόγω του κοινωνικού υπόβαθρου αλλά και το επίπεδο αντίληψης της ευρύτερης κατάστασης του ανθρώπου τους.

Η εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ κάνει την οικογένεια να βγαίνει από τους καθημερινούς της ρυθμούς ενώ επηρεάζει τη δομή, τον τρόπο λειτουργίας σε κοινωνικά και οικονομικά επίπεδα και την οργάνωση. Οι Archuryetal (2011) υποστηρίζουν ότι οι ανάγκες των συγγενών διακρίνονται σε κοινωνικές (διατήρηση επαφής με τον ασθενή), συναισθηματικές (έκφραση συναισθημάτων, σιγουριά, ελπίδα), πρακτικές-υλικές ανάγκες (διαθεσιμότητα χώρων αναμονής, οικονομική ενίσχυση), διότι οι ασθενείς αναφέρουν ότι είναι αυστηρή η διάρκεια του επισκεπτηρίου, ακατάλληλη και ανεπαρκή

ενημέρωση , άγνωστο λεξιλόγιο και δυσκολία κατανόησης των μηχανημάτων. (Χαλκίδη Ε και συν., 2016)

Συγχρόνως έρχονται αντιμέτωποι με ένα νέο περιβάλλον όπου νωρίτερα δεν γνώριζαν αλλά και σε διαφορετική επικοινωνία με το αγαπημένο τους πρόσωπο διότι είναι συνδεδεμένο με περίπλοκα μηχανήματα και πιθανόν να μην υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας.

Η οικογένεια του ασθενή βιώνει έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως σοκ, άρνηση, θυμό, απελπισία, ενοχές και φόβο για την πιθανή απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου, όπου επιδεινώνονται από το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Το πιο γνωστό από τα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί για διερεύνηση είναι το «Critical Care Family Needs Inventory» (CCFNI), όπου η παραγοντική ανάλυση έδειξε πέντε ομάδες αναγκών του οικογενειακού περιβάλλοντος.

1. Την ανάγκη τους για πληροφόρηση
2. Την ανάγκη για άνεση
3. Ανάγκη ασφάλειας και μείωσης άγχους
4. Ανάγκη για τη στήριξη
5. Ανάγκη για εγγύτητα και πρόσβαση

Οι Verhaeghe και συν αντίθετα έδειξαν ότι χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες.

1. Συναισθηματικές
2. Κοινωνικές
3. Πρακτικές
4. Γνωστικές

Και τέλος στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των PardavilaBelio και συν που έδειξε την πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας ως την πρώτη ανάγκη της κάθε οικογένειας η οποία πρέπει να ακολουθείτε από την ανάγκη για εγγύτητα με το ασθενές μέλος της οικογένειας . (Κουκούλη Σ και συν., 2013)

Οι συγγενείς των ασθενών έχουν την ανάγκη για ακριβής πληροφόρηση όπου πολλές φορές δεν την έχουν.

Οι ασθενείς και η οικογένειά τους επιθυμούν διαρκή ενημέρωση για τη βιολογική διάσταση της νόσου και για πρακτικά προβλήματα που σχετίζονται με την καθημερινότητα. Άλλες ανάγκες προϋποθέτουν τα ευέλικτα ωράρια επισκεπτηρίων, όπως

επίσης αναφέρονται και στην οργάνωση του χώρου αναμονής των συγγενών αλλά και σε συναισθηματικές ανάγκες όπως η σιγουριά, η ελπίδα ακόμη και η ενθάρρυνση. Είναι πράγματα που αν εφαρμοστούν θα είναι και οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους πολύ πιο ήσυχη και θα έχουν το αίσθημα της ασφάλειας και της σιγουριάς. (Κουκούλη Σ και συν., 2013)

4.8 Ιστορική αναδρομή του συνδρόμου της ΜΕΘ

Η εξέλιξη του συνδρόμου της ΜΕΘ έχει διερευνηθεί από εντατικολόγους και ψυχιάτρους από την αρχή της αναφοράς του στις αρχές της δεκαετίας του '60. Τα αποτελέσματα των μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η αποτυχία διάγνωσης και εξάλειψης των ψυχολογικών «κρίσεων» στη ΜΕΘ θέτει σε άμεσο κίνδυνο την επιβίωση του ασθενή.

Από τα δεδομένα των μελετών προκύπτει ότι κάθε εισαγωγή ασθενούς στη ΜΕΘ, θα αντιστοιχεί σε μια συναισθηματική απόκριση, ασχέτως από το λόγο για τον οποίο εισάχθηκε. Ως αρχικές αντιδράσεις που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι συνήθως αντιδράσεις φόβου και πανικού. Η προσπάθεια που καταβάλλει ο ασθενής να «ελέγξει» τις συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις, του προκαλεί έντονο άγχος, αρκετές φορές συνοδευόμενο από κατάθλιψη και άρνηση, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε προβλήματα φόβου και εξάρτησης ότι η υποστήριξη δεν θα είναι επιτυχής ή θα διακοπεί.

Το Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας χρησιμοποιήθηκε ως έννοια από τον McKegney το 1966 για πρώτη φορά. Είχε πολλές ονομασίες, όπως καταθλιπτική αντίδραση (McKegney FP., 1966), καταστροφική αντίδραση με τρελά όνειρα, σχιζοφρενική αντίδραση (Fox HM et al., 1954)(Bliss EL et al, 1955), (Meyer BC. et al, 1961) ή ψυχολογικές διαταραχές (Egerton N. & Kay JH, 1964). Στη δεκαετία του '60 είχε ονομαστεί «Μία νέα νόσος της ιατρικής προόδου», ή «Τρέλα στους θαλάμους ανάρρωσης» (Nahum LH., 1965). Ταυτόσημοι όροι είναι παραλήρημα, τοξική ψύχωση, θόλωση συνείδησης, οξεία σύγχυση, οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια (Kaplan HI & Saddock BJ., 1989). Το 1995, έγινε σύγκριση του συνδρόμου με την «πλύση εγκεφάλου» και τα ψυχολογικά βασανιστήρια, για τον λόγο ότι τόσο η εντατική θεραπεία όσο και ο βασανισμός αποτελούνται από ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών και φαρμακευτικών χειρισμών, απομόνωσης και παρατεταμένης ακινησίας, αβεβαιότητας και ταπείνωσης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Το σύνδρομο της μονάδας εντατικής θεραπείας περιλαμβάνει την εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων όπως τη σύγχυση σημαντικής βαρύτητας, ανάπτυξη φόβου, άγχους, διαταραχή ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων και ανησυχιών, επιθετικότητας, παρατεταμένης έντασης, σημεία κατάθλιψης, παθητικότητας, παραίτησης, παλινδρόμησης, απάθειας, μυϊκής αδυναμίας της ΜΕΘ, Μετατραυματικής Διαταραχής (PTSD), μείωση της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία (HRQoL), που περιγράφονται ως Σύνδρομο μετά Εντατική θεραπεία (Post Intensive Care Syndrome), αποτελούν συμπτώματα και εκδηλώσεις του συνδρόμου αυτού. (Μαστρογιαννάκου Δ και συν)

Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί οι ασθενείς αξιολογήθηκαν 2-3 μήνες μετά την έξοδό τους και αποδείχθηκε ότι 3/4 των ασθενών εμφάνιζαν σωματικές διαταραχές, 2/3 γνωσιακές διαταραχές ή/και αναμνήσεις παραισθήσεων, αγχώδη διαταραχή (HADS-A) ή/και Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους (PTSD), ενώ το 30% διαγνώστηκαν με κατάθλιψη (εργαλείο HADS-D). Ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας ακόμα και έπειτα από 3-6 μήνες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ, έχουν επηρεασμένη διανοητική λειτουργία.

Τα σημεία ή συμπτώματα του συνδρόμου που δεν έχουν παρατηρηθεί ή/και προληφθεί ή αντιμετωπιστεί οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο. Η οργανική νόσος και ο τραυματισμός προκαλούν πόνο και άγχος που είναι δυνατόν να εξελιχθούν σε αγωνία και πανικό και να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή παραλήρημα, με αποτέλεσμα την παραμονή στην μονάδα. Με αυτόν τον τρόπο, αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης λοιμώξεων που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπάρκεια οργάνων.

Η ήπια γνωστική διαταραχή είναι ένα από τα πρώτα σημεία αυτής της πορείας (ήπια διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χρόνο και τον τόπο με σχετικό άγχος και φόβο). Όσο ο ασθενής δυσκολεύεται να ξεπεράσει αυτή τη διαταραχή, η σύγχυσή του θα γίνεται όλο και πιο έντονη. Η ικανότητα του ασθενή για καθαρή σκέψη, συγκέντρωση και αυτοέλεγχο χάνεται και αναπτύσσεται ψύχωση, εάν η συναισθηματική κατάσταση της έντασης ή του stress, αρχικά εκφραζόμενης με οξύ φόβο ή τρόμο, παραταθεί σε μεγάλο βαθμό. (Weber RJ et al, 1985) (Meyer BC. et al, 1961) (Engel G & Romano J., 1959) (Nadelson T., 1976) (McGonigal KS., 1986).

Ως σοβαρή κατάσταση εξάντλησης, παραίτησης, απάθειας και απελπισίας, μπορεί να προκληθεί από την ανάπτυξη του συνδρόμου όπου η υποκείμενη κατάσταση, π.χ. σοβαρή νόσος ή τραυματισμός, καθώς και η θεραπεία και οι άλλες συνθήκες φροντίδας, αυξάνουν παραπάνω μία εσωτερική τάση ανησυχίας και φόβου. Αυτή η απόσυρση του ασθενή είναι δύσκολο να σταματήσει ή να ανακοπεί.

Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων μπορεί επίσης να διαφέρει μεταξύ των ασθενών, για παράδειγμα μπορούν να εκδηλωθούν μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ. Επιπλέον, οι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν ένα μοναδικό σχήμα συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, όπου για παράδειγμα, οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται χωρίς διαταραχές προσανατολισμού. (Μαστρογιαννάκου Δ και συν)

Η παρουσίαση του PICS μπορεί να ποικίλει (συνδυασμός γνωστικών, ψυχολογικών και φυσικών συμπτωμάτων). Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι αυτά είναι πρόσφατα αναγνωρισμένα ή επιδεινώνονται μετά την ανάρρωση από μια κρίσιμη ασθένεια.

Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν μερικούς μήνες έως πολλά έτη μετά. Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία, κόπωση, μειωμένη κινητικότητα, άγχος ή κατάθλιψη, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές στον ύπνο και στις γνωστικές λειτουργίες (διαταραχή / απώλεια μνήμης, αργή ψυχική επεξεργασία, κακή συγκέντρωση και ούτω καθεξής).

Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση μπορεί να επηρεαστούν (φυσικά και ψυχολογικά) κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στη ΜΕΘ και οι συνέπειες μπορεί να επιμείνουν ακόμη και μετά την έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για το PICS σχετίζονται με την ανεπαρκή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, το ρόλο της λήψης αποφάσεων, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και έχοντας έναν αγαπημένο πρόσωπο που πέθανε ή ήταν κοντά στον θάνατο. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας περιλαμβάνουν στέρηση ύπνου, άγχος, κατάθλιψη, περίπλοκη θλίψη και PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

Σκοπός

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση του συνδρόμου της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICS) σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ τα έτη 2017-2018. Επιμέρους στόχος της έρευνας ήταν η ανάλυση και η αιτιολογία των παραγόντων που οδηγούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου Εντατικής Θεραπείας, καθώς

και η έγκαιρη διάγνωση τους για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραγόντων αυτών.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερωτήματα που θέλαμε να ερωτηθούν για να δούμε αν η ποιότητα της ζωής των ασθενών μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ άλλαξε ήταν:

- Ποια είναι η ποιότητα ζωής των ασθενών 1-2 έτη μετά την έξοδο τους από τη ΜΕΘ;
- Υπάρχει διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών ανάμεσα στα δυο φύλα;
- Σχετίζεται η ποιότητα ζωής με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την κλινική διάγνωση, την αναπηρία, την οικονομική κατάσταση;
- Σχετίζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με το χρόνο παραμονής τους στη ΜΕΘ;
- Σχετίζεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με τον τρόπο χορήγησης οξυγόνου (διασωλήνωση, MEMA)

Επιπλέον καταγράφηκαν διάφορα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, καθώς και στοιχεία που σχετίζονται με τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, όπως η ημερομηνία εισαγωγής, η ιατρική διάγνωση, η αιτία εισαγωγής, η διάρκεια παραμονής στην ΜΕΘ, αν είχαν άλλα προβλήματα υγείας, οξυγονοθεραπεία, ΚΦΓ, ουροκαθετήρας, ρινογαστρικός σωλήνας, ενδοκράνιος καθετήρας, αν ήταν σε καταστολή, αν λάμβαναν αναλγησία, αν υπήρξε κάποια αλλαγή στο βάρος του σώματος, delirium, αν χρειάστηκε να κάνουν επανεισαγωγή, αν είχαν κάποια απώλεια μέλους του σώματος τους, η αν του προέκυψε κάποια αναπηρία. Έγιναν επίσης ερωτήσεις όσο αφορά το μετατραυματικό στρες, ερωτηματολόγιο κλινικών εκδηλώσεων της ΜΕΘ, όπως ναυτία, φόβος, ψευδαισθήσεις, αν έχει χάσει το συνειρμό των σκέψεων του, αν έχει δυσκολία στον ύπνο, αν διασπάτε η προσοχή του, αν έχει ταχυκαρδίες.

Σχεδιασμός μελέτης

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε προοπτική συγχρονική μελέτη.

Ερευνητικό πεδίο

Η έρευνα διεξήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΠΑΓΝΗ. Έγινε καταγραφή από το ηλεκτρονικό σύστημα (CRITIS) το οποίο χρησιμοποιεί η ΜΕΘ των ασθενών που νοσηλεύτηκαν το διάστημα 1-1-2017 έως 31-12-2018 και ακολούθησε στη συνέχεια τηλεφωνική επικοινωνία με αυτούς που πληρούσαν τα κριτήρια όπως αναφέρονται παρακάτω. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το διάστημα Μάιος 2019-Απρίλιος 2020.

Μεθοδολογία

Η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων, πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη παρατήρησης όπου συμπληρώνονταν το ερωτηματολόγιο από τους συμμετέχοντες μετά από ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών.

Ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για την συγκέντρωση ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρήση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Δείγμα

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

- Η παραμονή στη ΜΕΘ πάνω από 36 ώρες.
- Η δυνατότητα επικοινωνίας.
- Εξαιρέθηκαν ασθενείς οι οποίοι είχαν σοβαρά νευρολογικά προβλήματα (πχ άνοια).
- Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς που έφυγαν από τη ΜΕΘ με κλίμακα Γλασκώβης <8.
- Εξαιρέθηκαν ασθενείς που δεν διέμεναν στην Ελλάδα.
- Να δεχόταν να συμμετάσχει στη μελέτη, αφού πρωτίστως ενημερώθηκε για τον σκοπό της έρευνας και τη διασφάλιση των προσωπικών του στοιχείων.

Ερευνητικό εργαλείο

Το υλικό της έρευνας συλλέχθηκε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο συγκροτήθηκε μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας.

Αρχικά υπήρχαν 8 ερωτήματα για την καταγραφή δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κλπ) και 18 ερωτήματα που σχετίζονταν με τα κλινικά

χαρακτηριστικά του δείγματος (αιτία εισαγωγής, μέρες νοσηλείας, κλπ). Επιπλέον υπήρξαν ερωτήματα που σχετίζονται με τις ιατρικές παρεμβάσεις, όπως τον τύπο της οξυγονοθεραπείας, την ύπαρξη ή όχι κεντρικών φλεβικών γραμμών, ουροκαθετήρα, ρινογαστρικού και ενδοκράνιου καθετήρα, την κλινική κατάσταση του ασθενούς, όπως το βάρος του σώματος, την απώλεια μέλους, την πιθανή αναπηρία. Αυτά τα στοιχεία συμπληρώθηκαν από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.

Στην τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε, ερωτηματολόγιο που εξέταζε τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ), μέσα από κλειστές ερωτήσεις τύπου ΝΑΙ – ΟΧΙ όπου το άτομο καλούνταν να απαντήσει αν έχει βιώσει ποτέ ένα τραυματικό γεγονός, αν αντέδρασε με έντονο φόβο και απόγνωση ή τρόμο και αν τον τελευταίο μήνα είχε αναβιώσει ξανά αυτό το γεγονός. Στην παρούσα συνέντευξη το τραυματικό γεγονός ήταν η νοσηλεία σε ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε αν τον τελευταίο μήνα το άτομο απόφευγε να σκέφτεται το γεγονός, είχε δυσκολία να θυμηθεί κάτι που συνέβη, είχε ελάττωση του ενδιαφέροντος, αισθανόταν ξεκομμένος από τα πράγματα, τα αισθήματά του ήταν μουδιασμένα, αν αισθανόταν τη ζωή του βραχύτερη.

Επίσης, υπήρχαν άλλες ερωτήσεις που ανίχνευαν τη δυσκολία στον ύπνο, την ευερεθιστότητα και την ύπαρξη θυμού, τη δυσκολία συγκέντρωσης, τη νευρικότητα και την ετοιμότητα του ατόμου να αιφνιδιαστεί. Δύο τουλάχιστον από τις πέντε τελευταίες ερωτήσεις με θετική απάντηση ή τέλος αν τα προβλήματα αυτά έχουν επηρεάσει σημαντικά τη ζωή του ατόμου είναι αρκετά για να τεθεί η διάγνωση της ΔΜΣ.

Τέλος υπήρχαν ερωτήματα για την καταγραφή κλινικών εκδηλώσεων του σύνδρομο της ΜΕΘ.

Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών ώστε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη. Η συμμετοχή των ασθενών που θέλησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα και να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ερευνητών ήταν εθελοντική.

Εξασφαλίστηκε η πλήρη συναίνεση αυτών που θέλησαν να λάβουν μέρος στην μελέτη και ενημερώθηκαν με συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης (Παράρτημα 1).

Καθ' όλη τη διάρκειά της μελέτης διαφυλάχθηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων και οι ερευνητές προστάτεψαν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας αλλά και της

αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμα και συνοδεύονταν από ένα έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης (Παράρτημα 1), στο οποίο αναφέρονταν ο σκοπός της έρευνας, και διαβεβαίωνε για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Σχετικά με την εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες βεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Συνοψίζοντας:

«Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην ερεύνα ήταν εθελοντική άλλα αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.»

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε άδεια με την κατάθεση πρωτοκόλλου, από το ΤΕΙ Κρήτης όπου δόθηκε στις 4/4/2019 με αριθμό πρωτ. 2741.

Επίσης άδεια ζητήθηκε και από τον καθηγητή της ΜΕΘ, κ. Γεωργόπουλο και από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου καθώς και από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας, όπου δόθηκε θετική εισήγηση στις 19/6/2019 με αρ. πρωτ. 9105, ενώ στις 25/6/2019 δόθηκε έγκριση για την διεξαγωγή της έρευνας με αρ. πρωτ. 9398. Τέλος στις 13/8/2019 με αρ. πρωτ. 15608 η 7η ΥΠΕ έδωσε την έγκριση.

Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-παρουσίασης αποτελεσμάτων

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης έγινε η χρήση της περιγραφικής στατιστικής και πιο συγκεκριμένα της συχνότητας, η διάμεσος,

η μέση τιμή (μ), το τυπικό σφάλμα (standard error=SE) των μεταβλητών και η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD) .

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής σε τυχαίο δείγμα σε μία δεδομένη διαρκή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test).

Πραγματοποιήθηκε η χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r) και chi square test (χ), προκειμένου να γίνει ο έλεγχος των σχέσεων και των συσχετίσεων.

Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0, χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση, στατιστική επεξεργασία και την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα

Στην παρούσα έρευνα η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του ΠΑΓΝΗ το διάστημα 2017-2018. Όσον αφορά το έτος 2017, τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν 43. Με βάση αυτά, οι εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν το 2017 ήταν N=349. Το ποσοστό των αντρών ήταν 61% (n=214) και των γυναικών 39% (n=135). Αναφορικά με την ηλικία, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών για το έτος του 2017 ήταν 62,32 έτη και ο μέσος όρος νοσηλείας τους ήταν 12,02 μέρες. Η επανεισαγωγή που πραγματοποιήθηκε το έτος του 2017 ήταν σε ποσοστό 10% (n=36), ενώ το ποσοστό που δεν πραγματοποιήθηκε επανεισαγωγή ανέρχεται στο 90% (n=313). Το σύνολο ημερών νοσηλείας για όλους τους ασθενείς για το έτος 2017 στη ΜΕΘ ήταν 4195 ημέρες, και το σύνολο γνωστών θανάτων 157. Οι θάνατοι στη ΜΕΘ το έτος 2017 ήταν 104. (πίνακας 1)

Όσον αφορά το έτος 2018, τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν 85. Με βάση αυτά, οι εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν στη ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ το 2018 ήταν N=430. Από αυτές, το ποσοστό των αντρών ήταν 64% (n=274) και των γυναικών 36% (n=156). Ο μέσος όρος ηλικίας το έτος του 2018 ήταν 62,53 έτη και ο μέσος όρος νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 10,93 μέρες. Η επανεισαγωγή που πραγματοποιήθηκε το έτος του 2018 στη ΜΕΘ ήταν σε ποσοστό 9% (n=39) ενώ σε ποσοστό 91% (n=391) δεν έγινε επανεισαγωγή. Το έτος 2018, το σύνολο ημερών νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ήταν 4700 ημέρες, και το σύνολο γνωστών θανάτων 174. Οι θάνατοι στη ΜΕΘ το έτος 2018 ήταν 92. (πίνακας 1)

Πίνακας 1: Γενικά και δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ

2017		2018	
Εισαγωγές : 349		Εισαγωγές : 430	
Φύλο:	Γυναίκες= 135 (39%) Άνδρες = 214 (61%)	Φύλο:	Γυναίκες= 156 (36%) Άνδρες= 274 (64%)
ΜΟ ηλικίας:	62,32 (ΤΑ ±18,064) (min 17-max 87)	ΜΟ ηλικίας:	62,53 (ΤΑ ±17,063) (min 17-max 95)
ΜΟ νοσηλείας:	12,02 (ΤΑ ±14,023) (min 1-max 120)	ΜΟ νοσηλείας:	10,93 (ΤΑ ±12,254) (min 1-max 134)
Επανεισαγωγή:	Ναι= 36 (10%) Όχι= 313 (90%)	Επανεισαγωγή:	Ναι= 39 (9%) Όχι= 391 (91%)
Σύνολο ημερών νοσηλείας=	4195	Σύνολο ημερών νοσηλείας=	4700
Σύνολο γνωστών θανάτων=	157	Σύνολο γνωστών θανάτων=	174
Θάνατοι στη ΜΕΘ=	104	Θάνατοι στη ΜΕΘ=	92
Ερωτηματολόγια	43	Ερωτηματολόγια	85

Επίπτωση ή Incidence rate είναι τα νέα περιστατικά και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι θάνατοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ προς τον συνολικό χρόνο που βρίσκονταν σε κίνδυνο δηλαδή στην συγκεκριμένη περίπτωση τις μέρες νοσηλείας.

Ρυθμός επίπτωσης θανάτου στη ΜΕΘ ή Επίπτωση 2017 (Incidence rate, IR) =

$$\frac{\text{Αριθμός θανάτων}}{\text{συνολικός ανθρωποχρόνος σε κίνδυνο}} = \frac{104}{4195} = 0,03$$

Ρυθμός επίπτωσης θανάτου στη ΜΕΘ ή Επίπτωση 2018 (Incidence rate, IR) =

$$\frac{\text{Αριθμός νέων θανάτων}}{\text{συνολικός ανθρωποχρόνος σε κίνδυνο}} = \frac{92}{4700} = 0,02$$

Πίνακας 2: Ποσοστιαία κατανομή ερωτηματολογίων

	2017		2018
Απάντησαν:	15 συγγενείς απάντησαν ότι είχαν πεθάνει οι ασθενείς (4,3 %)	Απάντησαν:	22 συγγενείς απάντησαν ότι είχαν πεθάνει οι ασθενείς (5,1 %)
58 (16,6 %)	43 ερωτηματολόγια (12,3 %)	107 (24,9 %)	85 ερωτηματολόγια (19,8 %)
Δεν απάντησαν:	85 (24,4 %)	Δεν απάντησαν:	95 (22,1 %)
Λάθος τηλ:	33 (9,5 %)	Λάθος τηλ:	48 (11,2 %)
Ξένοι:	46 (13,2 %)	Ξένοι:	45 (10,5 %)

Για το έτος 2017, συμπληρώθηκαν 12,3% (n=43) ερωτηματολόγια μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς. Από τους ερωτηθέντες, το ποσοστό που απάντησε ήταν 16,6% (n=58). Από αυτούς, το 4,3% (n=15) των συγγενών απάντησαν ότι είχαν πεθάνει οι ασθενείς. Ο αριθμός των ατόμων που δεν απάντησαν στο τηλέφωνο ήταν 24,4% (n=85). Επιπλέον, τα λάθος τηλέφωνα που πραγματοποιήθηκαν ήταν σε ποσοστό 9,5% (n=33). Το ποσοστό των ατόμων από άλλη χώρα το έτος του 2017, ήταν 13,2% (n=46). (πίνακας 2)

Για το έτος 2018, συμπληρώθηκαν 19,8% (n=85) ερωτηματολόγια μετά από επικοινωνία. Από τους ερωτηθέντες, το ποσοστό που απάντησε ήταν 24,9% (n=107). Από αυτούς, το 5,1% (n=22) των συγγενών απάντησαν ότι είχαν πεθάνει οι ασθενείς. Τα άτομα που δεν απάντησαν ανέρχονται σε ποσοστό 22,1% (n=95). Τα λάθος τηλέφωνα που έγιναν ήταν σε ποσοστό 11,2% (n=48). Το ποσοστό των ατόμων από άλλη χώρα το έτος του 2018, ήταν 10,5% (n=45). (πίνακας 2)

Το **2017** πραγματοποιήθηκαν 349 εισαγωγές ασθενών στην ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ εκ των οποίων οι 149 δεν ξέρουμε αν ζουν (λάθος τηλέφωνο ή ξένοι). Επικοινωνία υπήρξε με 42 άτομα ενώ απεβίωσαν το 45,3% επί του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ δηλαδή 157 ασθενείς.

Αντίστοιχα για το έτος **2018** πραγματοποιήθηκαν 430 εισαγωγές ασθενών στην ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ εκ των οποίων οι 171 δεν γνωρίζουμε αν ζουν. Επέζησαν και δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη οι 85 ενώ και απεβίωσαν (40,5%) επί του συνόλου των εισαγωγών στην ΜΕΘ δηλαδή 175 ασθενείς. (πίνακας 3)

Πίνακας 3: Ποσοστιαία κατανομή θανάτων

2017		2018	
Θάνατοι	157	Θάνατοι	174
Ζώντες	43	Ζώντες	85
Δεν ξέρουμε	149	Δεν ξέρουμε	171

Τοποθεσία θανάτου

2017

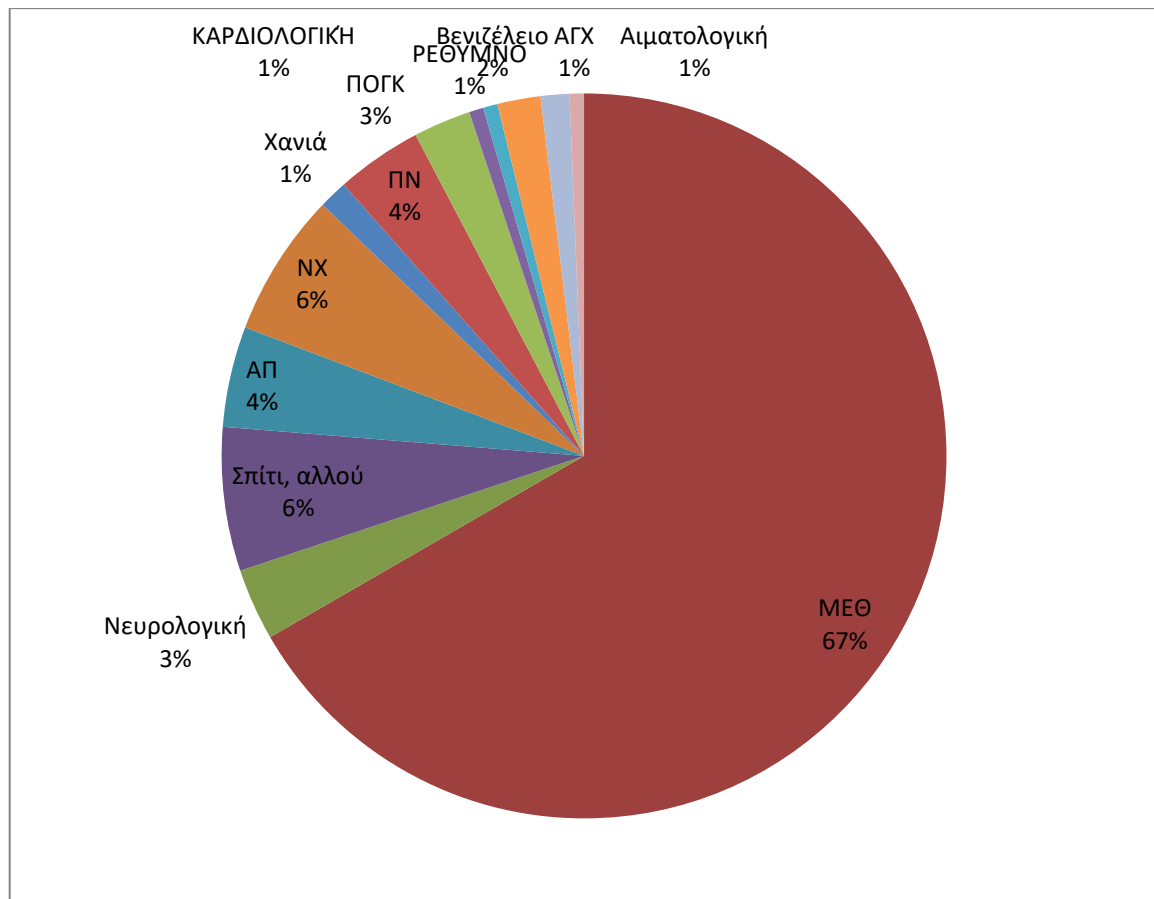
Για το έτος 2017 το ποσοστό των ασθενών απεβίωσε ήταν 45,3% επί του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ (n=157). Πιο αναλυτικά από τους 157 που απεβίωσαν, στην ΜΕΘ και κατά την νοσηλεία τους πέθαναν το 67% (n=104), στο σπίτι ή αλλού 6% (n=10), στην Νευροχειρουργική κλινική 6% (n=10), στην Παθολογική κλινική 4% (n=7), στην Πνευμονολογική 4% (n=6), στη Νευρολογική 3% (n=5), στην ΠΟΓΚ 3% (n=4), στο Βενιζέλειο 2% (n=3), στην Αγγειοχειρουργική 1% (n=2), στο νοσοκομείο των Χανίων 1% (n=2), στην Καρδιολογική 1% (n=1) και στο Ρέθυμνο 1% (n=1). (πίνακας 4, εικόνα 3)

2018

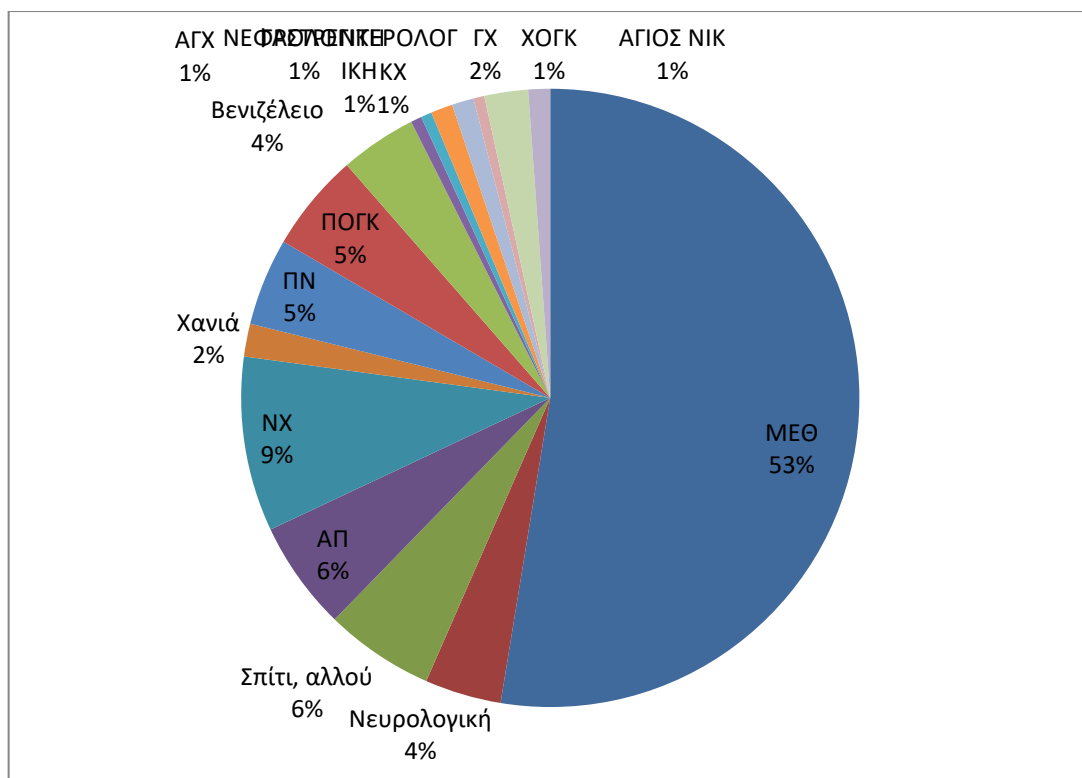
Αντίστοιχα για το έτος 2018 το ποσοστό των ασθενών απεβίωσε ήταν 40,5% επί του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ (n=175). Πιο αναλυτικά από τους 175 που απεβίωσαν στην ΜΕΘ και κατά την νοσηλεία τους πέθαναν το 53% (n=92), Νευροχειρουργική κλινική 9% (n=16), στο σπίτι ή αλλού 6% (n=10), στην Παθολογική κλινική 6% (n=10), στην ΠΟΓΚ 5% (n=9), στην Πνευμονολογική 5% (n=8), στη Νευρολογική 5% (n=7), στο Βενιζέλειο 4% (n=7), στην Γενική χειρουργική κλινική 2% (n=4), στο νοσοκομείο των Χανίων 2% (n=3), στο νοσοκομείο του Άγιου Νικόλαου 1% (n=2), στην Γαστρεντερολογική 1% (n=2), στη ΧΟΓΚ 1% (n=2), στη Νεφρολογική 1% (n=1), Καρδιοχειρουργική κλινική 1% (n=1), και στην Αγγειοχειρουργική 1% (n=1). (πίνακας 4, εικόνα 4)

Πίνακας 4: Ποσοστιαία κατανομή τοποθεσίας θανάτου

2017		2018	
Σύνολο θανάτων 157 (45,3 % επί του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ)		Σύνολο θανάτων 175 (40,5 % επί του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ)	
ΜΕΘ	104	ΜΕΘ	92
Νευρολογική	5	Νευρολογική	7
Σπίτι, αλλού	10	Σπίτι, αλλού	10
ΑΠ	7	ΑΠ	10
ΝΧ	10	ΝΧ	16
Χανιά	2	Χανιά	3
ΠΝ	6	ΠΝ	8
ΠΟΓΚ	4	ΠΟΓΚ	9
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	1	Βενιζέλειο	7
ΡΕΘΥΜΝΟ	1	ΑΓΧ	1
Βενιζέλειο	3	ΚΧ	1
ΑΓΧ	2	ΑΓΙΟΣ ΝΙΚ	2
Αιματολογική	1	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ	2
ΚΧ	1	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	1
		ΓΧ	4
		ΧΟΓΚ	2



Εικόνα 3: Ποσοστιαία κατανομή τοποθεσίας θανάτου για το 2017



Εικόνα 4: Ποσοστιαία κατανομή τοποθεσίας θανάτου για το 2018

Ο μέσος όρος ημερών θανάτου των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ το 2017 ήταν 102 ημέρες (με min 2-max 700).

Ο μέσος όρος ημερών θανάτου των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ το 2018 ήταν 64 ημέρες (με min 2-max 500).

Τελικά αξιολογήθηκαν 128 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία. Τα 43 αφορούσαν το έτος 2017 και τα 85 ερωτηματολόγια αφορούσαν το έτος 2018.

Το 2017 από τα 43 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν δια τηλεφώνου ποσοστό 19,5% (n=25) ήταν γυναίκες και ποσοστό 14,1% (n=18) ήταν άνδρες.

Το 2018 από τα 85 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν δια τηλεφώνου ποσοστό 21,9% (n= 28) ήταν γυναίκες και ποσοστό 44,5% (n=57) ήταν άνδρες.

Στο σύνολο όλων των ασθενών που απάντησαν σε ερωτηματολόγιο εξετάστηκαν

- Μ.Ο ηλικίας
- Μ.Ο ημερών νοσηλείας
- Αν υπήρξε επανεισαγωγή

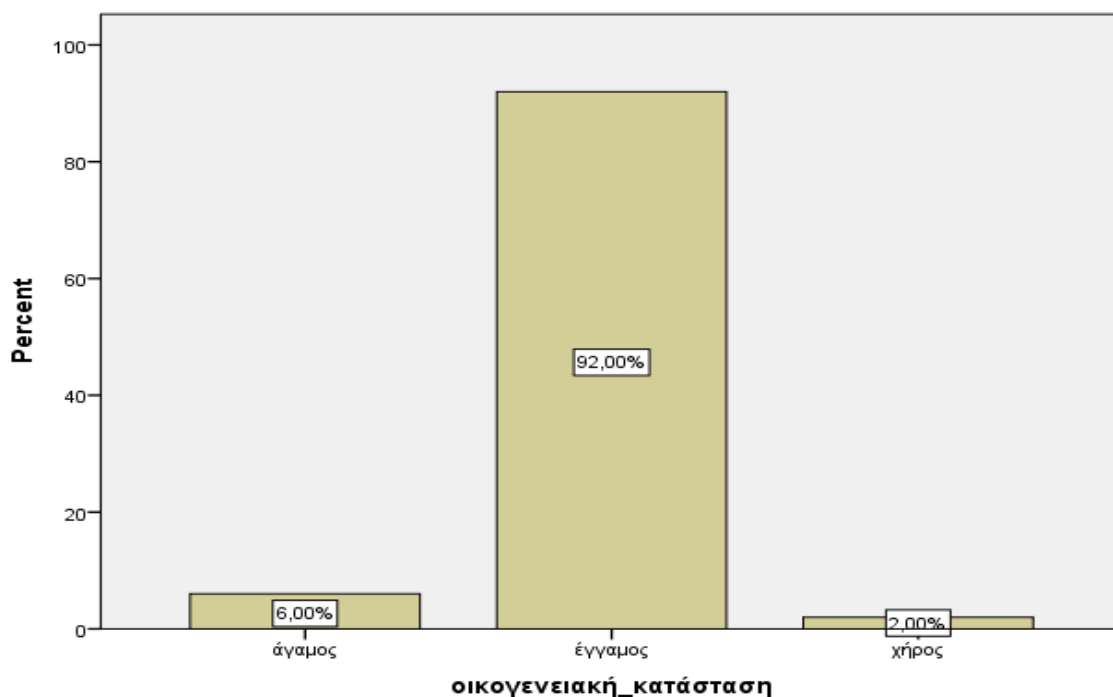
Φαίνεται ότι ο Μ.Ο ηλικίας ήταν **60,56** (min 18 - max 90), ο Μ.Ο ημερών νοσηλείας ήταν **7,19** (min 1- max 35) και όσο αφορά την επανεισαγωγή το μεγαλύτερο ποσοστό 89,1% (n= 114) άτομα απάντησαν ΟΧΙ και το μικρότερο ποσοστό δηλαδή ποσοστό 10,9% (n=14) ασθενείς απάντησαν ΝΑΙ. (Πίνακας 5)

Πίνακας 5: Γενικά και δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

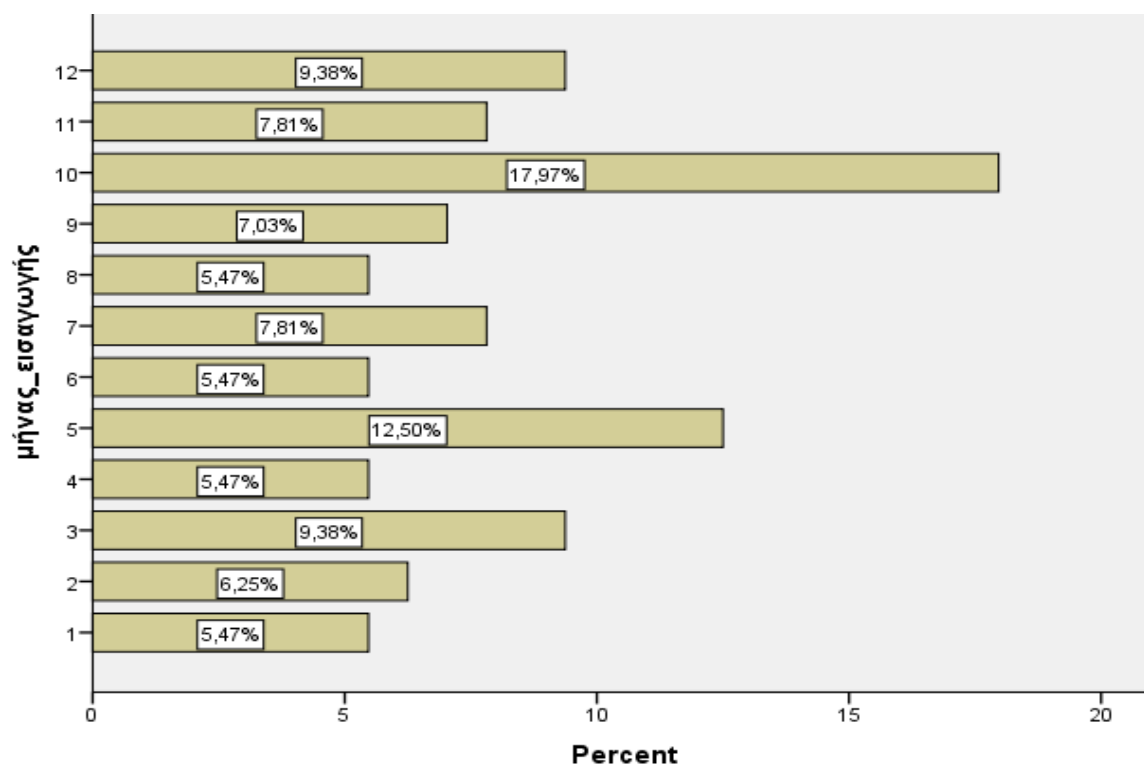
2017		2018	
Φύλο	Άνδρες= 18 (14,1%)	Φύλο	Άνδρες= 57 (44,5 %)
	Γυναίκες =25 (19,5 %)		Γυναίκες =28 (21,9 %)
ΜΟ ηλικίας: 60,56 (ΤΑ ±17,13) (min 18-max 90)			
ΜΟ νοσηλείας: 7,19 (ΤΑ ±7,64) (min1-max35)			
Επανεισαγωγή: Ναι= 14 (10,9 %) Όχι= 114 (89,1 %)			

Το ερωτηματολόγιο είχε ως ερώτηση και την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών και φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με μεγάλη διαφορά είναι έγγαμοι, αμέσως μετά άγαμοι και σε μικρότεροι ποσοστό είχε αποβιώσει ο/η σύντροφος.

Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό που ήταν έγγαμοι ήταν το ποσοστό 92 % των ασθενών, οι άγαμοι ήταν ποσοστό 6 % και χήρος/χήρα ήταν ποσοστό 2 %. (Εικόνα 5)



Εικόνα 5: Ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης



Εικόνα 6: Ποσοστιαία κατανομή εισαγωγών ανά μήνα

Στις γενικές ερωτήσεις υπήρχε επίσης και η καταγραφή του μήνα όπου έγινε εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ. Από την έρευνα και όπως φαίνεται στην εικόνα 6 παραπάνω και

στον πίνακα 6 παρακάτω μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγών υπήρξε τον μήνα Οκτώβριο 17,97% και ακολουθεί ο Μάιος με 12,5%.

Πίνακας 6: Ποσοστιαία κατανομή εισαγωγών ανά μήνα

Μήνας	Ποσοστό %	Μήνας	Ποσοστό %
Ιανουάριος	5,47	Ιούλιος	7,81
Φεβρουάριος	6,25	Αύγουστος	5,47
Μάρτιος	9,38	Σεπτέμβριος	7,03
Απρίλιος	5,47	Οκτώβριος	17,97
Μάιος	12,5	Νοέμβριος	7,81
Ιούνιος	5,47	Δεκέμβριος	9,38

Πίνακας 7: Ποσοστιαία κατανομή αιτίας εισαγωγής

<i>Διάγνωση εισαγωγής</i>		
Αιτία εισαγωγής	N	%
Αναπνευστική Ανεπάρκεια	22	17
Αγγειοχειρουργικό	17	13
Ανακοπή	4	3
Δηλητηρίαση	1	1
Εγκεφαλίτιδα	1	1
Εισρόφηση	1	1
Επιληψία	1	1
Ηλεκτροπληξία	1	1
Ίλαρά	1	1
Λοίμωξη ΚΝΣ	1	1
Νευροχειρουργικό	11	9
Οξεία Νεφρική Βλάβη	1	1
Πνευμονική Εμβολή	2	2
Πολυτραυματίας	15	12
Σήψη	7	5
Χειρουργικό	41	32
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	1	1

Οι εισαγωγές των συμμετεχόντων στην μελέτη που πραγματοποιήθηκε και για τα δύο έτη (2017-2018) είχαν πολλαπλές και διαφορετικές αιτίες. Οι πιο συχνές διαγνώσεις όπως φαίνεται από τον πίνακα 7 ήταν:

- **Χειρουργικό** (n= 41)
- **ΑΑ** (Αναπνευστική Ανεπάρκεια) (n=22)
- **Αγγειοχειρουργικά περιστατικά** (n=17)
- **Πολυτραυματίες** (n=15)
- **Νευροχειρουργικά περιστατικά** (n=11)
- **Σήψη** (n=7)

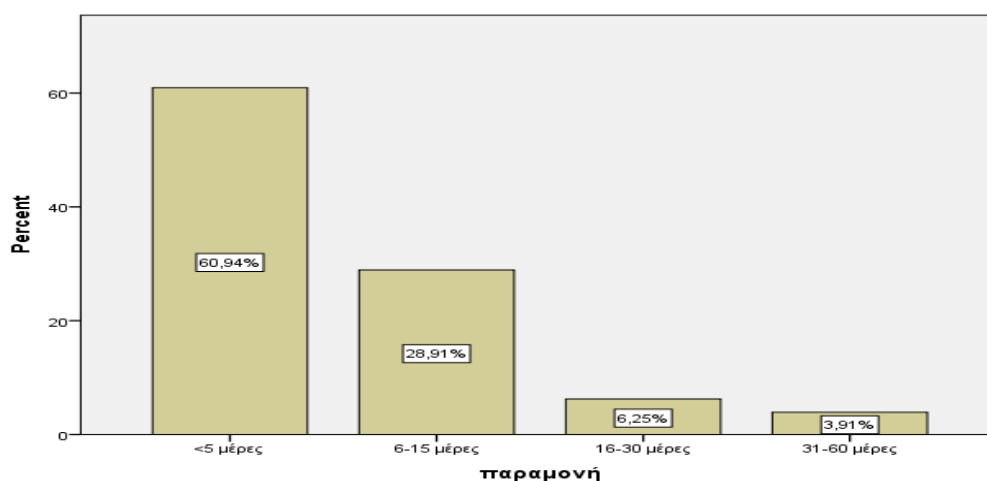
Οι περισσότερες εισαγωγές αφορούσαν τις παραπάνω διαγνώσεις. Υπήρξαν όμως και άλλες διαγνώσεις στη ΜΕΘ για τα έτη 2017-2017 που εμφανίστηκαν σε μικρότερα ποσοστά. Υπήρξαν επιπλέον διαγνώσεις ανακοπής (n=4) και ΠΕ (n=2).

Για τα παρακάτω νοσηλεύτηκε ένας ασθενής από την κάθε κατηγορία.

- Δηλητηρίαση
- εγκεφαλίτιδα
- Εισρόφηση
- Επιληψία
- Ηλεκτροπληξία
- Ιλαρά
- Λοίμωξη ΚΝΣ
- ΑΕΕ (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο)
- ONB (Οξεία Νεφρική Βλάβη)

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων καταγράφηκε ότι η νοσηλεία των συμμετεχόντων είχε διάρκεια λίγων ως και πολλών ημερών.

Πιο συγκεκριμένα λιγότερο από 5 ημέρες ήταν νοσηλεύτηκαν 60,9% των ασθενών (n=78), από 6-15 ημέρες νοσηλεύτηκε ποσοστό 28,9% (n=37), από 16-30 ημέρες νοσηλεύτηκε το 6,3% (n=8), και από 31-60 ημέρες νοσηλεύτηκε ποσοστό 3,9% (n=5) (Πίνακας 8, εικόνα 7).



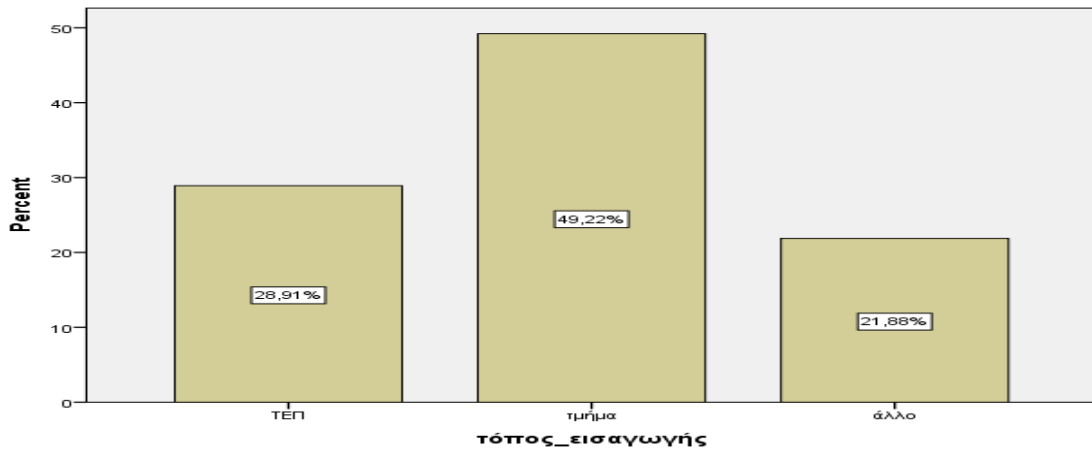
Εικόνα 7: Διάρκεια παραμονής

Πίνακας 8: Διάρκεια παραμονής

	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό
<5 μέρες	78	60,9
6-15 μέρες	37	28,9
16-30 μέρες	8	6,3
31-60 μέρες	5	3,9
Total	128	100,0

Οι ασθενείς που εισήλθαν στην ΜΕΘ είχαν περάσει πρώτα είτε από τα ΤΕΠ, είτε νοσηλεύονταν σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου ή ακόμα εισήχθησαν στη ΜΕΘ από κάποιο άλλο νοσοκομείο ή νησί. Έτσι πιο αναλυτικά ποσοστό 28,91% (n=37), εισήχθησαν στη ΜΕΘ από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, 49,2% (n=63) νοσηλεύονταν σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου και τέλος 21,9% (n=28) εισήχθησαν από κάπου αλλού. (πίνακας 9, εικόνα 8)

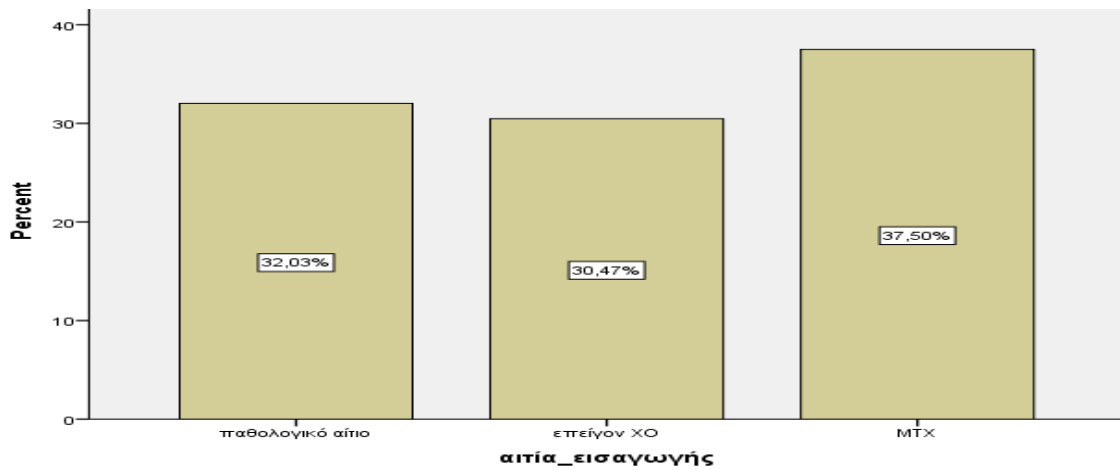
Τα αίτια εισαγωγής των ασθενών διαχωρίστηκαν σε Παθολογικά αίτια, επείγοντα χειρουργεία και Μετεγχειρητικές παρακολουθήσεις μετά από προγραμματισμένο χειρουργείο. Οι εισαγωγές λόγω κάποιου παθολογικού αιτίου υπολογίστηκαν σε 32% (n=41), λόγω επείγον χειρουργείου ποσοστό 30,5% (n=39), και λόγω προγραμματισμένου σοβαρού χειρουργείου σε ποσοστό 37,5% (n=48). (Εικόνα 9, Πίνακας 10)



Εικόνα 8: Τόπος εισαγωγής

Πίνακας 9: Τόπος εισαγωγής

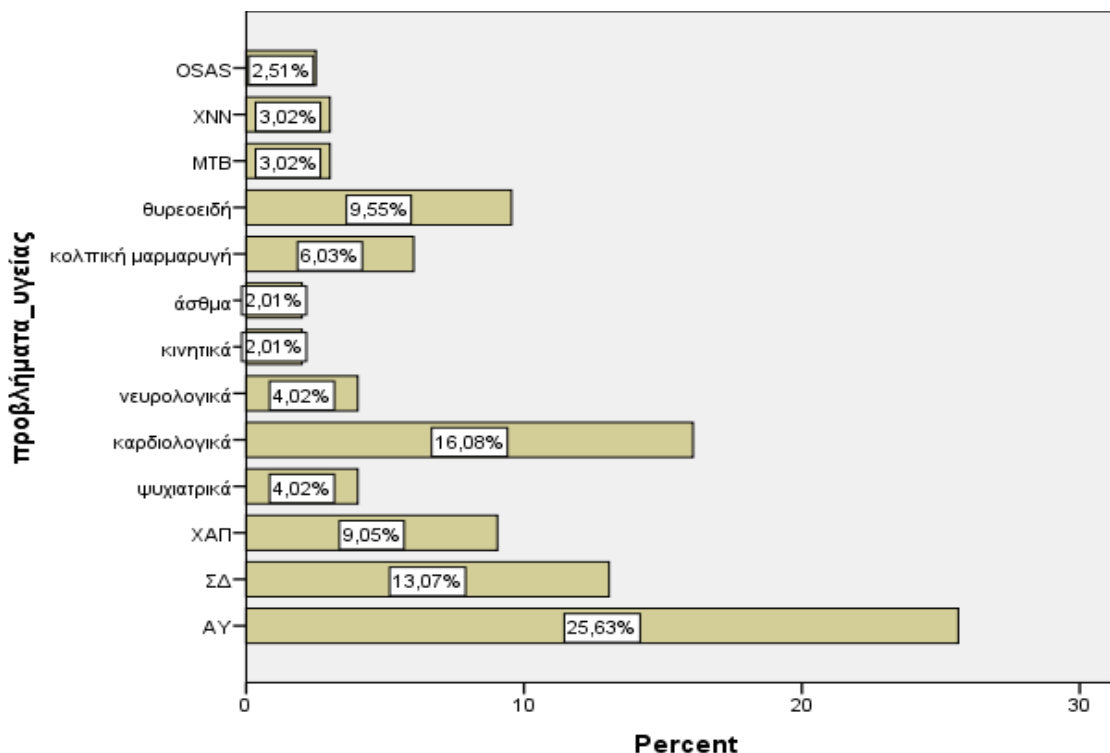
		Frequency	Valid Percent
	ΤΕΠ	37	28,9
	τμήμα	63	49,2
	άλλο	28	21,9
	Total	128	100,0



Εικόνα 9: Αιτία εισαγωγής

Πίνακας 10: Αιτία εισαγωγής

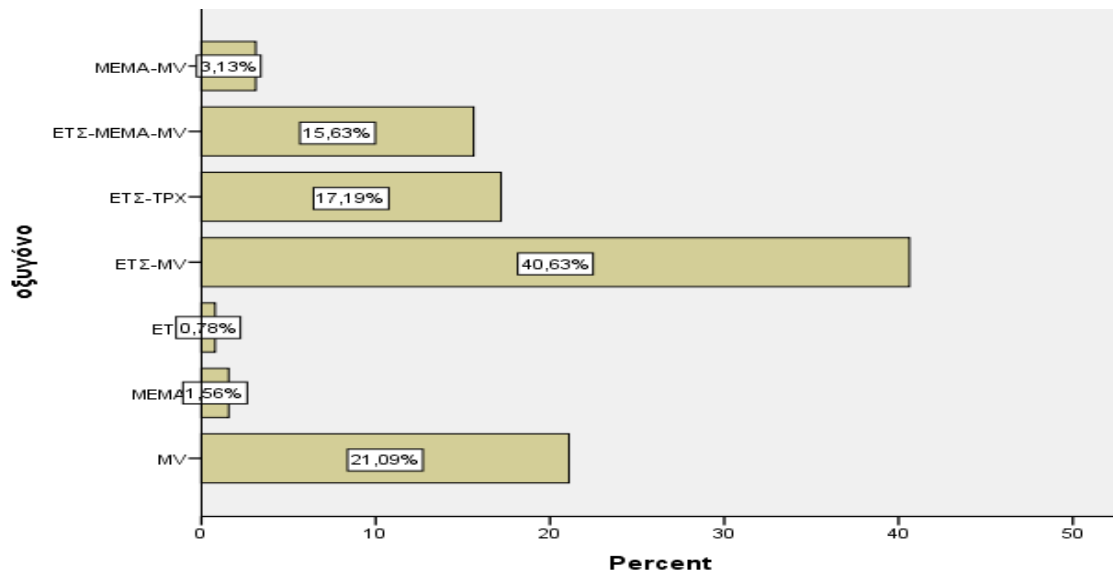
		Frequency	Valid Percent
Valid	παθολογικό αίτιο	41	32,0
	επείγον ΧΟ	39	30,5
	ΜΤΧ	48	37,5
	Total	128	100,0



Εικόνα 10: Συνοδά προβλήματα υγείας

Είναι σημαντικό να σημειωθούν τα προβλήματα υγείας των ασθενών που είχαν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί συνολικά η κατάσταση υγείας τους.

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αντιμετωπίζουν προβλήματα με Αρτηριακή Υπέρταση σε ποσοστό 25,3%, καρδιολογικά προβλήματα είχε το 16,8%, Σακχαρώδη Διαβήτη είχε ποσοστό 13,07%, από κάποιο νόσημα του θυρεοειδή αδένος έπασχε το 9,55%, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είχε ποσοστό 9,05%, από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα έπασχε το 4,02%, από κάποιο νευρολογικής αιτιολογίας το 4,02%, από Χρόνια Νεφρική Νόσο ποσοστό 3,02%, Μόνιμο Τεχνητό Βηματοδότη είχε ποσοστό 3,02%, ενώ από υπνική άπνοια (OSAS) νοσούσε το ποσοστό 2,51% (Εικόνα 10).



Εικόνα 11: Τρόποι χορήγησης οξυγόνου

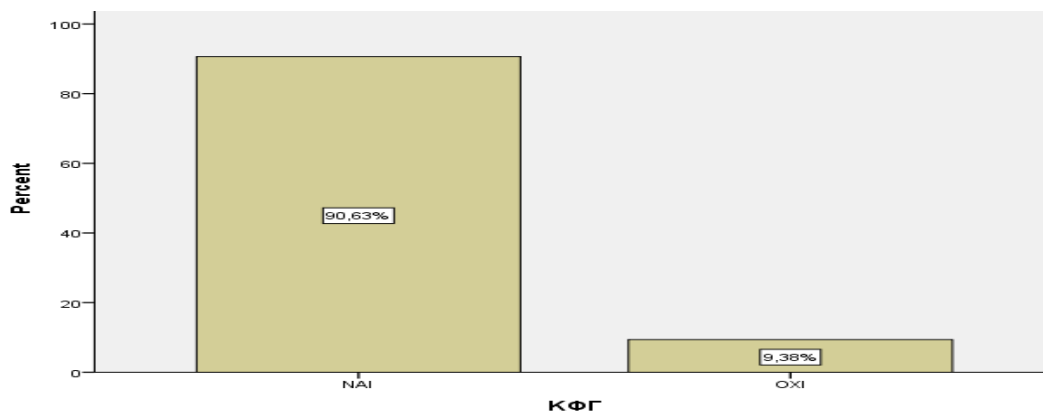
Λόγω της βαριάς κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες εντατικής θεραπείας ένα από τα πιο απαραίτητα φάρμακα είναι η χορήγηση οξυγόνου με διάφορους τρόπους και ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του.

Στους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα όπως καταγράφεται στην εικόνα 11 παραπάνω το οξυγόνο χορηγήθηκε με τους εξής τρόπους: MEMA-MV ποσοστό 3,13

- Με Ενδοτραχειακό σωλήνα - Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό και στη συνέχεια MV χορηγήθηκε οξυγόνο στο 15,63% των συμμετεχόντων.
- Χορήγηση οξυγόνου με Ενδοτραχειακό σωλήνα και στη συνέχεια με Τραχειοτομία καταγράφηκε σε 17,19% των ασθενών.
- Με Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (MEMA) χορηγήθηκε Οξυγόνο σε ποσοστό 1,56%.
- Με Ενδοτραχειακό σωλήνα και στη συνέχεια MV χορηγήθηκε οξυγόνο στο 40,63% των συμμετεχόντων.
- Η χορήγηση μόνο με MV εμφανίστηκε σε ποσοστό 21,09% .
- Με Μη Επεμβατικό Μηχανικό Αερισμό (MEMA) και στη συνέχεια με MV χορηγήθηκε σε 3,13% των ασθενών.

Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας η τοποθέτηση της Κεντρικής Φλεβικής Γραμμής (ΚΦΓ) είναι απαραίτητη καθώς χορηγούνται πολλά φάρμακα και ο χρόνος νοσηλείας είναι μεγάλος. Λόγω της κατάστασης που περνάει ο κάθε ασθενής μπορεί να είναι δύσκολη η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα πιθανόν λόγω έλλειψης φλεβών.

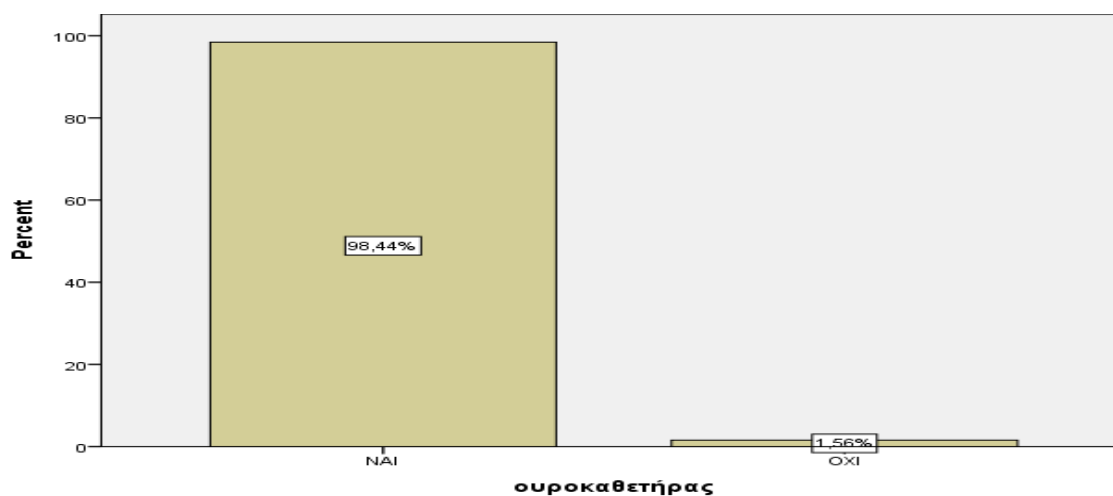
Η έρευνα δείχνει ότι στους περισσότερους ασθενείς είχε τοποθετηθεί κεντρική φλεβική γραμμή (ΚΦΓ). Συγκεκριμένα ποσοστό 90,6% (n=116) είχαν ΚΦΓ και ποσοστό 9,4% (n=12) δεν είχαν ΚΦΓ (εικόνα 12, πίνακας 11)



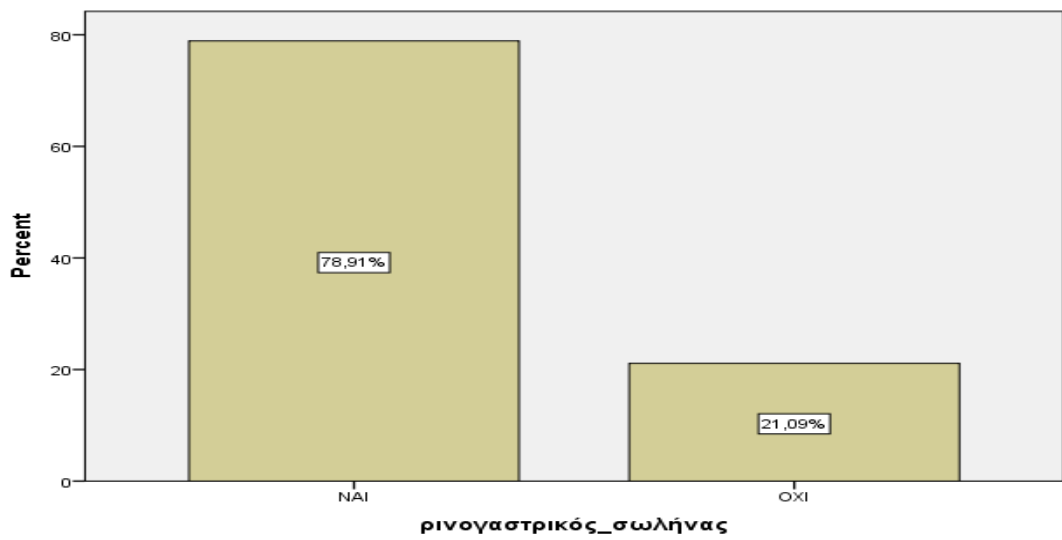
Εικόνα 12: Κεντρική Φλεβική Γραμμή

	Ναι (%)	Όχι (%)
ΚΦΓ	116 (90,6)	12 (9,4)
Ουροκαθετήρας	126 (98,40)	2 (1,6)
Ρινογαστρικός σωλήνας	101 (78,9)	27 (21,1)
Ενδοκράνιος καθετήρας	13 (10,2)	115 (89,8)
Καταστολή	94 (73,4)	34 (26,6)
Αναλγησία	120 (93,8)	8 (6,2)
delirium	22 (17,2)	106 (82,8)

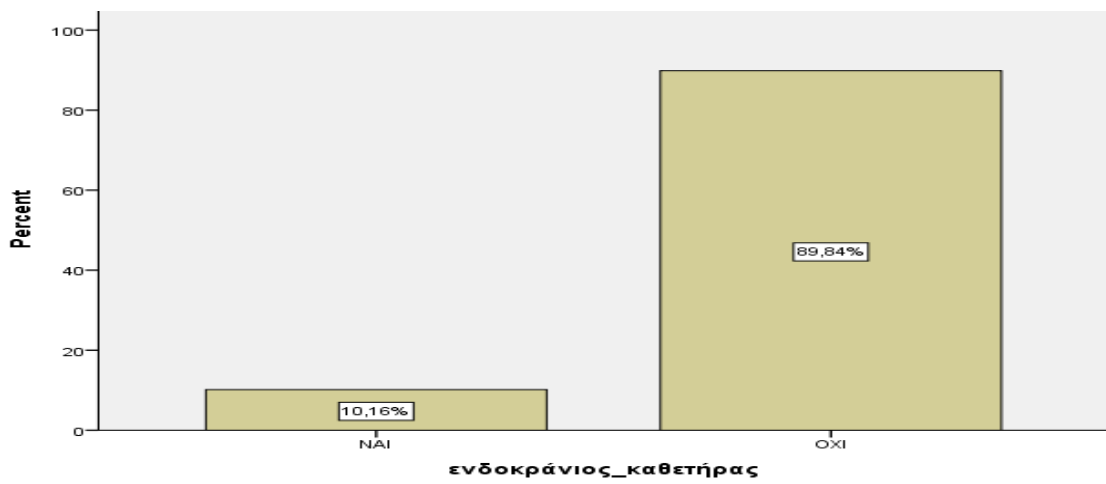
Πίνακας 11: Καθετήρες, Φάρμακα



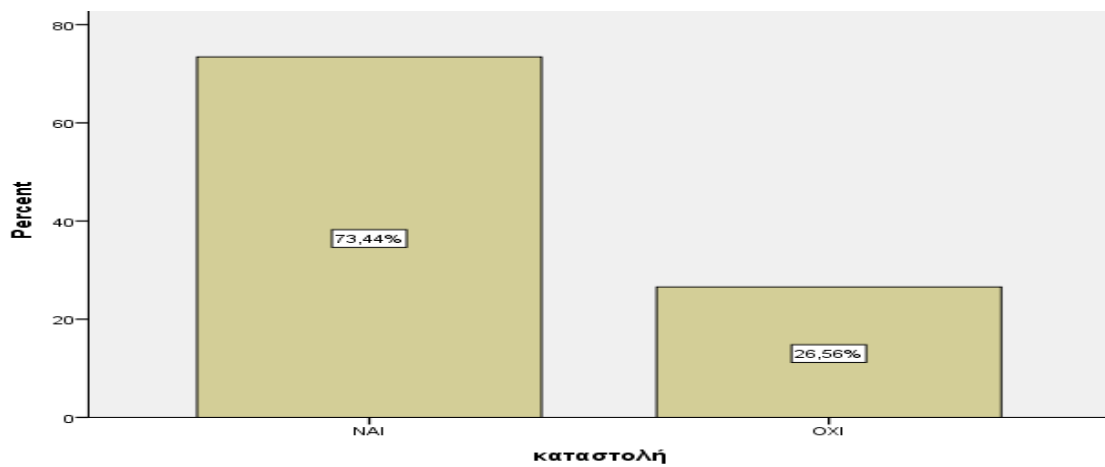
Εικόνα 13: Ουροκαθετήρας



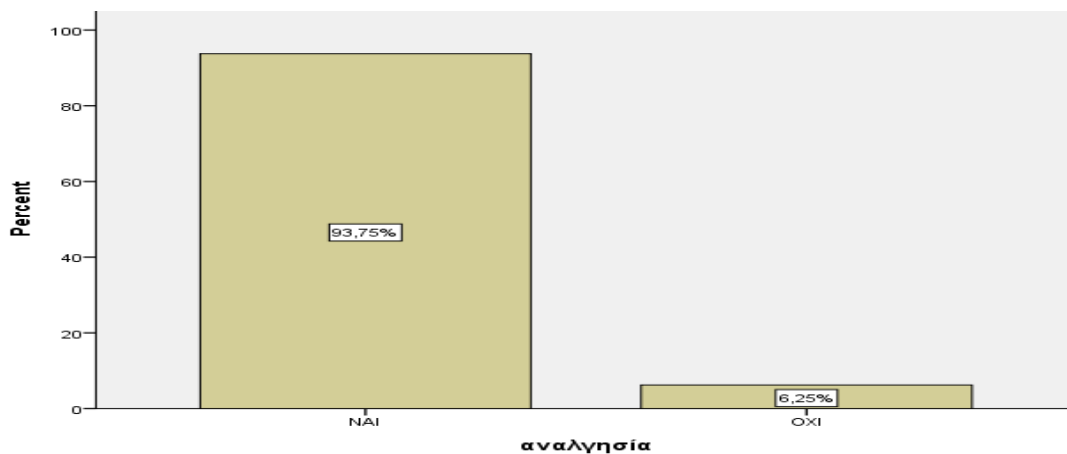
Εικόνα 14: Ρινογαστρικός σωλήνας



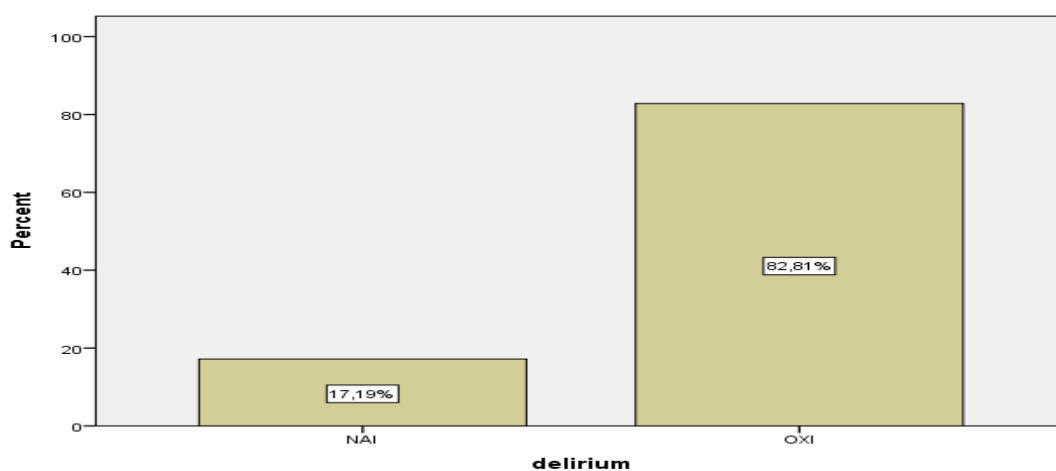
Εικόνα 15: Ενδοκράνιος καθετήρας



Εικόνα 16: Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων



Εικόνα 17: Αναλγησία



Εικόνα 18: delirium

Για την ορθή εκτίμηση του προβλήματος του κάθε ασθενή, εξετάστηκε η κατάσταση υγείας του κάθε ασθενή ξεχωριστά όσο νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Συλλέχθηκαν πληροφορίες μέσω των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και από τον ατομικό φάκελο του κάθε ασθενή για περαιτέρω λεπτομέρειες που είτε δεν γνώριζαν οι ίδιοι, είτε ήταν σε κατάσταση που δεν τους επέτρεπε να αντιληφθούν κάποια πράγματα.

Όσο σημαντική ήταν η έρευνα που απαντούσε ο ίδιος ο ασθενής όσο αφορά την γενικότερη εμπειρία που είχε από τη ΜΕΘ αλλά και τη ζωή του μετά την έξοδο του, τόσο σημαντική ήταν και η περισυλλογή στοιχείων μέσω των φακέλων των ασθενών ήταν να εκτιμηθούν αν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους ήταν σε Delirium και αν είχε τοποθετηθεί στους ασθενείς:

1. Ουροκαθετήρας
2. Ρινογαστρικός σωλήνας

3. Ενδοκράνιος Καθετήρας
4. Καταστολή
5. Αναλγησία

Η αξιολόγηση των παραπάνω δεδομένων είναι σημαντική για την κατανόηση του προβλήματος του κάθε ασθενή αλλά και για την παρακολούθηση της εξέλιξης της ποιότητας ζωής του μετά τη ΜΕΘ.

Εξετάστηκαν τα δεδομένα των φακέλων των ασθενών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είχε τοποθετηθεί ουροκαθετήρας σε πολύ μεγάλο ποσοστό των ατόμων που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Συγκεκριμένα είχε τοποθετηθεί ουροκαθετήρας στο μεγαλύτερο ποσοστό **98,4%**. (εικόνα 13, πίνακας 11)

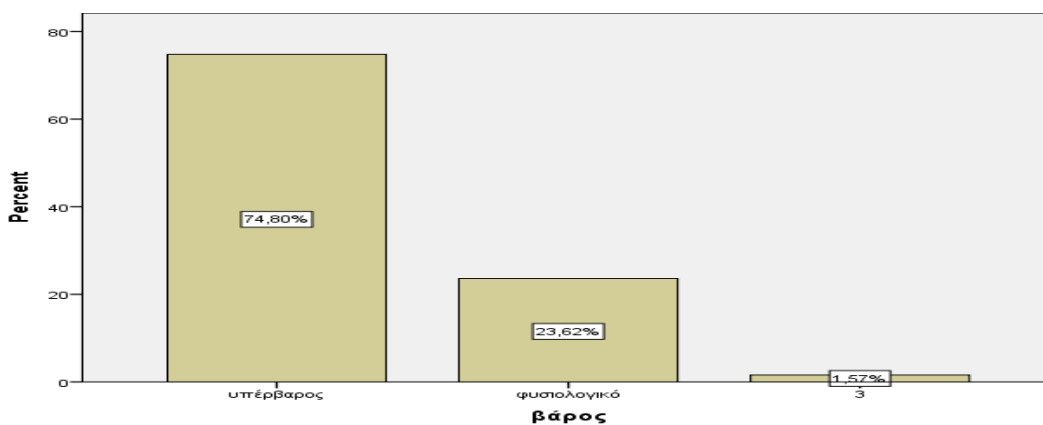
Ρινογαστρικός σωλήνας είχε τοποθετηθεί επίσης σε μεγάλο ποσοστό του συνόλου των ασθενών, αναλυτικά στο ποσοστό 78,9% (n=101) ενώ δεν είχε τοποθετηθεί στο ποσοστό 21,1% (n=27) (εικόνα 14, πίνακας 11).

Ενδοκράνιος καθετήρας για την μέτρηση της ενδοκράνιας πίεσης είχε τοποθετηθεί σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών 10,2% (n=13) και δεν χρειάστηκε να τοποθετηθεί στο ποσοστό 89,8% (n=115) (εικόνα 15, πίνακας 11).

Κατασταλτικά φάρμακα χορηγήθηκαν επίσης σε αρκετούς ασθενείς σε ποσοστό 73,4% (n=94) και δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιηθούν στο 26,6% (n=34) (εικόνα 16, πίνακας 11).

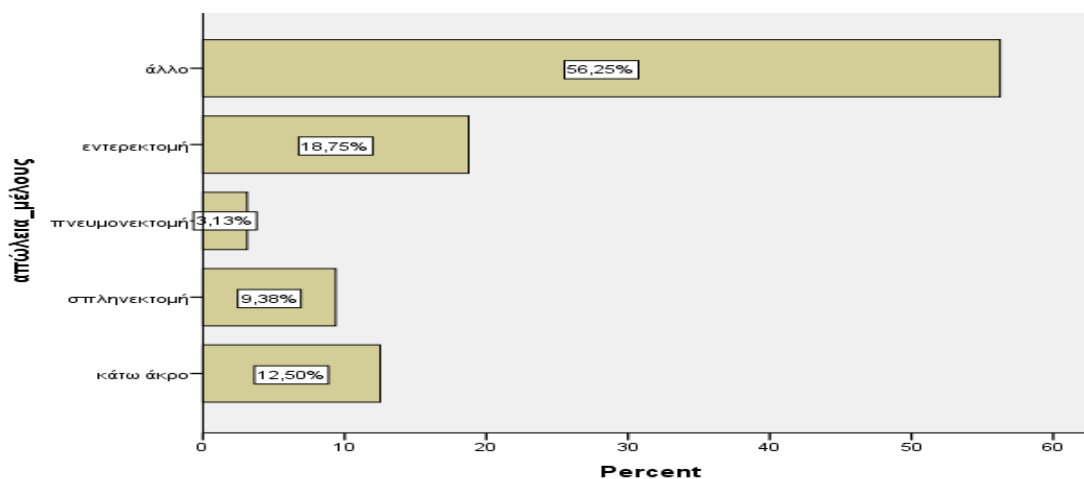
Χορήγηση αναλγησίας κατά την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ χρειάστηκαν πολλοί ασθενείς και συγκεκριμένα ποσοστό 93,8% (n=120) ενώ δεν χρειάστηκε στο ποσοστό 6,3% (n=8) (εικόνα 17, πίνακας 11).

Τέλος υπολογίστηκε το ποσοστό των ασθενών που βρίσκονταν σε Delirium κατά την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και εκτιμήθηκε ότι δεν ήταν πολύ μεγάλο με βάση τα δεδομένα. Αναλυτικά 17,2% (n=22) βρίσκονταν σε Delirium και 82,8% (n=106) όχι. (εικόνα 18, πίνακας 11)



Εικόνα 19: Βάρος ασθενών

Στο ερωτηματολόγιο επίσης συμπληρώθηκαν λεπτομέρειες όσο αφορά το βάρος των ασθενών που νοσηλεύτηκαν και τα αποτελέσματα ήταν ότι οι περισσότεροι ποσοστό 74,8% (n=95) ήταν υπέρβαροι, φυσιολογικοί σε βάρος ήταν ποσοστό 23,6%(n=30) και λιπόσαρκοι ήταν ελάχιστοι ασθενείς ποσοστό 1,6% (n=2). (Εικόνα 19)



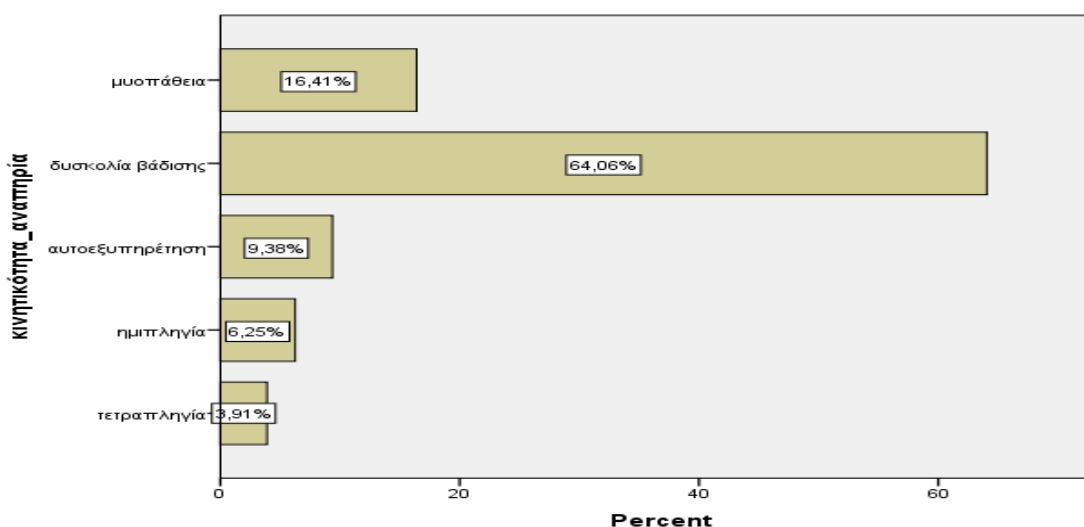
Εικόνα 20: Απώλεια μέλους

απώλεια_μέλους		Frequency	Valid Percent
Valid	κάτω άκρο	4	12,5
	σπληνεκτομή	3	9,4
	πνευμονεκτομή	1	3,1
	εντερεκτομή	6	18,8
	άλλο	18	56,3
	Total	32	100,0

Πίνακας 12: Απώλεια μέλους

Μελετήθηκε και η πιθανότητα απώλειας κάποιου μέλους του σώματος και το αποτέλεσμα ήταν ότι υπήρχαν 32 εκ των 128 ασθενών που νοσηλεύτηκαν τα έτη 2017-2018 και είχαν απώλεια κάποιου μέλους του σώματος τους.

Συγκεκριμένα κάποιοι έχασαν κάτω άκρο ποσοστό 12,5% (n=4), άλλοι χρειάστηκαν σπληνεκτομή ποσοστό 9,4% (n=3), κάποιοι άλλοι χρειάστηκαν πνευμονεκτομή ποσοστό 3,1% (n=1), άλλοι ασθενείς εντερεκτομή ποσοστό 18,8% (n=6) και άλλος μέλος του σώματος ποσοστό 56,3% (n=18) (Εικόνα 20, Πίνακας 12).



Εικόνα 21: Κινητικά προβλήματα

κινητικότητα_αναπηρία		Frequency	Valid Percent
Valid	τετραπληγία	5	3,9
	ημιπληγία	8	6,3
	αυτοεξυπηρέτηση	12	9,4
	δυσκολία βάδισης	82	64,1
	μυοπάθεια	21	16,4
	Total	128	100,0

Πίνακας 13: Κινητικά προβλήματα

Μελετήθηκε επίσης η δυσκολία που αντιμετώπιζε ο ασθενής με την κινητικότητα και τυχόν αναπηρία. Τα αποτελέσματα είναι ότι ποσοστό 3,9% (n=5) είχε τετραπληγία, ημιπληγία παρουσίασε ποσοστό 6,3% (n=8), δυσκολία βάδισης ποσοστό 64,1% (n=82) , μυοπάθεια ποσοστό 16,4% (n=21) και επαρκή αυτοεξυπηρέτηση ποσοστό 9,4% (n=12). (Εικόνα 21, Πίνακας 13)

Στη συνέχεια ακολούθησε το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Αυτό αποτελείται από 6 ερωτήματα και 11 υποερωτήματα.

Ερωτηματολόγιο διαταραχής μετατραυματικού στρες

Δ1. Είχατε ποτέ την εμπειρία ενός γεγονότος που είναι έξω από το φάσμα των συνηθισμένων εμπειριών για τους ανθρώπους (π.χ. σεισμοί, πλημμύρες, σοβαρά ατυχήματα, φωτιές, σωματική επίθεση ή βιασμό, το να δείτε ανθρώπους να σκοτώνονται ή το να είστε σε πόλεμο ή μάχη);

Δ1		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	88	68,8
	NAI	40	31,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 14: Εμπειρία επικίνδυνου, τρομακτικού γεγονότος

Στο ερωτηματολόγιο που αναφερόταν στην διαταραχή μετατραυματικού στρες, στην ερώτηση σχετικά με την εμπειρία ενός γεγονότος που ήταν έξω από το φάσμα των συνηθισμένων εμπειριών για τους ανθρώπους, το 68,8% (n=88) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, το 31,3% (n=40) απάντησε θετικά, ενώ το σύνολο των ατόμων που απάντησαν ήταν n=128. (Πίνακας 14)

Δ2. Αντιδράσατε με έντονο φόβο, απόγνωση ή τρόμο;

Δ2		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	111	86,7
	NAI	17	13,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 15: Φόβος, απόγνωση, τρόμος

Στη συνέχεια, στην ερώτηση εάν τα άτομα αντέδρασαν με φόβο, απόγνωση ή τρόμο, 86,7% (n=111) απάντησαν όχι, το 13,3% (n=17) απάντησαν ναι. (Πίνακας 15)

Δ3. Τον τελευταίο μήνα είχατε ξανά την εμπειρία αυτού του γεγονότος με τρόπο που σας προκαλούσε δυσφορία (π.χ. όνειρα, έντονες αναμνήσεις, ξαφνικές εικόνες από τότε ή σωματικές αντιδράσεις;)

Δ3		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	117	91,4
	NAI	11	8,6

	Total	128	100,0
--	-------	-----	-------

Πίνακας 16: Όνειρα, εφιάλτες

Στην ερώτηση εάν τον τελευταίο μήνα είχαν ξανά την εμπειρία αυτού του γεγονότος με τρόπο που προκαλούσε δυσφορία και με την εμφάνιση εφιαλτών ή τρομακτικών ονείρων το 91,4% (n=117) απάντησε αρνητικά, ενώ το 8,6% (n=11) απάντησε θετικά. (Πίνακας 16)

Δ4. Τον τελευταίο μήνα:

α.. Έχετε αποφύγει να σκέπτεστε για το γεγονός ή έχετε αποφύγει πράγματα που σας θυμίζουν το γεγονός;

Δ4α		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	43	33,6
	NAI	85	66,4
	Total	128	100,0

Πίνακας 17: Αποφυγή γεγονόςτος

Στην ερώτηση εάν τον τελευταίο μήνα είχαν αποφύγει να σκέπτονται για το γεγονός ή είχαν αποφύγει πράγματα που τους θύμιζαν το γεγονός το 33,6% (n=43) απάντησε αρνητικά, ενώ το 66,4% (n=85) απάντησε θετικά. (Πίνακας 17)

β. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε κάποιο σημαντικό κομμάτι από αυτά που έγιναν;

Δ4β		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	93	72,7
	NAI	35	27,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 18: Δυσκολία να θυμηθούν την νοσηλεία

Στην ερώτηση εάν είχαν δυσκολία να θυμηθούν κάποιο σημαντικό κομμάτι από αυτά που έγιναν κατά την νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το 72,7% (n=93) απάντησαν όχι, ενώ το 27,3% (n=35) απάντησαν ναι. (Πίνακας 18)

γ. Έχετε μειώσει το ενδιαφέρον σας σε χόμπι ή σε κοινωνικές δραστηριότητες;

Δ4γ		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	61	47,7
	NAI	67	52,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 19: Μείωση κοινωνικών δραστηριοτήτων

Κατόπιν ακολουθούσε το ερώτημα αν είχαν μειώσει το ενδιαφέρον τους σε χόμπι ή σε

κοινωνικές δραστηριότητες, όπου ποσοστό 47,7% (n=61) των ατόμων απάντησε όχι, ενώ το 52,3% (n=67) έδωσε θετική απάντηση. (Πίνακας 19)

δ. Αισθανθήκατε ξεκομμένος-η από τα πράγματα;

Δ4δ		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	62	48,4
	NAI	66	51,6
	Total	128	100,0

Πίνακας 20: Ξεκομμένος-η

Στην επόμενη ερώτηση αν αισθάνθηκαν ξεκομμένοι από κάποια πράγματα, το 48,4% (n=62) απάντησαν όχι, ενώ το 51,6% (n=66) απάντησαν ναι. (Πίνακας 20)

ε. Επισημάνατε ότι τα αισθήματά σας ήταν μουνδιασμένα;

Δ4ε		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	89	69,5
	NAI	39	30,5
	Total	128	100,0

Πίνακας 21: Μουνδιασμένα αισθήματα

Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν αν δώσουν θετικά ή αρνητική απάντηση σχετικά με το αν τα αισθήματά τους ήταν μουνδιασμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό 69,5% (n=89) απάντησε όχι, ενώ ποσοστό 30,5% (n=39) απάντησαν ναι. (Πίνακας 21)

στ. Αισθανθήκατε ότι η ζωή σας θα είναι βραχύτερη εξαιτίας του τραύματος;

Δ4στ		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	56	43,8
	NAI	72	56,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 22: Αίσθημα σύντομης ζωής

Στην επόμενη ερώτηση αν αισθάνθηκαν ότι η ζωή τους θα είναι βραχύτερη λόγω του τραύματος, ποσοστό 43,8% (n=56) απάντησε αρνητικά, ενώ το 56,3% (n=72) απάντησε θετικά. (Πίνακας 22)

Δ5. Τον τελευταίο μήνα:

α. Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε;

Δ5α		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	88	68,8
	NAI	40	31,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 23: Δυσκολία στον ύπνο

Στην ερώτηση αν τον τελευταίο μήνα είχαν δυσκολία στο να κοιμηθούν, τα άτομα, απάντησαν 68,8% (n=88) όχι, ενώ 31,3% (n=40) απάντησαν ναι. (Πίνακας 23)

β. Είσαστε ιδιαίτερα ευερέθιστος-η ή είχατε εκρήξεις θυμού;

Δ5β		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	82	64,1
	NAI	46	35,9
	Total	128	100,0

Πίνακας 24: Εκρήξεις θυμού

Ακολούθως υπήρχε το ερώτημα αν ήταν ιδιαίτερα ευερέθιστοι ή είχαν εκρήξεις θυμού, μετά από την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ όπου ποσοστό 64,1% (n=82) απάντησε όχι, και, ποσοστό 35,9% (n=46) έδωσε θετική απάντηση. (Πίνακας 24)

γ. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε;

Δ5γ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	85	66,4
	NAI	43	33,6
	Total	128	100,0

Πίνακας 25: Δυσκολία συγκέντρωσης

Στη συνέχεια, στην ερώτηση αν τα άτομα αντιμετώπιζαν δυσκολία στην συγκέντρωσή τους, ποσοστό 42,7% (n=85) απάντησαν όχι, ενώ το 21,6% (n=43) απάντησαν ναι. (Πίνακας 25)

δ. Ήσασταν νευρικός-η ή συνέχεια σε επιφυλακή;

Δ5δ		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	89	69,5
	NAI	39	30,5
	Total	128	100,0

Πίνακας 26: Νευρικότητα

Στη συνέχεια, ακολουθούσε η ερώτηση εάν τα άτομα ήταν νευρικά, ή διαρκώς σε επιφυλακή, όπου αρνητική απάντηση έδωσαν οι περισσότεροι με ποσοστό 69,5% (n=89), ενώ το 30,5% (n=39) απάντησαν ναι. (Πίνακας 26)

ε. Είσαστε έτοιμος να αιφνιδιαστείτε;

Δ5ε		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	53	41,4
	NAI	75	58,6
	Total	128	100,0

Πίνακας 27: Αιφνιδιασμός

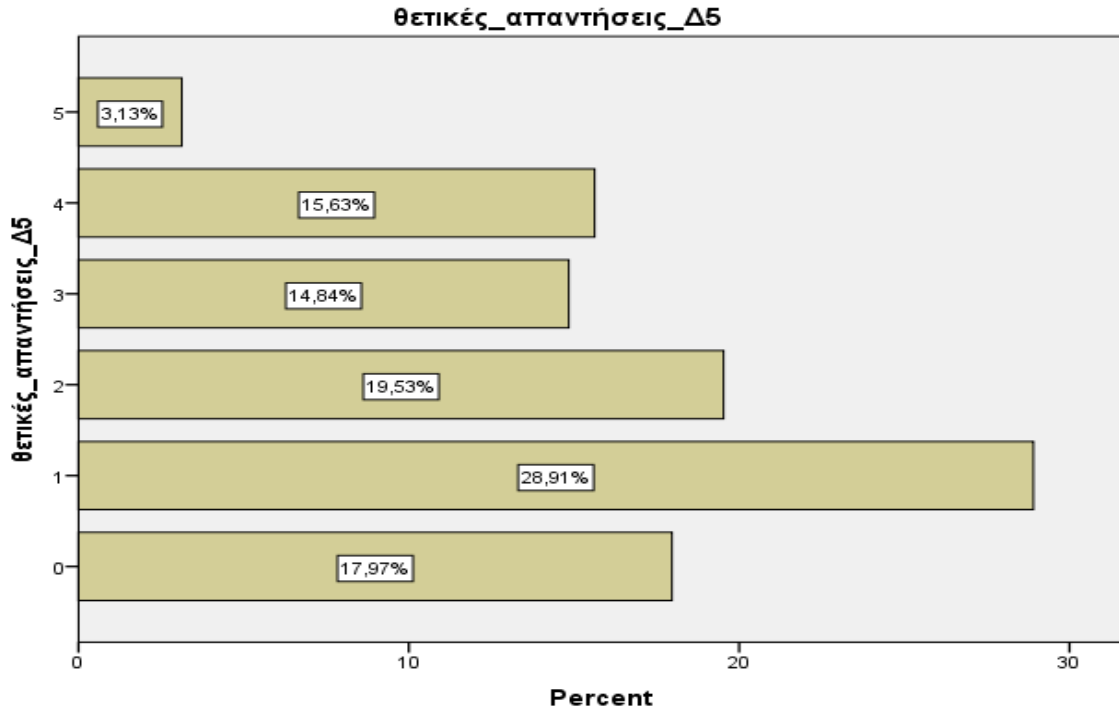
Στην ερώτηση εάν ήταν έτοιμοι να αιφνιδιαστούν, οι ερωτηθέντες απάντησαν 41,4% (n=53) όχι, ενώ το 58,6% (n=75) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 27)

Αν από τις Δ5 παραπάνω ερωτήσεις υπήρχαν δυο ή περισσότερες απαντήσεις συμπληρωμένες ΝΑΙ; Τότε το άτομο πάσχει από Μετατραυματική Διαταραχή Στρες

Θετικές_απαντήσεις_Δ5		Frequency	Valid Percent
Valid	0	23	18,0
	1	37	28,9
	2	25	19,5
	3	19	14,8
	4	20	15,6
	5	4	3,1
	Total	128	100,0

Πίνακας 28: Θετικές απαντήσεις Δ5

Εάν είναι 2 ή περισσότερες Δ5 απαντήσεις συμπληρωμένες ΝΑΙ, τότε το άτομο πάσχει από μετατραυματική Διαταραχή Στρες. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 28 παραπάνω τα άτομα που δεν απάντησαν θετικά, ανέρχονται σε ποσοστό 18% (n=23), τα άτομα που είχαν μια θετική απάντηση ανέρχονται σε ποσοστό 28,9% (n=37), τα άτομα που είχαν 2 θετικές απαντήσεις ανέρχονται σε ποσοστό 19,5% (n=25), τα άτομα που είχαν 3 θετικές απαντήσεις είναι σε ποσοστό 14,8% (n=19), τα άτομα που είχαν 4 θετικές απαντήσεις αποτελούν το 15,6% (n=20), ενώ τα άτομα που είχαν 5 θετικές απαντήσεις αποτελούν το 3,1% (n=4). (Πίνακας 28, Εικόνα 22). Πιο συγκεκριμένα το 53,1 % φαίνεται ότι πάσχει από μετατραυματική Διαταραχή Στρες (πίνακας 29).



Εικόνα 22: Θετικές απαντήσεις Δ5

μετατραυματική_διαταραχή_στρες		Frequency	Valid Percent
Valid	NAI	68	53,1
	OXI	60	46,9
	Total	128	100,0

Πίνακας 29: Μετατραυματική Διαταραχή Στρες

Δ6. Τον τελευταίο μήνα, έχουν αυτά τα προβλήματα επηρεάσει σημαντικά τη δουλειά ή την κοινωνική σας ζωή, ή έχει προκαλέσει σημαντική δυσφορία;
 Αν ΝΑΙ, τότε το άτομο πάσχει από Μετατραυματική Διαταραχή Στρες.

Δ6		Frequency	Valid Percent
Valid	NAI	41	32,0
	OXI	87	68,0
	Total	128	100,0

Πίνακας 30: Μετατραυματική Διαταραχή Στρες 2

Στην ερώτηση αν τον τελευταίο μήνα είχαν αυτά τα προβλήματα επηρεάσει σημαντικά τη δουλειά ή την κοινωνική τους ζωή, ή είχαν προκαλέσει σημαντική δυσφορία, γεγονός που θα αποδείκνυε ότι το άτομο πάσχει από μετατραυματική διαταραχή στρες εάν η

απάντηση ήταν θετική, όπως φαίνεται και στον πίνακα 40, ποσοστό 32,% (n=41) απάντησαν ναι, ενώ το 68% (n=87) απάντησαν όχι. (Πίνακας 30)

Ερωτηματολόγιο κλινικών εκδηλώσεως του συνδρόμου ΜΕΘ

1. Έχετε νιώσει φόβο τόσο που να σας έχει προκαλέσει ναυτία ή να σας κάνει να νιώθετε ανίσχυρος;

φόβος_ναυτία_ανίσχυρος		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	93	72,7
	NAI	35	27,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 31: Φόβος, ναυτία

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο κλινικών εκδηλώσεων του συνδρόμου ΜΕΘ, στην ερώτηση εάν τα άτομα είχαν νιώσει φόβο τόσο που να τους είχε προκαλέσει ναυτία ή να τους έκανε να νιώθουν μη ισχυροί, ποσοστό 72,7% (n=93) απάντησαν αρνητικά, ενώ το 27,3% (n=35) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 31)

2. Έχετε διαταραχές στον ύπνο σας (εφιάλτες);

εφιάλτες		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	109	85,2
	NAI	19	14,8
	Total	128	100,0

Πίνακας 32: Εφιάλτες

Στην ερώτηση εάν τα άτομα αντιμετώπιζαν διαταραχές στον ύπνο τους (εφιάλτες), το 85,2% (n=109) απάντησαν όχι, ενώ το 14,8% (n=19) απάντησαν ναι. (Πίνακας 32)

3. Νιώθετε αδυναμία να συγκεντρωθείτε;

αδυναμία_συγκέντρωσης		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	83	64,8
	NAI	45	35,2
	Total	128	100,0

Πίνακας 33: Αδυναμία συγκέντρωσης

Στην ερώτηση αν τα άτομα αντιμετώπιζαν αδυναμία στο να συγκεντρωθούν, ποσοστό 64,8% (n=83) απάντησαν όχι, ενώ το 35,2% (n=45) απάντησαν ναι. (Πίνακας 33)

4. Είχατε ψευδαισθήσεις ή σκεφτήκατε παράλογα πράγματα;

ψευδαισθήσεις		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	112	87,5
	NAI	16	12,5
	Total	128	100,0

Πίνακας 34: Ψευδαισθήσεις

Στη συνέχεια, στην ερώτηση αν είχαν ψευδαισθήσεις ή σκέφτηκαν παράλογα πράγματα, το 87,5% (n=112) απάντησε όχι, ενώ το 12,5% (n=16) απάντησε ναι. (Πίνακας 34)

5. Έχετε χάσει το συνειρμό των σκέψεων σας (εκεί που μιλάτε να ξεχάσετε τι θέλατε να πείτε);

συνειρμό_σκέψεων		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	80	62,5
	NAI	48	37,5
	Total	128	100,0

Πίνακας 35: Απώλεια συνειρμού σκέψης

Στην ερώτηση εάν είχαν χάσει το συνειρμό των σκέψεών τους, ποσοστό 62,5% (n=80) απάντησαν όχι, ενώ το 37,5% (n=48) απάντησαν ναι. (Πίνακας 35)

6. Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε συνεχόμενα;

δυσκολία_στον ύπνο		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	75	58,6
	NAI	53	41,4
	Total	128	100,0

Πίνακας 36: Δυσκολία ύπνο

Στην ερώτηση εάν τα άτομα δυσκολεύονταν να κοιμηθούν συνεχόμενα, ποσοστό 58,6% (n=75) απάντησαν όχι, ενώ το 41,4% (n=53) απάντησαν ναι. (Πίνακας 36)

7. Φοβάστε;

φόβος		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	86	67,2
	NAI	42	32,8
	Total	128	100,0

Πίνακας 37: Φόβος

Στην ερώτηση εάν φοβόντουσαν, ποσοστό 67,2% (n=86) απάντησαν όχι, ενώ το 32,8% (n=42) απάντησαν ναι. (Πίνακας 37)

8. Διασπάτε εύκολα η προσοχή σας;

διάσπαση_προσοχής		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	90	70,3
	NAI	38	29,7
	Total	128	100,0

Πίνακας 38: Διάσπαση προσοχής

Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες στην ερώτηση εάν διασπάται εύκολα η προσοχή τους, απάντησαν 70,3% (n=90) όχι, ενώ το 29,7% (n=38) απάντησε ναι. (Πίνακας 38)

9. Νιώθετε τα συναισθήματα σας να είναι ευμετάβλητα (π.χ. εκεί που είστε χαρούμενος να μελαγχολήσετε χωρίς λόγο);

ευμετάβλητα_συναισθήματα		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	84	65,6
	NAI	44	34,4
	Total	128	100,0

Πίνακας 39: Ευμετάβλητα συναισθήματα

Στην ερώτηση εάν ένιωθαν ότι τα συναισθήματά τους ήταν ευμετάβλητα, ποσοστό 65,6% (n=84) απάντησε όχι, ενώ το 34,4% (n=44) απάντησαν ναι. (Πίνακας 39)

10. Ξεχνάτε ευκολότερα διάφορα πράγματα ή τι θα θέλατε να κάνετε;

ξεχνά_εύκολα		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	82	64,1
	NAI	46	35,9
	Total	128	100,0

Πίνακας 40: Ξεχνούν εύκολα

Στην ερώτηση εάν ξεχνούν πιο εύκολα διάφορα πράγματα ή τι θα ήθελαν να κάνουν, ποσοστό 64,1% (n=82) απάντησε όχι, ενώ το 35,9% (n=46) απάντησε ναι. (Πίνακας 40)

11. Μήπως το βράδυ τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται;

επιδείνωση_συμπτωμάτων_βράδυ		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	94	73,4
	NAI	34	26,6

	Total	128	100,0
--	-------	-----	-------

Πίνακας 41: Επιδείνωση συμπτωμάτων το βράδυ

Στη συνέχεια, στην ερώτηση εάν το βράδυ τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται, ποσοστό 73,4% (n=94) απάντησε όχι, ενώ το 26,6 (n=34) απάντησε ναι. (Πίνακας 41)

12.Υπάρχουν μεταβολές στην κινητική σας δραστηριότητα που σας επηρεάζουν ψυχολογικά;

κινητικότητα_ψυχολογία		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	64	50,0
	NAI	64	50,0
	Total	128	100,0

Πίνακας 42: Αλλαγή στην ψυχολογία τους

Στην ερώτηση εάν υπήρχαν μεταβολές στην κινητική δραστηριότητα των ατόμων που τα επηρέασε ψυχολογικά, ποσοστό 50% (n=64) απάντησε όχι, ενώ το άλλο 50% (n=64) απάντησε ναι. (Πίνακας 42)

13.Νιώθετε ανορεξία;

ανορεξία		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	100	78,1
	NAI	28	21,9
	Total	128	100,0

Πίνακας 43: Ανορεξία

Συνεχίζοντας, οι ερωτηθέντες στην ερώτηση εάν ένιωθαν ανορεξία, απάντησαν 78,1% (n=100) όχι, ενώ το 21,9% (n=28) ναι. (Πίνακας 43)

14.Νιώθετε απελπισμένος;

απελπισία		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	95	74,2
	NAI	33	25,8
	Total	128	100,0

Πίνακας 44: Αίσθημα απελπισίας

Στην ερώτηση εάν ένιωθαν απελπισμένοι, τα άτομα σε ποσοστό 74,2% (n=95) απάντησαν όχι, ενώ το 25,8% (n=33) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 54)

15.Νιώθετε θλίψη;

θλίψη		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	76	59,4
	NAI	52	40,6
	Total	128	100,0

Πίνακας 45: Αίσθημα θλίψης

Στην ερώτηση εάν ένιωθαν θλίψη, οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 59,4% (n=76) αρνητικά, ενώ το 40,6% (n=52) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 45)

16.Νιώθετε ότι κανείς δεν μπορεί να σας βοηθήσει;

κανείς_δεν_μπορεί_βοηθήσει		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	91	71,1
	NAI	37	28,9
	Total	128	100,0

Πίνακας 46: Κανείς δεν μπορεί να βοηθήσει

Συνεχίζοντας, στην ερώτηση εάν ένιωθαν ότι κανείς δεν μπορεί να τους βοηθήσει, ποσοστό 71,1% (n=91) των ατόμων απάντησε όχι, ενώ το 28,9% (n=37) απάντησε ναι. (Πίνακας 46)

17.Έχετε αποσυρθεί από δραστηριότητες που συνηθίζατε να κάνετε;

απόσυρση_δραστηριότητες		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	47	36,7
	NAI	81	63,3
	Total	128	100,0

Πίνακας 47: Απόσυρση από δραστηριότητες

Στην ερώτηση εάν είχαν αποσυρθεί από δραστηριότητες που συνηθίζαν να κάνουν, τα άτομα σε ποσοστό 36,7% (n=47) απάντησαν όχι, ενώ το 63,3% (n=81) απάντησαν ναι. (πίνακας 47)

18.Νιώθετε ταχυκαρδίες, ιδρώνετε πιο εύκολα;

ταχυκαρδίες		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	99	77,3
	NAI	29	22,7
	Total	128	100,0

Πίνακας 48: Ταχυκαρδίες

Στην ερώτηση εάν ένιωθαν ταχυκαρδίες ή ιδρώναν πιο εύκολα, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 77,3% (n=99) απάντησαν όχι, ενώ το 22,7% (n=29) απάντησαν ναι. (Πίνακας 48)

19. Θέλετε να κινείστε συνεχώς;

κίνηση_συνέχεια		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	78	60,9
	NAI	50	39,1
	Total	128	100,0

Πίνακας 49: Συνεχής κίνηση

Στην ερώτηση εάν ήθελαν να κινούνται συνεχώς, οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 60,9% (n=78) όχι, ενώ το 39,1 (n=50) απάντησε ναι. (Πίνακας 49)

20.Τινάζεστε έντρομοι με το παραμικρό;

πετιέται_έντρομος		Frequency	Valid Percent
Valid	OXI	97	75,8
	NAI	31	24,2
	Total	128	100,0

Πίνακας 50: Έντρομος

Στην ερώτηση εάν τινάζονταν έντρομοι με το παραμικρό, ποσοστό 75,8% (n=97) απάντησε όχι, ενώ το 24,2% (n=31) απάντησε ναι. (Πίνακας 50)

	Frequency
απόλυτα ευχαριστημένη	3
αποπροσανατολισμό	1
δεν θυμάται πολλά	12
δεν θυμάται τίποτα	6
δεν της άρεσε κλίμα	1
δεν το στεναχωρούσε κάτι	3
δεν του έδιναν νερό	6
δέσιμο στο κρεβάτι	1
εγκατάλειψη από νοσηλευτές	1
είχε παραισθήσεις	20
ένιωθε μοναξιά	2

εξαιρετικό προσωπικό	10
επικοινωνία με συγγενείς	1
η απομόνωση	1
ήθελε να φύγει	2
θλίψη	1
κανένα παράπονο	23
λοιμώξεις	4
νευρική κατάσταση	1
ο χώρος	1
όλα άψογα	4
όλα του έφταιγαν	1
πόνος	7
πρόβλημα με το προσωπικό	3
τραυματική εμπειρία	2
φόβος θανάτου	9
φόβος, σοκ, δυσκολία επικοινωνίας	2

Πίνακας 51: Αίτια στεναχώριας κατά την νοσηλεία

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 51 που ακολουθεί, αριθμός n=3 των ατόμων ήταν απόλυτα ευχαριστημένοι, το n=1 ένιωσαν αποπροσανατολισμό, το n=12 δεν θυμάται πολλά, το n=6 δεν θυμάται τίποτα, το n=1 δεν της άρεσε το κλίμα, το n=3 δεν τους στενοχωρούσε κάτι, το n=6 δεν του έδιναν νερό, n=1 δέσιμο στο κρεβάτι, το n=1 βίωσε εγκατάλειψη από νοσηλευτές, το n=20 είχε παραισθήσεις, το n=2 ένιωθε μοναξιά, ενώ το n=10 δήλωσε ότι το προσωπικό ήταν εξαιρετικό.

Συνεχίζοντας, η επικοινωνία με συγγενείς υπήρξε σε n=1, n=1 βίωσε απομόνωση, n=2 των ασθενών ήθελαν να φύγουν, n=1 βίωσε θλίψη, ενώ κανένα παράπονο δήλωσε n=23 των ασθενών. Επιπλέον, n=4 των ασθενών αντιμετώπισαν λοιμώξεις, νευρική κατάσταση n=1, ο χώρος n=1, όλα άψογα δήλωσε το n=4 των ασθενών, όλα του έφταιγαν n=1. Ακόμα, ο πόνος ήταν σε n=7, πρόβλημα με το προσωπικό αντιμετώπισαν n=3 των ανθρώπων στη ΜΕΘ, ενώ τραυματική εμπειρία n=2. Φόβος θανάτου εμφανίστηκε n=9 των ασθενών, και φόβος, σοκ, δυσκολία επικοινωνίας n=2 των ασθενών. (Πίνακας 51)

	Frequency
70% αναπηρία, αναπηρικό καρότσι, κινητικά προβλήματα,	6
Άγνοια, απομόνωση, μοναξιά, λαχτάρα	4
Αγωνία, ανησυχία, απογοήτευση, ανασφάλεια, νευρικότητα,	11
απόλυτα ευχαριστημένη	1
απώλεια μωρού	2
άσχημα ψυχολογικά, ένωθε χάλια, ζορίστηκε	5
άπογα όλα, ένωθε καλά, Εξαιρετικό, ευγενικό προσωπικό	15
δεν θυμάται πολλά, κενά μνήμης	2
δεν μπορούσε να κοιμηθεί	1
δεν περνούσε η ώρα	3
δυσκολία αναπνοής	2
εγκατάλειψη από νοσηλευτές, αδιαφορία	8
ενόχληση από βελόνες, βογγητά, φώτα, δέσιμο στο κρεβάτι	4
ενόχληση ΕΤΣ, ΤΡΧ	6
επισκέπτεται ψυχολόγο, χρήση υπνωτικών, εφιάλτες	5
θυμάται μόνο το ατύχημα	1
κανένα παράπονο, καμιά ενόχληση	4
κατάκλιση	2
κυκλοθυμικός	1
μουδιασμένα αισθήματα	2
νόσος εντατικής, περίεργα	3
ουροκαθετήρας	1
πολύ καλή διαμονή	2
Πόνος, κλειστοφοβία	2
τα θυμάται όλα	5
το ξεπέρασε μόνος	1
τραυματική εμπειρία, φόβος θανάτου	2
φυσιοθεραπεία	2

Πίνακας 52: Αισθήματα

Στην ανάλυση του πίνακα 52, 70% αναπηρία, αναπηρικό καρότσι, κινητικά προβλήματα, τετραπληγία, μυοπάθεια αντιμετώπισαν n=6 των ασθενών, Άγνοια, απομόνωση, μοναξιά, λαχτάρα αντιμετώπισαν n=4 των ασθενών, Αγωνία, ανησυχία, απογοήτευση, ανασφάλεια, νευρικότητα, στεναχώρια βίωσαν n=11 των ασθενών, απόλυτα ευχαριστημένη ήταν n=1, απώλεια μωρού βίωσαν n=2 ασθενείς στη ΜΕΘ, άσχημα

ψυχολογικά, ένιωθε χάλια, ζορίστηκε n=5, ασθενείς δήλωσαν ότι ήταν άψογα όλα, ένιωσαν καλά, εξαιρετικά και με ευγενικό προσωπικό n=15 των ασθενών, ενώ n=2 τα άτομα που αντιμετώπισαν κενά μνήμης χωρίς να θυμούνται πολλά. Στη συνέχεια, n=1 δεν μπορούσε να κοιμηθεί, n=3 στους ασθενείς δεν περνούσε η ώρα, n=2 των ασθενών αντιμετώπισαν δυσκολία αναπνοής, ενώ το n=8 των ασθενών βίωσε εγκατάλειψη από νοσηλευτικό προσωπικό και αδιαφορία. N=4 βίωσαν ενόχληση από βελόνες, βογγητά, φώτα, δέσιμο στο κρεβάτι, ενόχληση ΕΤΣ, ΤΡΧ n=6, το n=5 των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ επισκέπτονταν ψυχολόγο, έκαναν χρήση υπνωτικών, και βίωναν εφιάλτες, n=1 θυμόταν μόνο το ατύχημα, n=4 δεν είχε κανένα παράπονο και καμία ενόχληση, κατάκλιση αντιμετώπισαν n=2 ασθενείς, κυκλοθυμικός ασθενής n=1, μωδιασμένα αισθήματα βίωσαν n=2 ασθενείς, ενώ αντιμετώπισαν νόσο εντατικής n=3 ασθενείς, ουροκαθετήρας τοποθετήθηκε n=1, πολύ καλή διαμονή δήλωσαν n=2 των ατόμων, n=2 αντιμετώπισε πόνο και κλειστοφοβία, n=5 τα θυμόταν όλα, n=1 το ξεπέρασε μόνος, n=2 βίωσε τραυματική εμπειρία και φόβο θανάτου, ενώ τέλος, φυσιοθεραπεία πραγματοποιήθηκε σε n=2 ασθενείς. (Πίνακας 52)

Συμπερασματική στατιστική

Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α . Για να είναι μια κλίμακα αξιόπιστη, ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α θα πρέπει να είναι $> 0,7$. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, όλες οι κλίμακες ήταν αξιόπιστες, αφού ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α ήταν μεγαλύτερος από 0,784.

Ερωτηματολόγιο	Cronbach's α
Ερωτηματολόγιο διαταραχής μετατραυματικού στρες	0,725
Ερωτηματολόγιο κλινικών εκδηλώσεως του συνδρόμου ΜΕΘ	0,843

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation= SD), οι διάμεσοι, οι ελάχιστες (minimum) και μέγιστες(maximum)τιμές. Για τη σύγκριση διαφόρων παραμέτρων διαφορετικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA).Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ δυο μεταβλητών, καθώς και άλλες συσχετίσεις που προέκυψαν από την έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r).

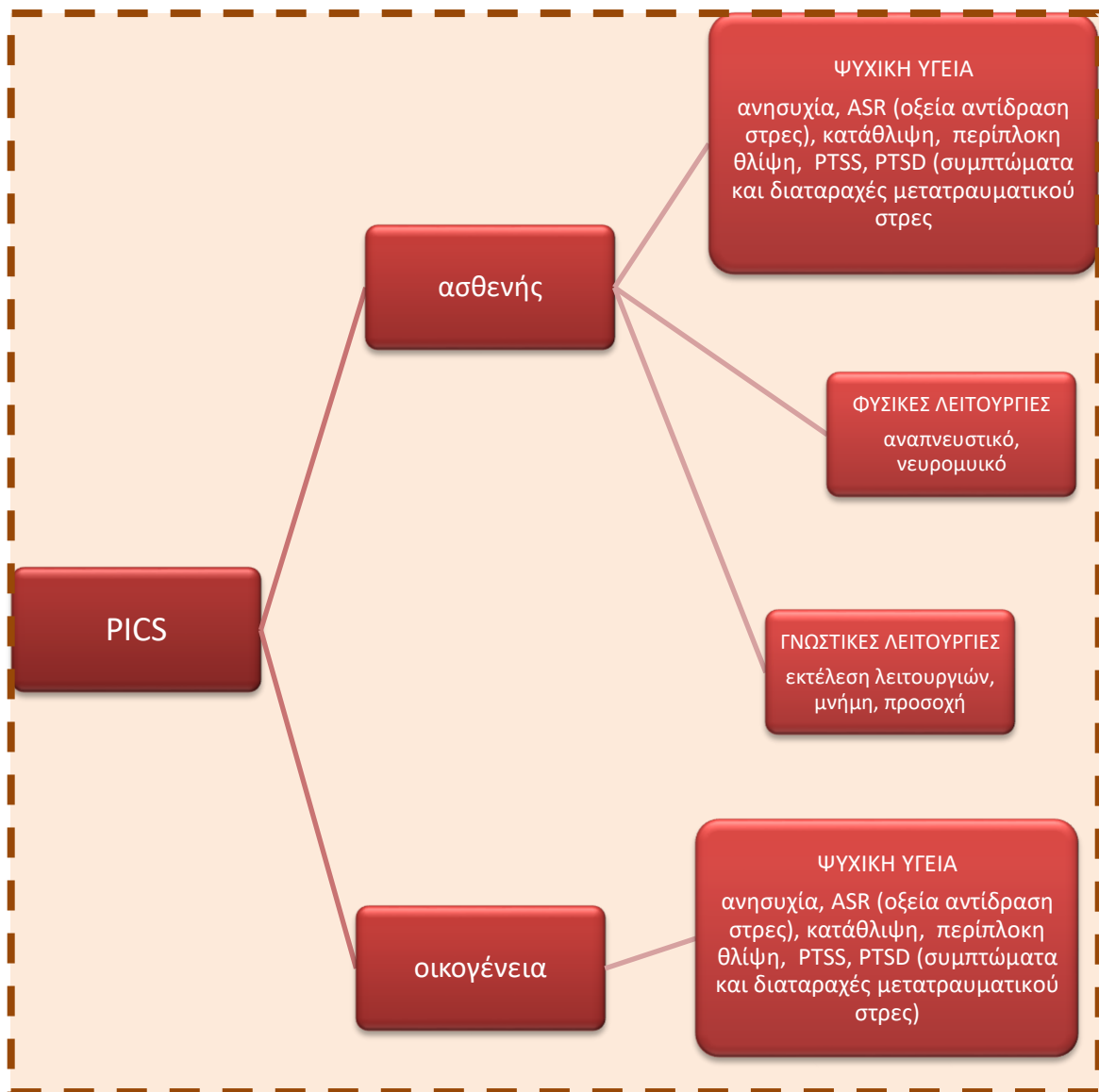
Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0.05$. Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη *συνεχή* κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test).

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 23.0 και το Microsoft Excel 2007.

Από τη σύγκριση των δημογραφικών και άλλων κοινωνικών στοιχείων με τα δυο ερωτηματολόγια προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις:

- Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν τους μήνες των γιορτών του Πάσχα και των Χριστουγέννων εμφάνισαν πιο έντονο μετατραυματικό στρες καθώς και πιο έκδηλες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου ΜΕΘ ($p=0,001$)
- Η ύπαρξη και συνοσυροτήτων (άλλα προβλήματα υγείας) φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά επίσης με το μετατραυματικό στρες ($p=0,025$)

- Οι υπέρβαροι ασθενείς προέκυψε ότι είχαν πιο έκδηλα συμπτώματα του συνδρόμου ΜΕΘ ($p=0,010$)



Συζήτηση

Φυσική: Η νευρομυϊκή αδυναμία που έχει αποκτηθεί από την ΜΕΘ είναι η μεγαλύτερη κοινή μορφή σωματικής βλάβης που συμβαίνει περισσότερο από 25% των επιζώντων στη ΜΕΘ (κακή κινητικότητα, επαναλαμβανόμενες πτώσεις ή quadri ή tetra paresis). Συνθήκες που συνδέονται στενά με την ανάπτυξη της αδυναμίας που έχει προκύψει από τη ΜΕΘ είναι ο παρατεταμένος μηχανικός αερισμός (> 7 ημέρες), σηψαιμία, αποτυχία πολλαπλών συστημάτων, καθώς και παρατεταμένη διάρκεια στο κρεβάτι-αποκατάσταση βαθιάς καταστολής.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση 24 μελετών, οι οποίες χρησιμοποίησαν τόσο κλινικές όσο και ηλεκτροφυσιολογικές μεθόδους διάγνωσης, το 46% των βαρέως πασχόντων ασθενών εμφάνισαν νευρομυϊκές επιπλοκές, οι οποίες σχετιζόνταν με αυξημένη διάρκεια μηχανικού αερισμού και αυξημένη διάρκεια παραμονής τόσο στη ΜΕΘ όσο και στο νοσοκομείο μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ. (Stevens RD et al., 2007)

Σε μια προοπτική μελέτη 185 ασθενών με διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ >7 ημέρες, η επίπτωση της ICUaW (Intensive Care Unit Acquired Weakness) μετά από κλινική διάγνωση υπολογίστηκε στο 24%. (Nanas S et al., 2008)

Σε μια άλλη προοπτική μελέτη, στην οποία εφαρμόστηκε ηλεκτροφυσιολογική μέθοδος διάγνωσης, η συχνότητα εμφάνισης της ICUaW ήταν 58% για ασθενείς σε μηχανικό αερισμό για τουλάχιστον 7 ημέρες. (Leijten FSS et al., 1996)

Μεταξύ των ασθενών με σήψη, η συχνότητα εμφάνισης της ICUaW έχει παρατηρηθεί ότι κυμαίνεται από 50–100%. (DE Jonghe B et al., 2002) (Berek K et al., 1996)

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 33 μελετών, με συνολικό πλήθος 2.686 ασθενών, αναφέρθηκαν δύο κύρια ευρήματα. Πρώτον, η συχνότητα εμφάνισης της ICUaW μετά από κλινική διάγνωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη (32%, 95% CI: 30–35% [confidence interval, διάστημα εμπιστοσύνης]) απ' ότι όταν η διάγνωση τέθηκε ηλεκτροφυσιολογικά (47%, 95% CI: 45–50%) και, δεύτερον, η πιθανότητα εμφάνισης της ICUaW υπολογίζεται στο 40% σε ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό >7 ημέρες. Η συχνότητα εμφάνισης ICUaW, σύμφωνα με τη σχετική μελέτη, ποικίλλει ανάλογα με τη διαγνωστική τεχνική που εφαρμόζεται, με την κλινική αξιολόγηση να είναι χαμηλότερης διαγνωστικής αξίας από τις ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες, καθώς και ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου. (Appleton Richard TD et al., 2015)

-Η Marra και συν. παρέχουν τα αποτελέσματα της μεγαλύτερης επιδημιολογικής μελέτης του PICS μέχρι σήμερα. Σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης, οι ερευνητές εξέτασαν τη

συχνότητα και τους καθοριστικούς παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την σωματική αναπηρία, την κατάθλιψη και τη γνωστική λειτουργία σε επιζώντες που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση από πέντε διαφορετικά νοσοκομεία.

Οι προσωπικές εκτιμήσεις πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 3 και 12 μηνών μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο. Γνώση, κατάθλιψη και η αναπηρία μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας Repeatable Battery για την αξιολόγηση της νευροψυχολογικής κατάστασης, και η Beck Depression Inventory Second Edition και Katz Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ADL), αντίστοιχα. Με το PICS εστιαζόμενο σε αυτό που είναι "νέο" αντί σε αυτό που είναι "χειρότερο", οι ασθενείς με προϋπάρχουσες γνωστικές διαταραχές και αναπηρίες αποκλείστηκαν από τη συμμετοχή.

Επομένως, κατά το σχεδιασμό 781 επιζώντων, εξαιρέθηκαν 250 (32%) λόγω προϋπάρχουσας ήπιας γνωστικής εξασθένησης και /ή λειτουργικής αναπηρίας, και επιπλέον 589 εξαιρέθηκαν πριν από την προϋπάρχουσα σοβαρή γνωστική εξασθένηση.

Συλλογικά, αυτές οι λεπτομέρειες αποκαλύπτουν τη συχνότητα με την οποία οι σημαντικές βλάβες προηγήθηκαν της κρίσιμης ασθένειας. Περαιτέρω, παρέχοντας μια πιο περιεκτική άποψη της "επιβίωσης", μεταξύ 531 επιλέξιμων επιζώντων, 66 πέθαναν πριν από 3 μήνες και 46 επιπλέον πέθαναν μεταξύ των αξιολογήσεων των 3 και 12 μηνών.

Οι ερευνητές επιβεβαίωσαν ότι η πλειοψηφία των επιζώντων από μια κρίσιμη ασθένεια είχαν PICS. Συγκεκριμένα, το νέο PICS υπολογίστηκε σε 64% και 56% των επιζώντων σε 3 και 12 μήνες αντίστοιχα. Στην τελευταία μελέτη, η οποία δεν περιοριζόταν στα «νέα» PICS, το 56% των επιζώντων ανέφεραν αυτομάτως βλάβη σε τουλάχιστον δύο τομείς του PICS και μία από τις τρεις αναφερθείσες βλάβες σε όλα τα PICS τομείς. Δεδομένου ότι το 54% των επιζώντων στη μελέτη από τους Maley και συν. αυτό-ανέφερε ότι η λειτουργία τους ήταν χειρότερη σε έναν ή περισσότερους τομείς, τα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των επιζώντων που πάσχουν από κρίσιμες ασθένειες έχουν νευροψυχολογική ή λειτουργική βλάβη και πολλές από αυτές τις βλάβες είναι νέες ή χειρότερες.

Όπως και στην προηγούμενη μελέτη παραπάνω έτσι και στην παρούσα η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι αρκετά υψηλή με ποσοστό που αγγίζει το 53% και το 32 % σε δυο διαφορετικές εκτιμήσεις, παρόλο που έχουν περάσει 1-2 έτη από την νοσηλεία στη ΜΕΘ.

Στη μελέτη των Marra και συν., η πιο κοινή νέα εξασθένηση στους 3 και 12 μήνες ήταν γνωστική εξασθένηση (38% και 33% αντίστοιχα). Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό δεν διαφέρει αρκετά με 35,2%.

Η κατάθλιψη ήταν παρούσα στο περίπου ένα τρίτο των επιζώντων σε 3 και 12 μήνες, αγγίζοντας το 33% ενώ στην παρούσα είναι πολύ υψηλότερη φτάνοντας το 50%.

Παράλληλα η αναπηρία ήταν παρούσα στο 26% των επιζώντων στους 3 μήνες και 21% στους 12 μήνες. Γενικά, νέα μείωση υπήρξε στους 3 μήνες και εξακολουθούσε να υφίσταται (δηλ., μόνο το 21% απαλλαγμένο από το PICS) και εκείνων που δεν παρουσιάζουν μείωση του των συμπτωμάτων του PICS σε 3 μήνες παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό απαλλαγμένη από βλάβες στους 12 μήνες.

Είναι ενδιαφέρον ότι οι Marra και συν. διαπίστωσαν ότι δύο μη κρίσιμες ασθένειες συσχετίστηκαν με μακροπρόθεσμες εκβάσεις. Η αδυναμία συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες να μην συνδέεται με το PICS, και τα περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης συνδέθηκαν με ένα υψηλό ποσοστό πιθανοτήτων να μην παρουσιάζουν συμπτώματα του PICS ανάμεσα στους 3 και 12 μήνες. (Marra A et al., 2018)

Σε μια συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων (MEDLINE, EMBASE, Cochrane CENTRAL, PsycInfo, CINAHL, 1991-2012), διαπιστώθηκε ότι ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών της ΜΕΘ επιβιώνει και αναπτύσσει διανοητικές, γνωστικές ή σωματικές βλάβες. Διάφορες παρεμβάσεις υποστηρίζουν την αποκατάσταση από αυτό το σύνδρομο.

Οι γιατροί που είναι υπεύθυνοι για τους ασθενείς μετά την ΜΕΘ πρέπει να γνωρίζουν ποιες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές. Συμπεριλήφθηκαν συγκριτικές μελέτες για παρεμβάσεις αποκατάστασης σε ενήλικες ασθενείς μετά την ΜΕΘ, εάν θεωρούσαν την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, τη συχνότητα / σοβαρότητα των συμπτωμάτων του συνδρόμου μετά την επέμβαση, τη λειτουργική αποκατάσταση, την ανάγκη περίθαλψης, την αυτονομία στις καθημερινές δραστηριότητες, ή νοσοκομειακή επανεισδοχή.

Σε αυτή την έρευνα, δύο αξιολογητές εξήγαγαν δεδομένα και αξιολόγησαν τον κίνδυνο της μεροληψίας ανεξάρτητα. Από τις 4.761 δημοσιεύσεις, συμπεριλήφθηκαν 18 μελέτες με 2.510 ασθενείς.

Διερεύνησαν τη γηριατρική αποκατάσταση εσωτερικών ασθενών, την κλινική παρακολούθηση της ΜΕΘ, την αποκατάσταση εξωτερικών ασθενών, τη διαχείριση ασθενειών και τα ημερολόγια της ΜΕΘ.

Πέντε από αυτές τις μελέτες αξιολόγησαν τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες με τέσσερις δοκιμές που έδειξαν θετικά αποτελέσματα: πρώτον, τα ημερολόγια της ICU μείωσαν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες νέας έναρξης (5% έναντι 13%, $p = 0,02$) μετά από 3 μήνες και το δεύτερο εμφάνισαν χαμηλότερη μέση επίδραση του συμβάντος Scale-Revised score (21,0 έναντι 32,1, $p = 0,03$) μετά από 12 μήνες.

Τρίτον, η μετέπειτα φροντίδα από την κλινική παρακολούθησης της ΜΕΘ μείωσε την επίδραση της κλίμακας συμβάντων για τις γυναίκες (20 έναντι 31, $p < 0,01$). Τέταρτον, ένα εγχειρίδιο αυτοβοήθειας οδήγησε σε λιγότερους ασθενείς να σημειώνουν υψηλά επίπεδα στην επίδραση της κλίμακας συμβάντων μετά από 8 εβδομάδες ($p = 0,026$) αλλά όχι μετά από 6 μήνες. Καμία από τις άλλες εκθέσεις δεν έδειξε περισσότερες από μία μελέτες θετικές επιπτώσεις. Οι παρεμβάσεις που έχουν σημαντικές επιπτώσεις σε ασθενείς μετά την ΜΕΘ είναι σπάνιες. Θετικές συνέπειες παρατηρήθηκαν για παρεμβάσεις στη ΜΕΘ για ηπατική διαταραχή. Απαιτούνται περισσότερες παρεμβάσεις για τον αυξανόμενο αριθμό επιζώντων στη ΜΕΘ. (Juliane Mehlhorn J et al., 2014)

Σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης που πραγματοποιήθηκε σε ιατρικές και χειρουργικές ΜΕΘ από πέντε κέντρα των ΗΠΑ, είχε ως στόχο την περιγραφή της συχνότητας της συνυπάρχουσας νεοαποκτηθείσας νοητικής βλάβης, της αναπηρίας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την κατάθλιψη μεταξύ των επιζώντων μιας κρίσιμης νόσου και την αξιολόγηση των παραγόντων πρόβλεψης της έλλειψης προβλημάτων σύνδρομου μετά την εντατική θεραπεία. Οι ασθενείς που συμμετείχαν έπασχαν από αναπνευστική ανεπάρκεια ή σοκ, εξαιρουμένων εκείνων με προϋπάρχουσα γνωστική δυσλειτουργία ή αναπηρία σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

Σε 3 και 12 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αξιολογήθηκαν ασθενείς για γνωστικές διαταραχές, αναπηρίες και κατάθλιψη. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε οκτώ ομάδες που αντικατοπτρίζουν συνδυασμούς γνωστικών, αναπηρικών και ψυχικών προβλημάτων.

Χρησιμοποιώντας πολυπαραγοντική λογική παλινδρόμηση, διαμορφώσαμε τη συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, εκπαίδευσης, αδυναμίας, διάρκειας μηχανικού αερισμού, παραληρήματος και σοβαρής σήψης με τις πιθανότητες να είναι δωρεάν το σύνδρομο μετά την εντατική φροντίδα. Αναλύθηκαν 406 ασθενείς με μέση ηλικία 61 ετών. Σε 3 και 12 μήνες, ένα ή περισσότερα προβλήματα με το σύνδρομο μετά την εντατική θεραπεία εμφανίστηκαν στο 64% και 56% αντίστοιχα. Παρ' όλα αυτά, συνυπάρχοντα προβλήματα σύνδρομου μετά την εντατική φροντίδα (δηλ., Σε δύο ή περισσότερους τομείς) ήταν

παρόντα σε 25% στους 3 μήνες και 21% στους 12 μήνες. Τα προβλήματα μετά την εντατική θεραπεία του συνδρόμου και στους τρεις τομείς ήταν παρόντα μόνο σε 6% σε 3 μήνες και 4% σε 12 μήνες.

Τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης συνδέθηκαν με μεγαλύτερες πιθανότητες να μην υπάρχει το μετά την εντατική θεραπεία ($p < 0.001$ στα 3 και 12 mo). Η πιο σοβαρή αδυναμία συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες να μην υπάρχει η εμφάνιση του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα ($p = 0.005$ στα 3 mo και $p = 0.048$ στα 12 mo).

Σε αυτή την πολυκεντρική μελέτη κούρτης, ένα ή περισσότερα προβλήματα μετεγχειρητικού συνδρόμου ήταν παρόντα στην πλειοψηφία των επιζώντων, αλλά τα συνυπάρχοντα προβλήματα ήταν παρόντα μόνο σε έναν στους τέσσερις. Η εκπαίδευση ήταν προστατευτική από τα προβλήματα του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα και τις αδυναμίες που προκάλεσαν την ανάπτυξη προβλημάτων συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία. Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για την καλύτερη κατανόηση των ετερογενών υποτύπων του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία και για τον εντοπισμό τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου. (Marra A et al., 2018)

Οι εκδηλώσεις του Συνδρόμου Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνει σωματικές βλάβες, γνωστικές διαταραχές (π.χ. μειωμένη εκτελεστική λειτουργία, μνήμη, προσοχή και ταχύτητα νοητικής επεξεργασίας) και νοσηρότητες ψυχικής υγείας που περιλαμβάνουν οξεία διαταραχή άγχους, άγχος, κατάθλιψη και PTSD*. Οι γνωστικές διαταραχές εμφανίζονται σε ποσοστό μέχρι και το 100% των επιζώντων κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και έως και το 56% των επιζώντων αρκετά χρόνια μετά την έξοδό τους από την ΜΕΘ. Οι γνωστικές διαταραχές εμφανίζονται σε πολλούς γνωστικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης μνήμης, εκτελεστικής λειτουργίας, γλώσσας, προσοχής και οπτικών-χωρικών ικανοτήτων. Οι νέες ή επιδεινούμενες διαταραχές στο τομέα της γνωστικής ή ψυχικής υγείας παραμένει για μήνες έως χρόνια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και συνδέονται με την κακή καθημερινή λειτουργία και μειωμένη ποιότητα ζωής.

Ένας αριθμός μηχανισμών (π.χ., φλεγμονή, υποξία και δυσλειτουργία γλυκόζης) έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες κινδύνου για γνωστικές διαταραχές και προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι στα αρχικά στάδια. Αρκετά σημαντικοί είναι οι παράγοντες κινδύνου για μακροχρόνιες γνωστικές διαταραχές που περιλαμβάνουν παραλήρημα (οξεία γνωστική δυσλειτουργία) και ηρεμιστική χρήση. Παρόλο που τα δεδομένα είναι περιορισμένα όσον αφορά τις επιπτώσεις του

παραληρήματος και της κατασταλτικής χρήσης στη γνωστική λειτουργία μετά από κρίσιμη ασθένεια, τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι μπορεί να μην είναι το παραλήρημα και η ηρεμιστική χρήση αβλαβή όπως νομίζαμε προηγουμένως. (Girard TD et al., 2010)

Μια μελέτη σε ασθενείς με κρίσιμη νόσο σχετικά με το παραλήρημα ανέφεραν περισσότερα γνωστικά προβλήματα σε σύγκριση με ασθενείς με κρίσιμη νόσο χωρίς παραληρήματα. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη διάρκεια παραληρήματος με μεγαλύτερα ελλείμματα μνήμης, όπως η ανάμνηση ονομάτων. (Pandharipande PP et al., 2013)

Σε μια δεύτερη μελέτη που διεξάχθηκε από τους Girard et al αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ της διάρκειας παραληρήματος και της γνωστικής λειτουργίας, απέδειξε ότι το παραλήρημα σχετίζεται με σοβαρές γνωστικές διαταραχές σε 3 και 12 μήνες μετά την έξοδο και προσαρμογή του ασθενή από την ΜΕΘ σχετικά με την ηλικία, την εκπαίδευση, προϋπάρχουσα γνωστική λειτουργία, την σοβαρότητα της νόσου και την σηψαιμία. (Girard TD et al., 2010)

Σε μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύομενους ηλικιωμένους ασθενείς βρέθηκε παραλήρημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, γεγονός που αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, ακόμη και μετά από την προσαρμογή τους, και είχε επιβαρυντικό παράγοντα ανάλογα την ηλικία, το φύλο, μια συνυπάρχουσα ασθένεια ή τη σοβαρότητα της ασθένειας και την άνοια. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι εάν το παραλήρημα μειώνεται, μπορεί να υπάρξει ταυτόχρονη βελτίωση σε γνωστικά αποτελέσματα. (Fogg C et al., 2018)

Αν και τα δεδομένα είναι περιορισμένα όσον αφορά τις επιδράσεις των ηρεμιστικών σε μακροχρόνια γνωστικά και ψυχικά αποτελέσματα υγείας, πολλές είναι οι μελέτες που δείχνουν ότι τα ηρεμιστικά είναι παράγοντες κινδύνου για τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς με κρίσιμη αρρώστια που βίωσαν ηρεμιστικές μνήμες που προκλήθηκαν από ηρεμιστικές ουσίες ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν PTSD μετά από την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Επιπλέον, οι υψηλές δόσεις βενζοδιαζεπινών κατά τη διάρκεια της θεραπείας στη ΜΕΘ, συνδέονται με υψηλότερο ποσοστό PTSD 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σε επιζώντες από μια κρίσιμη ασθένεια. Έτσι, μια στρατηγική για μείωση της ηρεμιστικής χρήσης συσχετίστηκε με μειωμένο επιπολασμό του PTSD. Οι αρνητικές συνέπειες των ηρεμιστικών για την ψυχική υγεία διαρκούν μήνες μετά το νοσοκομείο. (Marra A et al., 2018)

Αν και η μείωση της ηρεμιστικής έκθεσης του φαρμάκου φαίνεται να βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία του ασθενή για τους πρώτους μήνες μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, δεν υπήρχε μακροπρόθεσμο όφελος από τα γνωστικά αποτελέσματα. Επιπλέον, η διάρκεια ενός παραληρήματος επηρεάζει δυσμενώς τη γνωστική λειτουργία για μήνες μετά από την έξοδο του ασθενή από την ΜΕΘ.

Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η μείωση του επιπολασμού ή της διάρκειας του παραληρήματος μπορεί να μεταφραστεί σε βελτιωμένα μακροχρόνια αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Τα δεδομένα είναι λιγότερο σαφή όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της μειωμένης ηρεμιστικής έκθεσης και των μακροχρόνιων γνωστικών βλαβών. Απαιτείται συμπληρωματική έρευνα να καθορίσει εάν η μείωση των ηρεμιστικών θα βελτιώσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της γνωστικής και ψυχικής υγείας.

Το πρότυπο φροντίδας στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) μετρείται πάντοτε σε όρους θνησιμότητας. Καθώς αλλάζει η υγειονομική περίθαλψη, εμφανίζεται μια αλλαγή που περιλαμβάνει την πρόληψη των επιπλοκών που σχετίζονται με τη φροντίδα που παρέχεται στη ΜΕΘ. Οι στόχοι της κρίσιμης φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνουν την πολυεπιστημονική προσέγγιση για την πρόληψη των μακροπρόθεσμων συνεπειών της.

Εκατομμύρια ασθενείς παίρνουν εξιτήριο από την ΜΕΘ ετησίως. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες των κρίσιμων ασθενειών αυξάνουν τη σημασία τους καθώς ο γηράσκων πληθυσμός αυξάνει τη ζήτηση για νοσηλεία σε ΜΕΘ και η βραχυπρόθεσμη θνησιμότητα μετά από μια κρίσιμη ασθένεια μειώνεται.

Οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι τόσο η οικογένεια όσο και η εμπειρία της οικογένειας των ασθενών, τα θέματα ψυχικής υγείας και οι επιζώντες των κρίσιμων ασθενειών είναι γνωστικές και σωματικές βλάβες που συχνά παραβλέπονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι στρατηγικές που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία πρέπει να αναπτυχθούν ως πρότυπο εκ των οποίων θα πραγματοποιούνται για όλους τους ασθενείς στις ΜΕΘ για την πρόληψη επιπλοκών.

Η εξερεύνηση της βιβλιογραφίας για συνηθισμένες επιπλοκές μετά τη έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Νευρομυϊκές επιπλοκές: Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο και ονομάζεται «αδυναμία που αποκτήθηκε από την ΜΕΘ», την παρουσιάζουν έως και 50% της ΜΕΘ ασθενείς με σηψαιμία, πολυοργανική ανεπάρκεια και παρατεταμένη διάρκεια μηχανικού αερισμού και μπορεί να αντιμετωπίσει σοβαρή αναπηρία εμποδίζοντας το ανεξάρτητο περπάτημα μετά την έξοδο του ασθενή από τη ΜΕΘ. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας χρησιμοποιείται για να περιγραφεί η απατηλή αδυναμία διάχυτη, συμμετρική,

γενικευμένη μυϊκή αδυναμία που αναπτύσσεται μετά την εμφάνιση κρίσιμης ασθένειας χωρίς άλλες αναγνωρίσιμες αιτίες.

Σε μερικούς από αυτούς τους ασθενείς, η αδυναμία μπορεί να υπάρξει έως και 5 χρόνια μετά την έξοδο από την ΜΕΘ. Μυϊκή ατροφία που συμβαίνει εν μέρει από τον ασθενή που ακινητοποιείται κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στη ΜΕΘ, αναγνωρίζεται ως ένας κοινός παράγοντας νευρομυϊκής επιπλοκής.

Φυσική λειτουργία: Πολλοί επιζώντες της ΜΕΘ αναφέρουν περιορισμό στη φυσική λειτουργία, ο οποίος είναι αργός να βελτιωθεί. Η μη συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες αναφέρθηκε σε όλους τους επιζώντες της ΜΕΘ που αξιολογήθηκαν την πρώτη εβδομάδα μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ. Δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης έχουν συσχετιστεί με σωματικές βλάβες μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ, συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας κινητοποίησης και πρόσφυσης δύναμης. Σε 70% των ασθενών ΜΕΘ στους οποίους έγινε χρήση παρατεταμένου μηχανικού αερισμού, εμφανίζεται δυσκολία σε βασικές δραστηριότητες, όπως λήψη φαρμάκων και να ψωνίζουν ανεξάρτητοι, γεγονός που εξακολουθούσε να υφίσταται κατά τη διάρκεια της μονοετούς παρακολούθησης.

Παράγοντες κινδύνου στην ΜΕΘ που σχετίζονται με την εξασθένηση της φυσικής λειτουργίας μπορεί να είναι η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών, η έλλειψη κινητικότητας κατά τη διάρκεια της ΜΕΘ και η παρατεταμένη πνευμονική αποκατάσταση.

Ψυχιατρικές: Ψυχιατρικές επιπλοκές σε επιζώντες της ΜΕΘ συχνά εμφανίζονται. Συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους είναι τα πιο συνηθισμένα. Σε μια συστηματική ανασκόπηση των επιζώντων στη ΜΕΘ, το 8% έως 57% ανέφερε σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την καταστολή της ΜΕΘ και το επεισόδιο παραληρήματος ενώ βρίσκονται στη ΜΕΘ. (Scruth EA., 2014)

Μέσω της πρόσβασης στην υπάρχουσα Υγεία και Μελέτη Συνταξιοδότησης (1998-2008) των ενηλίκων ηλικίας άνω των 50 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες, εντοπίστηκαν 929 ζεύγη ασθενών-συζύγων για εκείνους που νοσηλεύονταν για σοβαρή σήψη και εξέτασαν αν το επεισόδιο αυτό αύξησε τον κίνδυνο των συζύγων για κατάθλιψη. Συγκρίνοντας την προηγούμενη κατάστασή τους και μετά τη σοβαρή επικράτηση της σηψαιμίας, διαπίστωσαν σχεδόν τετραπλάσια αύξηση στις πιθανότητες συζύγων να αναπτύξουν κατάθλιψη και σχεδόν τριπλάσια αύξηση των συζύγων. Ο επιπολασμός δεν σχετίζεται με το εάν ο / η σύζυγος επέζησε ή όχι, αλλά η κατάθλιψη ήταν πιο πιθανή όταν ο ασθενής ήταν ανάπηρος.

- Τα ποσοστά θνησιμότητας ενός έτους για τους ασθενείς κυμαίνονται από 26% έως 63%.
- Η αδυναμία που έχει αποκτηθεί από την ΜΕΘ εμφανίζεται στο 25% - 50% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μηχανικό αερισμό και σε ποσοστό 50% -75% των ασθενών με σηψαιμία 4-7 ημέρες.
- 85% έως 95% των ασθενών με εξασθενημένη από τη ΜΕΘ αδυναμία έχουν συμπτώματα που παραμένουν για 2-5 έτη.
- 50% έως το 70% των ασθενών αντιμετωπίζουν δυσκολίες με δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης ή με οργανικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής 1 χρόνο αργότερα. Αντίστοιχα και στην παρούσα μελέτη η μείωση των δραστηριοτήτων εμφανίζεται σε ποσοστό 63,3%.
- 30% έως το 80% των ασθενών έχουν γνωστική δυσλειτουργία και μπορεί να μην επιστρέψουν στο επίπεδο της γνώσης που κατείχαν πριν από την ΜΕΘ. Σε ανάλογα επίπεδα κυμαίνεται και το ποσοστό στην συγκεκριμένη έρευνα με 35,2%.
- Το 10% έως 50% των ασθενών εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, μετατραυματικού στρες και διαταραχές ύπνου, τα οποία μπορεί να παραμείνουν επί χρόνια.
- Το 50% των ασθενών με σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (μέση ηλικία 45 ετών) δεν επέστρεψε στην εργασία μετά από 1 έτος και το 33% δεν το κάνει ποτέ.
- Το 50% των ασθενών απαιτεί βοήθεια για 1 χρόνο αργότερα. Το 30% των μελών της οικογένειας έχουν συμπτώματα κατάθλιψης και το 70% έχουν συμπτώματα άγχους.
- Το 33% των μελών της οικογένειας έχουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής άγχους, τα οποία μπορεί να επιμείνουν για ≥ 4 έτη. (Harvey MA., 2012)

Περιορισμοί Μελέτης

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος καθορίζεται από δύο στοιχεία κυρίως: α) τη μέθοδο επιλογής των υποκειμένων που θα αποτελέσουν το δείγμα, και β) το μέγεθος του δείγματος.

1. Περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι το δείγμα έχει να κάνει μόνο με την περιοχή της Κρήτης και δεν είναι γνωστό αν τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν.
2. Το μέγεθος του δείγματος δεν είναι αρκετά μεγάλο.
3. Ένα άλλο πρόβλημα είναι επίσης η άρνηση κάποιων να συμμετέχουν στην μελέτη ή τα λάθος τηλέφωνα και οι αναπάντητες κλήσεις, που ήταν αιτία να μην είναι εφικτό η επικοινωνία με πολλούς ασθενείς.

Συμπεράσματα

Η πρόοδος στο φάρμακο κρίσιμης φροντίδας και κατά συνέπεια, η αύξηση της επιβίωσης μετά από μια κρίσιμη ασθένεια οδήγησαν στην ανακάλυψη σημαντικών λειτουργικών αναπηριών που πολλοί από τους επιζώντες ασθενείς υποφέρουν. Αυτό οδήγησε σε περαιτέρω έρευνα στην οποία επικεντρώνεται βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σχετικά με τους επιζώντες κρίσιμης νόσου και της ανάκτησης της λειτουργικότητά τους.

Ως Σύνδρομο μετά την εντατική θεραπεία (PICS) περιγράφεται η αναπηρία που παραμένει μέσα από την επιβίωση μιας κρίσιμης ασθένειας. Αυτό περιλαμβάνει την εξασθένηση της γνώσης, της ψυχολογικής υγείας και τη διαταραχή της φυσικής λειτουργίας του επιζώντος της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Συνέπεια αυτού είναι το γεγονός ότι η ψυχολογική υγεία των μελών της οικογένειας του επιζώντος μπορεί επίσης να επηρεαστεί με αρνητικό τρόπο. Το PICS ορίζεται ως νέα ή επιδεινούμενη βλάβη στη φυσική (νευρομυϊκή αδυναμία), γνωστική (σκέψη και την κρίση), ή την κατάσταση ψυχικής υγείας που προκύπτει μετά από κρίσιμη ασθένεια και επιμένει μετά την έξοδο του ασθενή από το θεραπευτικό περιβάλλον.

Το PICS αναφέρεται στα οξεία και χρόνια ψυχολογικά αντίκτυπα στον ασθενή και στην οικογένειά του και περιλαμβάνει συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες κατά τη διάρκεια της κρίσιμης ασθένειας του πάσχοντος όπως τα συμπτώματα μετά από ένα θάνατο ή απομάκρυνση ενός αγαπημένου προς την οικογένεια μέλους από τη ΜΕΘ. Έχει παρατηρηθεί ότι έως και 30% της οικογένειας ή οι φροντιστές αντιμετωπίζουν άγχος, κατάθλιψη και περίπλοκη θλίψη.

Η επιβίωση από μια κρίσιμη ασθένεια συνδέεται με επίμονες και σοβαρές σωματικές, γνωστικές και ψυχολογικές νοσηρότητες. Η Εταιρεία της Ιατρικής Κρίσιμης Φροντίδας έχει αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές για τον πόνο, την αναταραχή και τις παραλήψεις και έχει προωθήσει την κινητικότητα για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με κρίσιμη κατάσταση. Μια ομάδα εργασίας έχει αναπτύξει εργαλεία για τη διευκόλυνση και την ταχεία εφαρμογή της μετάφρασης των συστάσεων κατευθυντηρίων γραμμών στην πράξη.

Η Εταιρεία της Ιατρικής Κρίσιμης Φροντίδας έχει επίσης συγκεντρώσει μια ομάδα εργασίας για να αξιολογήσει τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της κρίσιμης ασθένειας. Ο Davidson το 2013 αναφέρεται στη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ του πόνου, της αναταραχής και των κατευθυντηρίων παραλλαγών, των συστάσεων για την κινητικότητα

και της πρωτοβουλίας για το σύνδρομο μετά την εντατική θεραπεία. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών για τον πόνο, την ανησυχία και το παραλήρημα λαμβάνοντας υπόψη τα τρέχοντα δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία και τις πιθανές παρεμβάσεις είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα προς τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. (Davidson JE et al., 2013)

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με βάση τους ασθενείς στη ΜΕΘ της Ολλανδίας και των διαθέσιμων βιβλιογραφικών πηγών, προτάθηκε να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) οι οποίοι θα μπορούσαν να αποφύγουν την επαφή με τη ΜΕΘ. Παρόλο που οι ασθενείς με νευρολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως υποβάλλονται σε ειδική θεραπεία μετά την αποβολή από το νοσοκομείο, συνιστάται να προσκαλούνται και αυτοί οι ασθενείς.

Οι συγγενείς συχνά εκπληρώνουν άτυπη φροντίδα μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Ψυχολογικά συμπτώματα του PTSD, το άγχος και η κατάθλιψη είναι κοινές μεταξύ των εταίρων. Οι ασθενείς μετά από τη ΜΕΘ ενδέχεται να υποστούν αλλοίωση της ποιότητας ζωής τους για μήνες. Οι συμμετέχοντες στη διάσκεψη τόνισαν ότι η προϋπάρχουσα λειτουργία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Θεωρήθηκε ότι ένα σύνολο πυρήνων όργανα ελέγχου της ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, PTSD), γνωστικές διαταραχές (εκτελεστική λειτουργία, μνήμη, προσοχή, ορατό-χωρική, ταχύτητα νοητικής επεξεργασίας) και σωματικές βλάβες (πνευμονική, νευρομυϊκή, λειτουργία) θα διευκολύνει και θα βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας στις κλινικές μετά την ΜΕΘ.

Αυτό θα επιτρέψει επίσης τη συγκριτική αξιολόγηση και τη συστηματική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ασθενών για ερευνητικούς σκοπούς και την εύρεση στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΜΕΘ στις κλινικές. (VAN DER SCHAAF M et al., 2015)

Προτάσεις

Ο αυξανόμενος αριθμός επιζώντων κρίσιμης ασθένειας κινδυνεύει από σωματικές, γνωστικές ή / και ψυχικές διαταραχές που μπορεί να παραμείνουν για μήνες ή χρόνια μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το πλαίσιο του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα που περιλάμβανε αυτές τις πολυδιάστατες νοσηρότητες αναπτύχθηκε στο συνέδριο του Society of Critical Care Medicine του 2010 με σκοπό τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων μετά από κρίσιμη ασθένεια για τους επιζώντες και τις οικογένειές τους.

Αποτελέσματα της συνάντησης ήταν ο προγραμματισμός μελλοντικών σχεδίων σχετικά με: 1) την αναγνώριση, πρόληψη και θεραπεία του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία, 2) την οικοδόμηση στρατηγικών για τη θεσμική ικανότητα υποστήριξης και συνεργασίας με τους επιζώντες και τις οικογένειες, και 3) την κατανόηση και την αντιμετώπιση εμποδίων στην πράξη. Αναγνωρίστηκε η ανάγκη για συστηματική και συχνή εκτίμηση του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ρητής «λειτουργικής συμφιλίωσης» (αξιολόγηση των κενών μεταξύ της προ-εντατικής θεραπείας και της τρέχουσας λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς σε όλες τις ενδοεπιχειρησιακές και διοργανικές μεταβάσεις της φροντίδας). Οι μελλοντικές περιοχές έρευνας για το σύνδρομο μετά την εντατική φροντίδα εντοπίστηκαν σε όλο το εύρος της ανάκαμψης: χαρακτηρισμός ασθενών σε κίνδυνο (συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης παραγόντων κινδύνου, μηχανισμών τραυματισμού και βέλτιστων μέσων επιλογής), παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας και έρευνας για ασθενείς και οικογένειες.

Συμπεράσματα: Η ευαισθητοποίηση του κοινού για το σύνδρομο μετά την εντατική φροντίδα για το κοινό και τόσο οι κλινικοί γιατρούς όσο και οι κλινικοί γιατροί που δεν συνδέονται με την κλινική φροντίδα θα συμβάλλουν σε μια πιο συντονισμένη προσέγγιση για τη θεραπεία και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης μετά από κρίσιμη ασθένεια. Απαιτείται συνεχής εννοιολογική ανάπτυξη και συνεργασία με ενδιαφερόμενους. (Elliott D et al., 2014)

Η επιβίωση των ασθενών με σοβαρή ασθένεια έχει βελτιωθεί την τελευταία δεκαετία λόγω της προόδου που έχει σημειωθεί στην ιατρική περίθαλψη. Μερικοί από αυτούς τους επιζώντες αναπτύσσουν γνωστική, ψυχιατρική και / ή σωματική αναπηρία μετά από θεραπεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), η οποία αναγνωρίζεται πλέον ως μετα-εντατική περίθαλψη σύνδρομο (PICS). Δεδομένης της περιορισμένης

ευαισθητοποίησης σχετικά με το PICS, αυτή η πτυχή συχνά παραβλέπεται, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ποιότητα ζωής και να προκαλέσει πολλά δεινά στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η πραγματοποίηση προσπαθειών για την αποτροπή της ελαχιστοποίησης του PICS, είναι αναγκαία, για την καταστολή και πρόωμη κινητοποίηση κατά τη διάρκεια της ΜΕΘ. Όλοι οι επιζώντες που ενδιαφέρονται για την περίθαλψη θα πρέπει να αξιολογηθούν.

Τα PICS και όσοι έχουν σημάδια και συμπτώματα πρέπει να διοικούνται από μια πολυεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει ιατρούς κρίσιμης φροντίδας, νευροψυχίατρο, φυσιοθεραπευτή και αναπνευστικό θεραπευτή, με τη χρήση φαρμακολογικών και μη-φαρμακολογικών επεμβάσεων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας οργανωτικής αλλαγής και βελτίωσης, έχοντας γνώση του υψηλού ποσοστού εμφάνισης του PICS και τις δυσμενείς επιπτώσεις του στη ζωή του επιζώντος, στις καθημερινές του δραστηριότητες, αλλά και στην επίδραση στην οικογένεια του.

Όλοι οι ασθενείς που γίνονται δεκτοί στη ΜΕΘ πρέπει να υποβάλλονται σε ψυχολογική αξιολόγηση που περιλαμβάνει: (α) ιστορικό προσοχής, (β) ικανότητα προσαρμογής στο στρες στο παρελθόν, (γ) το ιστορικό φαρμάκων, (δ) την τρέχον ψυχική και κλινική κατάσταση και (ε) τους περιβαλλοντικούς και οικογενειακούς παράγοντες.

Η θεραπεία του συνδρόμου της ΜΕΘ περιλαμβάνει: (α) την εξάλειψη ή διόρθωση των αιτιολογικών παραγόντων, (β) την κατάλληλη χορήγηση ηρεμιστικών (αγχολυτικών και αντιψυχωσικών παράγοντες), (γ) μείωση ή εξάλειψη των πηγών περιβαλλοντικού στρες και (δ) συχνή επικοινωνία ασθενών και οικογένειας.

Όπως είναι γνωστό, "Η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία", το ίδιο υποδηλώνεται και για τη διαχείριση του PICS. Οι πιο βασικές προληπτικές στρατηγικές που αποδείχθηκαν θετικές εμποδίζοντας τις μακροχρόνιες λειτουργικές αναπηρίες που συνδέονται με PICS περιλαμβάνουν τον περιορισμό της χρήσης βαθιάς καταστολής ενθαρρύνοντας την πρόωρη κινητικότητα στους ασθενείς της ΜΕΘ, μαζί με σωματική και επαγγελματική θεραπεία. Αυτό απαιτεί μια πολυεπιστημονική προσέγγιση για το καλύτερο αποτέλεσμα και επιτυχημένη διαχείριση.

Η δέσμη ABCDE έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπό την καλή προληπτική δράση. Αυτό περιλαμβάνει:

A: Αφύπνιση (με ελαφριά ή ελάχιστη καταστολή)

B: Αναπνοή (δοκιμές αυθόρμητης αναπνοής)

C: Συντονισμός φροντίδας και επικοινωνίας μεταξύ διαφόρων επιστημονικών κλάδων

D: Παρακολούθηση παραληρήματος, αξιολόγηση και διαχείριση

E: Πρόωρη κινητοποίηση στην ΜΕΘ

Πρόσθετες παρεμβάσεις για την πρόληψη των PICS περιλαμβάνουν:

- Αποφυγή υπογλυκαιμίας και υποξαιμίας.
- Ημερολόγια της ΜΕΘ: Διατήρηση του ημερολογίου της ΜΕΘ από τα μέλη της οικογένειας, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ή και τους δύο κατά τη διάρκεια του ασθενούς που παραμένει στη ΜΕΘ. Έχει αποδείξει ότι μειώνει τα συμπτώματα της PTSD, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα ολιστικό εργαλείο για την παροχή στήριξης και φροντίδας στον ασθενή και στην οικογένειά του.
- Δημιουργία κλινικών μετά τα ΤΕΠ για την κατάλληλη παροχή συμβουλών και υποστήριξης σχετικά με την παρακολούθηση των ασθενών και της οικογένειάς τους. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει επίσης να παρέχουν κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με τους πόρους που συμβάλλουν στην προώθηση της αποκατάστασης.
- Διατήρηση της καλής θρεπτικής κατάστασης και επαρκούς ύπνου του ασθενούς.

Η κατάθλιψη, το άγχος και η PTSD αντιμετωπίζονται με τον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και μη φαρμακολογικής υποστήριξης, και με ψυχολογικές και συμπεριφορικές θεραπείες. Η φυσική δυσλειτουργία απαιτεί ένα διεπιστημονικό θεραπευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει άσκηση, φυσιοθεραπεία, και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης.

Η συνεχής και αδιάλειπτη προσπάθεια, η φροντίδα και ο χρόνος που αφιερώνεται είναι απαραίτητα συστατικά για τον σχηματισμό ενός πολυεπιστημονικού σχεδίου διαχείρισης το οποίο μπορεί να βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη λειτουργία, την ικανότητα και την ποιότητα ζωής των επιζώντων της ΜΕΘ και των οικογενειών τους. (Gautam Rawal et al., 2017)

Εκατομμύρια ασθενείς παίρνουν εξιτήριο από μονάδες εντατικής θεραπείας ετησίως. Αυτοί οι επιζώντες εντατικής θεραπείας και οι οικογένειές τους συχνά αναφέρουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών στην κατάσταση της υγείας τους, οι οποίες μπορεί να διαρκέσουν από μήνες έως και χρόνια μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Στόχος μιας της έρευνας ήταν να αναφερθούν σε ένα συνέδριο 2 ημερών πρακτικές που στόχευαν στη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι ενδιαφερόμενοι παρείχαν αντιδράσεις, προοπτικές, ανησυχίες και στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της περίθαλψης και τον μετριασμό αυτών των μακροπρόθεσμων προβλημάτων υγείας.

Από τη διάσκεψη προέκυψαν τρία σημαντικά θέματα: (1) ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση, (2) κατανόηση και αντιμετώπιση φραγμών στην πρακτική, και (3) εντοπισμός ελλείψεων και πόρων στον τομέα της έρευνας. Το σύνδρομο της μετεγχειρητικής φροντίδας κατέληξε ως ο συνιστώμενος όρος για να περιγράψει νέα ή επιδεινούμενα προβλήματα στη σωματική, νοητική ή ψυχική κατάσταση που προκύπτουν μετά από μια κρίσιμη ασθένεια και συνεχίζουν ακόμα και μετά τη νοσηλεία των ασθενών.

Ο όρος μπορεί να εφαρμοστεί είτε σε επιζώντα είτε σε μέλος της οικογένειας. Η βελτίωση της περίθαλψης των επιζώντων εντατικής θεραπείας και των οικογενειών τους απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και ερευνητών τόσο στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδό τους από αυτό. Δημιουργήθηκαν στρατηγικές για την αντιμετώπιση των σημαντικών θεμάτων που προκύπτουν από τη διάσκεψη για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους επιζώντες και τις οικογένειες. (Needham DM et al., 2012)

Το Σεπτέμβριο του 2010 συγκλήθηκε μια διάσκεψη με έναν ζωτικής σημασίας γενικό στόχο για τον τομέα της Ιατρικής Κρίσιμης Φροντίδας: βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων των ασθενών και των μελών των οικογενειών τους μετά από νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Με γνώμονα το τέλος, οι ενδιαφερόμενοι ξεκίνησαν ένα πιο κοντινό στόχο: "να κατανοήσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των ασθενών που υπόκεινται σε εντατική θεραπεία και των οικογενειών τους. "Για να διευκολυνθεί αυτός ο στόχος, και ταυτόχρονα να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση, αναδείχθηκε ο όρος "μετά την εντατική φροντίδα σύνδρομο" (PICS). Ο όρος, ο οποίος σχεδιάστηκε ώστε να εφαρμόζεται στους επιζώντες και τα μέλη της οικογένειας αυτών (προβλήματα ψυχικής υγείας και διαταραχές ύπνου που εξακολουθούν να επηρεάζουν τα μέλη της οικογένειας από εκείνους που πρόσφατα ήταν άρρωστοι σοβαρά [PICS-F]), περιλαμβάνει τις επιζήμιες αλλαγές στη γνώση, την ψυχική υγεία και τη σωματική λειτουργία, την οποία τα άτομα αντιμετωπίζουν μετά από κρίσιμη φροντίδα.

Ταυτόχρονα, η ιατρική κοινότητα φαίνεται να έχει υψηλότερη επίγνωση του PICS, και συνειδητοποίηση προς αυτό. Είναι τώρα επιβεβαιωμένο ότι τα PICS και PICS-F είναι κοινά, έχουν μια βαθιά και μόνιμη επίδραση στους ασθενείς, τις οικογένειες και την κοινωνία, και ότι η σηψαιμία διαδραματίζει βασικό ρόλο στη σχέση μεταξύ κρίσιμης ασθένειας και PICS. Και όμως, θεμελιώδες τα επιδημιολογικά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα χωρίς αμφιβολία. Για παράδειγμα, ποιο ποσοστό των επιζώντων βιώνει PICS στις 3 και 12 μήνες; Μπορούμε να προβλέψουμε ποιος θα αναπτύξει PICS; Και, μεταξύ

εκείνων που αναπτύσσουν PICS, η συνύπαρξη φυσικής και ψυχικής υγείας καθορίζει τον κανόνα ή την εξαίρεση;

Τα κύρια πλεονεκτήματα της μελέτης από τους Marra και συν. περιλαμβάνουν την υιοθέτηση ενός μέτρου έκβασης ADL, σε αντίθεση με τα παραδοσιακά φυσικά μέτρα αποτελεσμάτων, όπως η μυϊκή δύναμη, η αντοχή στις μετρήσεις ή η δοκιμή της πνευμονικής λειτουργίας.

Εμφανίζονται στοιχεία που αποδεικνύουν ότι αυτός ο τύπος προσέγγισης στα αποτελέσματα των μετρήσεων έχει μεγαλύτερη σημασία για τους επιζώντες από τα τυποποιημένα φυσιολογικά μέτρα και ότι τα καθημερινά λειτουργικά μέτρα πρέπει να είναι εστιαζόμενα σε μακροχρόνιες δοκιμές στο πεδίο της κρίσιμης φροντίδας. Ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων και το ποσοστό επιτυχίας αποτελούν πρόσθετα βασικά πλεονεκτήματα της έρευνας.

Είναι άξιο να αναφερθεί ότι χαράζεται μια νέα πορεία προς τα εμπρός στην επιβίωση, εξαιτίας στην εστίαση στους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι είναι καθοριστικοί για την υγεία. Η προσδιορισμένη σχέση μεταξύ υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και η δυνατότητα να παραμείνει απαλλαγμένη συμπτωμάτων του PICS, αναδεικνύει μια νέα πορεία προς τα εμπρός για την επιβίωση.

Στοιχεία από όλες τις κοινωνικές επιστήμες έχουν αποδείξει ότι ισχυρά εκπαιδευτικά ιδρύματα μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη της υγείας. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση μπορεί να προάγει υποστηρικτικές κοινωνικές συνδέσεις, να διευκολύνει την πρόσβαση σε μεγαλύτερο κοινό και να συμβάλλει στην ανάπτυξη της δια βίου μάθησης και την επίλυση προβλημάτων βοηθώντας στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και εκτίμησής του από την κοινότητα. Αυτοί είναι σημαντικοί κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ευημερίας και χαρακτηριστικά που φαίνονται καλά ευθυγραμμισμένα για τη συμβολή τους στην αποκατάσταση σε επικίνδυνη ασθένεια.

Πράγματι, αν θέλουμε να δημιουργήσουμε μια κουλτούρα αντοχής και μετατραυματικής ανάπτυξης σε αυτόν τον πληθυσμό, φαίνεται ότι τα παραπάνω αποτελούν σημαντικά στοιχεία κάθε προγράμματος αποκατάστασης. Δυστυχώς, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ασθενή μας και ο πληθυσμός δεν είναι κάτι που μπορεί να τροποποιήσει ένας κλινικός ιατρός.

Παρ'όλα αυτά, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αυτοί οι σημαντικοί κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες, η υγεία και η ευημερία αλληλεπιδρούν με την αποκατάσταση από την κρίσιμη φροντίδα είναι ζωτικής σημασίας. Εκτός από τα προϋπάρχοντα

κοινωνικά ζητήματα, νέα θέματα εκδήλωσης όπως η κοινωνική απομόνωση και τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν μετά από μια κρίσιμη φροντίδα.

Περαιτέρω διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο υποστηρίζουμε τα άτομα σε κάθε μια από αυτές τις διαστάσεις θα αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα δημιουργώντας ασφαλείς και αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο μέλλον. Πρέπει να διεξαχθούν μελλοντικές έρευνες για να ξεπεραστεί η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας, τόσο ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη κρίσιμης ασθένειας όσο και την ανάκτηση από αυτήν.

Δεύτερον, αν και τα αποτελέσματα υποστηρίζουν το γεγονός ότι ετερογενείς τύποι των PICS υπάρχουν, δεν είναι σαφές εάν αυτό ισχύει για τον πληθυσμό των επιζώντων που προϋπήρχαν με δυσλειτουργίες.

Τρίτον, δεδομένης της σημασίας που διαδραματίζει το κοινωνικό υπόβαθρο στην υγεία, αποσκοπεί στην εξάλειψη μεταξύ φυσικών και νευροψυχολογικών βλαβών.

Το PICS ήταν μια ιδέα που δημιουργήθηκε σχεδόν πριν από μια δεκαετία. Έκτοτε, η κατανόηση μας για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και για το πόσο συχνά τις αντιμετωπίζουν έχει λάβει πιο σταθερές και τεκμηριωμένες διαστάσεις. Το άρθρο των Magra και συν. επιβεβαιώνει ότι το PICS είναι ο κανόνας και επίσης θέτει ένα θεμέλιο για μια νέα κατεύθυνση για την πρόβλεψη και την αποκατάσταση των συμπτωμάτων του PICS.

Η μελέτη από τους Magra και συν. συμβάλλει στην κατανόηση πώς κάποια από τα διάφορα στοιχεία του PICS αλληλεπιδρούν και ποιοι ασθενείς κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν μακροπρόθεσμα προβλήματα μετά από την ολοκλήρωση της φροντίδας τους από την ΜΕΘ. Το υποστηρικτικό πεδίο είναι πιο εξοπλισμένο από ποτέ ώστε να εστιάσει πέρα από την καταγραφή και τεκμηρίωση των προβλημάτων που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν και εφαρμόζονται στρατηγικές για την άμβλυνση και αποκατάσταση του συνδρόμου PICS. Η νέα κατεύθυνση για την επίτευξη αυτών των στόχων θα απαιτεί μια σταθερή αντίληψη για το πώς οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, συμπεριλαμβανομένων θεμάτων όπως τα κοινωνικά δίκτυα, η υγειονομική παιδεία και εκπαίδευση, αλληλεπιδρούν με την αποκατάσταση από κρίσιμες ασθένειες.

Επιπλέον, πρέπει να δοθεί έμφαση στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται αυτά τα ζητήματα σε ολόκληρο το ταξίδι κρίσιμης φροντίδας. αυτό περιλαμβάνει τους συναφείς παραμέτρους που φέρνουν ορισμένους ασθενείς στη ΜΕΘ κατά πρώτο λόγο. Μόνο με αυτό γνώμονα θα αρχίσουμε να συνειδητοποιούμε πραγματικά βελτιώσεις στην ποιότητα

ζωής των ασθενών, που όλοι είμαστε πρόθυμοι να αντικρίσουμε. (Marra A et al., 2018)
(Joanne McPeake & Mark E Mikkelsen., 2018)

Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς επηρεάζονται δυσμενώς από την ακινησία και αυτό ήταν το πιο σημαντικό μεταξύ των ασθενών με κρίσιμη νόσο, όπως θεωρούνταν επίσης ότι η θέση και η κατάσταση του αρρώστου δεν τον ευνοούσαν τόσο ώστε να καταφέρει να εκπληρώσει κάποια δραστηριότητα / κινητικότητα. Σύμφωνα με την απόδειξη ότι οι ασθενείς στη ΜΕΘ μπορούν να επωφεληθούν από την πρόωρη κινητοποίηση, όπως συνιστούν οι κατευθυντήριες γραμμές, όταν είναι εφικτό ώστε να μειωθεί η επικράτηση και η διάρκεια του παραληρήματος και για να επιτευχθεί η βελτίωση των λειτουργικών αποτελεσμάτων. (Mortimer DS et al., 2015)

Απαιτείται η επίτευξη κινητοποίησης εντός της διεπιστημονικής ομάδας και συνεργασία μεταξύ πολλών μελών της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης αλλά και την αποδοχή μιας κουλτούρας κινητικότητας μεταξύ των ομάδων.

Η δημιουργία μιας νέας κουλτούρας σχετικά με την κινητικότητα σε μια ΜΕΘ απαιτεί μια σκόπιμη και περιεκτική προσπάθεια να συμμετάσχουν οι ενδιαφερόμενοι-ιατροί, νοσηλευτές, αναπνευστικοί θεραπευτές, φυσιοθεραπευτές και άλλοι και το όφελός τους από την παροχή ενός πρωτοκόλλου ως γνώμονα για την καθοδήγηση της διαχείρισης των ασθενών. Ένα σημαντικό βήμα στην πρόωπη φυσική αποκατάσταση και κινητοποίηση είναι ο προσδιορισμός του ποιοι ασθενείς μπορούν να συμμετάσχουν με ασφάλεια σε ένα πρόγραμμα άσκησης και κινητοποίησης.

Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών θα αποτρέψει το PICS. Η επικοινωνία σχετικά με τα πιθανά αποτελέσματα θα πρέπει να παρέχονται στον ασθενή και την οικογένεια, όχι μόνο επειδή οι περισσότεροι ασθενείς έχουν γνωστικές διαταραχές μετά την έξοδό τους από την ΜΕΘ, αλλά μπορεί επιπλέον να μην θυμούνται ή να μην κατανοούν τις πληροφορίες, και είναι αναγκαία η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του αγαπημένου τους προσώπου.

Η παροχή στα μέλη της οικογένειας των σημείων και των συμπτωμάτων του PICS που μπορεί να προκύψουν στην οικογένεια ή τον ασθενή, καθώς και οι παραπομπές παροχών των ιατρικών υπηρεσιών, μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία μετά την έξοδο από την ΜΕΘ και να συμβάλλουν στην αναγνώριση των PICS και PIC-F. Αυτή η πληροφορία μπορεί να συμβάλει στην επικύρωση της εμπειρίας της ΜΕΘ και στην προετοιμασία της οικογένειας πληροφορίες που μπορούν να μοιραστούν με τους κλινικούς ιατρούς μετά την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε περίπτωση εμφάνισης σωματικών, νοητικών ή ψυχικών νοσημάτων. (Davidson JE et al., 2013)

Εξαιτίας αυτών των προβλημάτων και της σημαντικότητας της ευθύνης που αποτελεί ο ρόλος του φροντιστή, η οικογενειακή δυναμική αμφισβητείται. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί επίσης να χρειαστούν να αφήσουν την εργασία τους προκειμένου να μπορέσουν να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα σε εκείνους που το έχουν ανάγκη λόγω της κατάστασής τους ή και για τους εαυτούς τους. Όταν πρόκειται για ιατρικές δαπάνες, η οικονομική ασφάλεια της οικογένειας μπορεί να διατρέχει κίνδυνο. Ένας τρόπος να μειωθεί ο επιπολασμός των PICS σε ασθενείς και στις οικογένειες των ασθενών είναι η πρόληψη ή η ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου που το προκαλούν.

Οι κίνδυνοι για τους ασθενείς περιλαμβάνουν την ακινησία, τον αριθμό των ημερών που υπόκεινται στον μηχανικό αερισμό, την διάρκεια διαμονής τους στη ΜΕΘ, τη βαριά καταστολή, το παραλήρημα, τη σήψη, ARDS, την υπογλυκαιμία και υποξία. Όλα αυτά ήταν το επίκεντρο των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα για άλλους λόγους.

Τώρα που είναι γνωστό ότι αυτοί οι παράγοντες κινδύνου έχουν τη δυνατότητα να αυξάνουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για τους επιζώντες της ΜΕΘ, υπάρχει ακόμη περισσότερο κίνητρο και λόγος για την αντιμετώπισή τους. Εκτός από την πρόληψη των κινδύνων του συνδρόμου εντατικής θεραπείας μέσω ποικίλων στρατηγικών για την άμβλυνση του PICS εντοπίστηκαν και η υιοθέτησή τους εξαπλώνεται.

Η δημιουργία ημερολογίων είναι μια κοινή πρακτική σε όλη την έκταση Ευρώπης. Τα ημερολόγια φυλάσσονται από τις οικογένειες και το προσωπικό για να περιγράψουν τις εμπειρίες του ασθενούς κατά τη διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ. Ενίοτε περιλαμβάνονται σε εικόνες. Όταν διαβάζονται από τον ασθενή μετά την έξοδό του από την ΜΕΘ, τα ημερολόγια μπορούν να γεμίσουν κενά μνήμης, να αντικαταστήσουν ψευδείς αναμνήσεις, να εξαλείψουν τη μελαγχολία που αισθάνονται και να τους βοηθήσει να καταλάβουν τι συνέβη σε αυτούς.

Τα ημερολόγια της ICU απευθύνονται σε PICS μειώνοντας το άγχος, την κατάθλιψη, και συμπτώματα PTSD. Έχουν αποδειχθεί επίσης ότι μειώνουν τα συμπτώματα της PTSD στις οικογένειες. (Harvey MA & Davidson JE., 2016)

Οι επιζώντες μιας επικίνδυνης ασθένειας μπορεί να αναπτύξουν σύνδρομο μετά την επέμβαση (PICS), ένα φάσμα συνθηκών που περιλαμβάνουν επίμονη γνωστική δυσλειτουργία, επίκτητη αδυναμία και ενοχλητικές αναμνήσεις παρόμοιες με διαταραχές μετατραυματικού στρες.

Σχετικά λίγοι επιζώντες της ΜΕΘ παρακολουθούνται συστηματικά στο εξωτερικό ιατρείο από εντατικολόγους, αλλά αξιολογούνται τακτικά από τους γιατρούς

πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τους βοηθούς γιατρών στις πρακτικές τους. Η ειδική και επικεντρωμένη εκπαίδευση σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά του PICS, την επίδρασή του στους ασθενείς καθώς και τα μέλη της οικογένειας και τις πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αυξήσει την αναγνώριση του PICS και να μειώσει την επίδρασή του στους επιζώντες επικίνδυνης νόσου. (Myers EA et al., 2016)

Είναι γνωστό ότι ο αυξανόμενος αριθμός επιζώντων μιας επικίνδυνης για τη ζωή ασθένειας κινδυνεύει από σωματικές, γνωστικές ή / και ψυχικές διαταραχές που μπορεί να παραμείνουν για μήνες ή χρόνια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στο πλαίσιο του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα που περιλάμβανε αυτές τις πολυδιάστατες νοσηρότητες αναπτύχθηκε στο συνέδριο του Society of Critical Care Medicine του 2010 για τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων μετά από κρίσιμη ασθένεια για τους επιζώντες και τις οικογένειές τους.

Στόχος ήταν να αναφερθεί η δέσμευση με μη κρίσιμους παρόχους περίθαλψης και επιζώντες κατά τη διάρκεια της διάσκεψης των ενδιαφερομένων μερών για τη συνθετική περίθαλψη μετά τη συνθετική περίθαλψη της Κοινωνίας της Κλινικής Φροντίδας.

Οι ομάδες εργασίας ανέπτυξαν στρατηγικές και πόρους που απαιτούνται για την ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση, την κατανόηση και την αντιμετώπιση των φραγμών στην κλινική πρακτική και τον εντοπισμό ελλείψεων και πόρων στον τομέα της έρευνας, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και των οικογενειών. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από εκπρόσωπους από 21 επαγγελματικές ενώσεις ή συστήματα υγείας που εμπλέκονται στην παροχή τόσο της κρίσιμης φροντίδας όσο και της αποκατάστασης των επιζώντων στη ΜΕΘ στις Ηνωμένες Πολιτείες και των επιζώντων και μελών της οικογένειας της ΜΕΘ.

Πραγματοποιήθηκε συνάντηση συναίνεσης με τα ενδιαφερόμενα μέρη. Οι ερευνητές παρουσίασαν περιλήψεις σχετικά με τις νοσηρότητες των επιζώντων και των οικογενειών τους, ενώ οι επιζώντες παρουσίασαν τις δικές τους εμπειρίες. Από τα αποτελέσματα της συνάντησης προγραμματίστηκαν μελλοντικά βήματα σχετικά με: 1) την αναγνώριση, πρόληψη και θεραπεία του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία, 2) την οικοδόμηση στρατηγικών για τη θεσμική ικανότητα υποστήριξης και συνεργασίας με τους επιζώντες και τις οικογένειες, και 3) την κατανόηση και την αντιμετώπιση των φραγμών στην πράξη.

Αναγνωρίστηκε η ανάγκη για συστηματική και συχνή εκτίμηση του συνδρόμου μετά την εντατική θεραπεία σε όλη τη συνέχεια της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ρητής «λειτουργικής συμφιλίωσης» (αξιολόγηση των κενών μεταξύ της προ-ΜΕΘ και της

τρέχουσας λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς σε όλες τις ενδοεπιχειρησιακές και διοργανικές μεταβάσεις Φροντίδα).

Οι μελλοντικές περιοχές έρευνας για το σύνδρομο μετά την εντατική φροντίδα εντοπίστηκαν σε όλη τη συνέχεια της ανάκαμψης: χαρακτηρισμός ασθενών σε κίνδυνο (συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης παραγόντων κινδύνου, μηχανισμών τραυματισμού και βέλτιστων μέσων επιλογής), παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας και έρευνας για ασθενείς και οικογένειες.

Αύξηση της ευαισθητοποίησης για το σύνδρομο μετά την εντατική φροντίδα για το κοινό και τους κλινικούς γιατρούς που ενδιαφέρονται τόσο για την κρίσιμη όσο και για την μη κρίσιμη φροντίδα θα ενημερώσει μια πιο συντονισμένη προσέγγιση για τη θεραπεία και την υποστήριξη κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης μετά από κρίσιμη ασθένεια. Απαιτείται συνεχής εννοιολογική ανάπτυξη και δέσμευση με πρόσθετους ενδιαφερόμενους. Αύξηση της συνειδητοποίησης του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα για το κοινό και τόσο τους κλινικούς γιατρούς όσο και στους κλινικούς γιατρούς θα ενημερώσει μια πιο συντονισμένη προσέγγιση για τη θεραπεία και την υποστήριξη κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης μετά από κρίσιμη ασθένεια. Απαιτείται συνεχής εννοιολογική ανάπτυξη και δέσμευση με πρόσθετους ενδιαφερόμενους. Αύξηση της συνειδητοποίησης του συνδρόμου μετά την εντατική φροντίδα για το κοινό και τόσο τους κλινικούς γιατρούς όσο και στους μη κλινικούς γιατρούς. (Elliott D et al., 2014)

Βιβλιογραφία

- Appleton Richard TD et al., K. J. (2015). The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes:A systematic review. *Journal of the Intensive Care Society* , σσ. 16(2) 126–136.
- Bapat V, A. D. (2005, May). Survival and quality of life after cardiac surgery complicated by prolonged intensive care. *Journal of cardiac surgery* , , σσ. 20(3):212-7.
- Berek K et al., M. J. (1996, Feb 12). Polyneuropathies in critically ill patients:a prospective evaluation . *Intensive Care Medicine* , σσ. 22:849-855.
- Bliss EL et al, W. R. (1955). Psychiatric complication of mitral surgery. *American Medicine Association Archives of Neurology and Psychiatry.Report of Death After Electroshock Therapy* , σσ. 249-252.
- Davidson JE et al., H. M.-D. (2013, September). Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and Promoting Patient Mobility to Prevent Post-Intensive Care Syndrome. *Critical Care Medicine* , σσ. 41, 136-145.
- DE Jonghe B et al., S. T.-Z.-G. (2002, Dec 11). Paresis Acquired in the Intensive Care Unit. Aprospective multicenter study. *JAMA* , σσ. Vol 288, No 22.
- Dyer I. (1995, June). Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient! Part I. *Intensive and Critical Care Nursing* , σσ. 130-139.
- Egerton N. & Kay JH. (1964, May). Psychological disturbances associated with open heart surgery. . *British Journal of Psychiatry* , σσ. 433-439.
- Elliott D et al., D.-D. (2014, December). Exploring the Scope of Post–Intensive Care Syndrome Therapy and Care: Engagement of Non–Critical Care Providers and Survivors in a Second Stakeholders Meeting. *Critical Care Medicine* , σσ. Volume 42, Number 12, pp:2518-2526.
- Engel G & Romano J. (1959, February–March). Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. *Journal of Chronic Diseases* , σσ. 9(2-3), 260-277.
- Flaatten H & Kvåle R. (2001, March 6). Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population. *Intensive Care Medicine* , σσ. 27, no. 6, pp. 1005-1011.
- Fogg C et al., G. P. (2018, April 3). Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review. *Int J Geriatr Psychiatry* , σσ. 33:1177–1197.
- Fox HM et al., R. N. (1954, Nov). Psychological observations of patients undergoing mitral surgery. *Psychosomatic Medicine* , σσ. 186-208.

- Gautam Rawal et al., S. Y. (2017, Apr-Jun). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine* , σσ. VOL 5, ISSUE 2, pp:90-92.
- Girard TD et al., J. J. (2010, July). Delirium as a Predictor of Long-Term Cognitive Impairment in Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med.* , σσ. 38(7): 1513–1520. doi:10.1097/CCM.0b013e3181e47be1.
- Granja C, D. C.-P. (2004, February 20). Quality of life of survivors from severe sepsis and septic shock may be similar to that of others who survive critical illness. *Critical Care* , σσ. vol. 8, no. 2, pp. R91-R98. .
- Granja C, T.-P. A.-P. (2002, June 15). Quality of life after intensive care – evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive care medicine* , σσ. vol. 28, no. 7, pp. 898-907.
- Harvey MA & Davidson JE. (2016, February). Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. *Critical Care Medicine* , σσ. Volume 44, Number 2, 44(2), 381-385.
- Harvey MA. (2012). The truth about consequences—Post-intensive care syndrome in intensive care unit survivors and their families. *Crit Care Med* , σσ. Vol. 40, No. 8, 40(8), 2506-2057, DOI: 10.1097/CCM.0b013e318258e943.
- Holland J et al., P. M. (1977, August). Psychological response of patients with acute leukemia to germ-free environments. *CANCER* , σσ. 40(2):871-9.
- Hospital outcomes of older people with cognitive impairment:. (n.d.).
- Joanne McPeake & Mark E Mikkelsen. (2018, September). The Evolution of Post Intensive Care Syndrome. *Critical Care Medicine* , σσ. 46(9), 1551-1552.
- Juliane Mehlhorn J et al., F. A. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review. *Critical Care Medicine* , σσ. 42(5), 1263-1271.
- Kaplan HI & Saddock BJ. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV:148-150*. APA PsycNet.
- Kleek HG. (1984, March). ICU syndrome: onset, manifestation, treatment, stressors and prevention. *Critical Care Quarterly* , σσ. p:21-28.
- Kornfeld DS et al, S. H. (1974, August). Personality and psychological factors in postcardiotomy delirium. *Archives of General Psychiatry* , σσ. pp:249-253.
- Kvåle R, U. A. (2003, Nov 4). Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive care medicine* , , σσ. vol. 29, no. 12, pp. 2149-2156. .
- Leijten FSS et al., D. W.-D. (1996, April 1). Critical illness polyneuropathy in multiple organ dysfunction syndrome and weaning from the ventilator . *Intensive Care Med* , σσ. 22:856-861 .

- Lizana GF, P. B. (2003, July 8). Long-term outcome in ICU patients: What about quality of life?". *Intensive care medicine*, , σσ. vol. 29, no. 8, pp. 1286-1293. .
- Marra A et al., P. P. (2018, September). Co-occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness. *Crit Care Med* , σσ. 46(9): 1393–1401. doi:10.1097/CCM.0000000000003218.
- McGonigal KS. (1986, July). The importance of sleep and the sensory environment to critically ill patients. *Intensive Care Nursing* , σσ. 2(2), 73-83.
- McKegney FP. (1966). The Intensive Care Syndrome. The definition, treatment and prevention of a new "disease of medical progres". *Connecticut Medicine* , σσ. 30(9):633-6.
- Meyer BC. et al, B. R. (1961, May). A clinical study of psychiatric and psychological aspects of mitral surgery. *Psychosomatic Medicine* , σσ. 194-218.
- Mortimer DS et al., D. J. (2015, Febr 10). *Rehabilitation of patients in critical care settings* . Ανάκτηση Μάιος 20, 2020, από aapmr.org: <https://now.aapmr.org/rehabilitation-of-patients-in-critical-care-settings/>
- Myers EA et al., S. D. (2016, April). Post-ICU syndrome: Rescuing the undiagnosed. *JAAPA Journal of the American Academy of Physician Assistants* , σσ. Volume 29, Number 4, 29(4), 34-37.
- Nadelson T. (1976, Feb). The Psychiatrist in the Surgical Intensive Care Unit I. Postoperative Delirium. *Archives of Surgery* , σσ. 111(2), 113.
- Nahum LH. (1965, Nov). Madness in the recovery room from open-heart surgery or "they kept waking me up". *Connecticut Medicin* , σσ. 29(11):771-2.
- Nanas S et al., K. K. (2008, January 7). Predisposing factors for critical illness polyneuromyopathy in a multidisciplinary intensive care unit. *Acta Neurol Scand* , σσ. 118: 175–181 DOI: 10.1111/j.1600-0404.2008.00996.x.
- Needham DM et al., D. J.-D. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* , σσ. Vol. 40, No. 2, 502-509.
- Pandharipande PP et al., G. T.-I. (2013, October 3). Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *N Engl J Med.* , σσ. 369(14): 1306–1316. doi:10.1056/NEJMoa1301372.
- Papathanassoglou ED et al., T. M. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management* , σσ. 13: 154–164.

- Platzer, H. (1987). *Body image - a problem for intensive care patients* . Ανάκτηση Μάρτιος 10, 2019, από Intensive Care Nursing: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0266612X87900265>
- Rebecca Renwick et al., I. B. (1996). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*. SAGE.
- Rokeach J. (1973). *The Nature of Human Values*. . New York: Free Press/Macmillan.
- Scruth EA. (2014, January/February). PostYIntensive Care Syndrome, Preventing Complications and Improving Long-Term Outcomes. *Clinical Nurse Specialist* , σσ. 28(1), 9-11.
- Semantic Scholar*. (n.d.). Ανάκτηση Ιούλιος 2, 2020, από <https://pdfs.semanticscholar.org/8259/057fe3e2212f4afdd5a69bdb4ee618c6f4d8.pdf>
- Shilo L et al., D. Y. (1999, May). Patients in the intensive care unit suffer from severe lack of sleep associated with loss of normal melatonin secretion pattern. *The American Journal of the Medical Sciences* , σσ. Pages 278-281.
- Stevens RD et al., D. D.-T. (2007, June). Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review. *Intensive Care Med* , σσ. DOI 10.1007/s00134-007-0772-2.
- VAN DER SCHAAF M et al., B.-R. F. (2015, February). Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. *MINERVA ANESTESIOLOGICA* , σσ. Vol. 81, No. 2, .
- Weber RJ et al, O. M. (1985, Jan). The intensive care unit syndrome: causes, treatment and prevention. *Drug Intell Clin Pharm* , σσ. 19(1):13-20.
- WHO. (1991). *The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Αβράμη Σ και συν., Α. Γ. (2012, Οκτώβριος – Δεκέμβριος). Το παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του και η σημασία του στην τελική έκβαση των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού* , σσ. 11ος Τόμος, 4ο Τεύχος, σ.549-562.
- Αδάμου Ε και συν., Γ. Κ. (2011, Απρίλιος – Ιούνιος). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής. *Το Βήμα του Ασκληπιού* , σσ. 221-239.
- Ασημακοπούλου Ε. (2012). *Η επικράτηση διαταραχών μετατραυματικού στρες και μείζονος κατάθλιψης σε νοσηλευθέντες σε ΜΕΘ*. Αθήνα: ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διδακτορική Διατριβή.
- Γεωργίου Α. (2011). *Ποιότητα Ζωής ενηλίκων ατόμων μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*. Κύπρος: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή Εργασία.

Γιούρτζντα ΑΜ & Τουλιά Γ. (2015). Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, σσ. 4-18.

Γούλας Γ. (2014). *Ο ρόλος του νοσηλεύτη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*. Διδυμότειχο: ΑΤΕΙ Καβάλας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Δημητρίου Μ. (2012). *Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο*. Διδακτορική Διατριβή, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή επιστημών υγείας.

Ζιακίδου Ε & Κόκκα Ε. (2012). *Ψυχική υγεία και πολιτισμός: Το παράδειγμα της Μόρας ή Υπνικής παράλυσης*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Φιλοσοφική σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας, Πτυχιακή εργασία.

Καραούζα Μ. (2016). «*Ο ρόλος της οικογένειας και της κοινότητας στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*». Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Μεταπτυχιακή εργασία.

Κόλλια Θ & Πρεβύζη Ε. (2015, Απρίλιος - Ιούνιος). Φροντίδα κεντρικών φλεβικών καθετήρων στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, σσ. 83-91.

Κουκούλη Σ και συν., Α. Α. (2013). Διερεύνηση των εμπειριών της οικογένειας νοσηλευόμενων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) τριών νοσοκομείων της Κρήτης. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, σσ. 131-139.

Κωστάλα Ε & Ντιβέρη Ε. (1997). *Υγεία και δείκτες ποιότητας ζωής*. Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή διοίκησης και οικονομίας, Τμήμα διοίκησης μονάδων υγείας, Πτυχιακή εργασία.

Μαστρογιαννάκου Δ και συν, Σ. Π. (n.d.). *Το σύνδρομο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ): Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας - Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου «Σωτηρία»*. Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2019, από Εγκέφαλος: <http://www.encephalos.gr/full/38-3-04g.htm>

Παναγιωτοπούλου Α. (2015). *Ψυχική νόσος και Στίγμα: Διαδικασία αποστιγματισμού στην κοινότητα*. Διδυμότειχο: ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πτυχιακή Εργασία.

Παπαδάκη Μ. (2020, Απρίλιος 22). *Τι είναι το Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*. Ανάκτηση Μάιος 17, 2020, από <https://www.ant1news.gr/eidiseis/article/566265/ti-einai-to-syndromo-monadas-entatikis-therapeias->

Παπάνης Ε & Ρουμελιώτου Μ. (2007, Σεπτέμβριος 22). *Ποιότητα ζωής*. Ανάκτηση Μάιος 17, 2020, από Ελληνική Κοινωνική Έρευνα -Greek Social Research: http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5311.html

Σεργίου Κ. (2014). *Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρωτιδική νόσο*, . Διδακτορική Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή οικονομικών επιστημών και διοίκησης,.

Σιδηράς Γ και συν., Γ. Β. (2018). Σύνδρομο μετά τη μονάδα εντατικής θεραπείας (PICS). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , σσ. 35(4):454-463.

Σύκα, Α. (2020, Ιανουάριος 26). *Ποιότητα νοσηλευτικού έργου και ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕΘ*. Ανάκτηση Μάιος 17, 2020, από ygeia: <https://ygeia-news.com/nosileytiki/poiotita-nosileytikoy-ergoy-kai-rolos-toy-nosileyti-sti-meth-26-1-2020/>

Τσουντας Κ & Βασιλάκη Ε. (2004). *Οργάνωση-Λειτουργία ΜΕΘ*. Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή διοίκησης και οικονομίας, Τμήμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Πτυχιακή εργασία.

Υφαντόπουλος Γ & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής – Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*.

Υφαντόπουλος ΓΝ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής ιατρικής* , σσ. 24(Συμπλ 1):6-18.

Χαλκίδη Ε και συν., Μ. Θ. (2016, Ιούλιος 20). Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* , σσ. 9(3): 44-55.

Χαραλάμπους Η. (2017, Δεκέμβριος). *Σύνδρομο μετά τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο ρόλος των δομών παρακολούθησης ασθενών μετά νοσηλεία σε ΜΕΘ. Συστηματική ανασκόπηση και Μετα-ανάλυση*. Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2019, από Ανοικτό πανεπιστήμιο Κύπρου: <https://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/3272>

Παράρτημα 1^ο

Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομαζόμαστε Μέλλη Διονυσία και Ψαράκη Χρυσούλα και είμαστε σπουδάστριες του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η διπλωματική μας εργασία έχει τίτλο «Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PostIntensiveCareSyndrome)».

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική.

Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Φοιτητές:

Μέλλη Διονυσία

Ψαράκη Χρυσούλα

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc

Στοιχεία επικοινωνίας:

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

Παράρτημα 2^ο

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: 1. Άνδρας 2. Γυναίκα
2. Ηλικία:.....
3. Κατοικία: 1. Χωριό 2. Πόλη
4. Οικογενειακή κατάσταση:
1. Άγαμος(η) 2. Έγγαμος(η) 3. Χήρος(α) 4. Διαζευμένος(η) 5. Συζεί
5. Επάγγελμα:
6. Τωρινή απασχόληση:
1. Πλήρης 2. Μερική 3. Καμιά
7. Μόρφωση:
1. Χωρίς σχολείο 2. Δημοτικό 3. Γυμνάσιο 4. Λύκειο 5. ΤΕΙ
6. ΑΕΙ 7. Μεταπτυχιακό 8. Διδακτορικό
8. Διαμονή:
1. Με οικογένεια 2. Με συγγενείς 3. Μόνος 4. Σε ίδρυμα/ ξενώνα

Νοσηλεία σε ΜΕΘ

1. Ημερομηνία Εισαγωγής : ___ / ___ / ___ Ημέρες νοσηλείας:.....
2. Ιατρική διάγνωση:.....
3. Διάρκεια παραμονής (ημέρες):
1. <5 ημέρες 2. 6-15 ημέρες 3. 16-30 ημέρες
4. 31 -60 ημέρες 5. 61-100 ημέρες 6. >100 ημέρες
4. Τόπος εισαγωγής:
1. ΤΕΠ 2. Τμήμα 3. Άλλο νοσοκομείο
5. Αιτία εισαγωγής:
1. Παθολογικό αίτιο 2. Επείγον ΧΟ 3. ΜΤΧ
6. Άλλα προβλήματα υγείας:
1. ΑΥ 2. ΣΔ 3. ΧΑΠ 4. Ψυχιατρικά 5. Καρδιολογικά
6. Νευρολογικά 7. Κινητικά 8. Άλλο.....
7. Οξυγονοθεραπεία
1. Ρινική κάνουλα (highflow) 2. Μάσκα Ventury 3. ΜΕΜΑ
4. Διασωλήνωση 5. Τραχειοστομία
8. ΚΦΓ: 1. Ναι 2. Όχι
9. Ουροκαθετήρας: 1. Ναι 2. Όχι

- 10. Ρινογαστρικός σωλήνας** 1. Ναι 2. Όχι
- 11. Ενδοκράνιος καθετήρας:** 1. Ναι 2. Όχι
- 12. Καταστολή:** 1. Ναι 2. Όχι
- 13. Αναλγησία:** 1. Ναι 2. Όχι
- 14. delirium:** 1. Ναι 2. Όχι
- 15. Βάρος Σώματος:**
1. Υπέρβαρος 2. Φυσιολογικό 3. Μικρή απώλεια βάρους
4. Μεγάλη απώλεια βάρους
- 16. Επανεισαγωγή:** 1. Ναι 2. Όχι
- 17. Απώλεια μέλους:**
1. Άνω άκρο 2. Κάτω άκρο 3. Σπληνεκτομή
4. Πνευμονεκτομή
5. Νεφροτομή 6. Μαστεκτομή 7. Εντέρου 8. Άλλο
- 18. ΑΝΑΠΗΡΙΑ:**
1. Τετραπληγία 2. Ημιπληγία 3. Αυτοεξυπηρέτηση
4. Δυσκολία βάδισης 5. Μυοπάθεια

Ερωτηματολόγιο διαταραχής μετατραυματικού στρες

Δ1. Είχατε ποτέ την εμπειρία ενός γεγονότος που είναι έξω από το φάσμα των συνηθισμένων εμπειριών για τους ανθρώπους (π.χ. σεισμοί, πλημμύρες, σοβαρά ατυχήματα, φωτιές, σωματική επίθεση ή βιασμό, το να δείτε ανθρώπους να σκοτώνονται ή το να είστε σε πόλεμο ή μάχη);

OXI NAI

Δ2. Αντιδράσατε με έντονο φόβο, απόγνωση ή τρόμο;

OXI NAI

Δ3. Τον τελευταίο μήνα είχατε ξανά την εμπειρία αυτού του γεγονότος με τρόπο που σας προκαλούσε δυσφορία (π.χ. όνειρα, έντονες αναμνήσεις, ξαφνικές εικόνες από τότε ή σωματικές αντιδράσεις;)

OXI NAI

Δ4. Τον τελευταίο μήνα:

α.. Έχετε αποφύγει να σκέπτεστε για το γεγονός ή έχετε αποφύγει πράγματα που σας θυμίζουν το γεγονός;

OXI NAI

β. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε κάποιο σημαντικό κομμάτι από αυτά που έγιναν;

OXI NAI

γ. Έχετε μειώσει το ενδιαφέρον σας σε χόμπι ή σε κοινωνικές δραστηριότητες;

OXI NAI

δ. Αισθανθήκατε ξεκομμένος-η από τα πράγματα;

OXI NAI

ε. Επισημάνατε ότι τα αισθήματά σας ήταν μουδιασμένα;

OXI NAI

στ. Αισθανθήκατε ότι η ζωή σας θα είναι βραχύτερη εξαιτίας του τραύματος;

OXI NAI

Δ5. Τον τελευταίο μήνα:

α. Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε;

OXI NAI

β. Είσαστε ιδιαίτερα ευερέθιστος-η ή είχατε εκρήξεις θυμού;

OXI NAI

γ. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε;

OXI NAI

δ. Ήσασταν νευρικός-η ή συνέχεια σε επιφυλακή;

OXI NAI

ε. Είσαστε έτοιμος να αιφνιδιαστείτε;

OXI NAI

Είμαι 2 ή περισσότερες Δ5 απαντήσεις συμπληρωμένες ΝΑΙ; Τότε το άτομο πάσχει από Μετατραυματική Διαταραχή Στρες

Δ6. Τον τελευταίο μήνα, έχουν αυτά τα προβλήματα επηρεάσει σημαντικά τη δουλειά ή την κοινωνική σας ζωή, ή έχει προκαλέσει σημαντική δυσφορία;

Αν ΝΑΙ, τότε το άτομο πάσχει από Μετατραυματική Διαταραχή Στρες.

Ερωτηματολόγιο κλινικών εκδηλώσεως του συνδρόμου ΜΕΘ

1. Έχετε νιώσει φόβο τόσο που να σας έχει προκαλέσει ναυτία ή να σας κάνει να νιώθετε ανίσχυρος;

OXI NAI

2. Έχετε διαταραχές στον ύπνο σας (εφιάλτες);

OXI NAI

3. Νιώθετε αδυναμία να συγκεντρωθείτε;

OXI NAI

4. Είχατε ψευδαισθήσεις ή σκεφτήκατε παράλογα πράγματα;

OXI NAI

5. Έχετε χάσει το συνειρμό των σκέψεων σας (εκεί που μιλάτε να ξεχάσετε τι θέλατε να πείτε);

OXI NAI

6. Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε συνεχόμενα;

OXI NAI

7. Φοβάστε;

OXI NAI

8. Διασπάτε εύκολα η προσοχή σας;

OXI NAI

9. Νιώθετε τα συναισθήματα σας να είναι ευμετάβλητα (π.χ. εκεί που είστε χαρούμενος να μελαγχολήσετε χωρίς λόγο);

OXI NAI

10. Ξεχνάτε ευκολότερα διάφορα πράγματα ή τι θα θέλατε να κάνετε;

OXI NAI

11. Μήπως το βράδυ τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται;

OXI NAI

12.Υπάρχουν μεταβολές στην κινητική σας δραστηριότητα που σας επηρεάζουν ψυχολογικά;

ΟΧΙ ΝΑΙ

13.Νιώθετε ανορεξία;

ΟΧΙ ΝΑΙ

14.Νιώθετε απελπισμένος;

ΟΧΙ ΝΑΙ

15.Νιώθετε θλίψη;

ΟΧΙ ΝΑΙ

16.Νιώθετε ότι κανείς δεν μπορεί να σας βοηθήσει;

ΟΧΙ ΝΑΙ

17.Έχετε αποσυρθεί από δραστηριότητες που συνηθίζατε να κάνετε;

ΟΧΙ ΝΑΙ

18.Νιώθετε ταχυκαρδίες, ιδρώνετε πιο εύκολα;

ΟΧΙ ΝΑΙ

19. Θέλετε να κινείστε συνεχώς;

ΟΧΙ ΝΑΙ

20.Τινάζεστε έντρομοι με το παραμικρό;

ΟΧΙ ΝΑΙ


Θυμάστε τις ημέρες νοσηλείας σας στη ΜΕΘ; Τι ήταν αυτό που σας έκανε να νιώθετε πιο άσχημα ή σας στεναχωρούσε;

.....
.....

Παράρτημα 3°

Εγκρίσεις διεξαγωγής έρευνας

ΑΤΕΛΟΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 4/4/2019

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. 2741

ΠΡΟΣ:
ΜΕΛΛΗ ΔΙΟΝΥΣΙΑ
ΨΑΡΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Καρτσωνάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας


Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6825 ΜΕΛΛΗ ΔΙΟΝΥΣΙΑ
ΥΝ6830 ΨΑΡΑΚΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

με θέμα: «Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICS)».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Καρτσωνάκη Μαρία

Παρατηρήσεις:
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περιληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Ανάπλ. Πρόεδρος του Τμήματος

Γεώργιος Κρικοζιάκης
Επίκ. Καθηγητής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: amanouras@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 13/8/19
Αρ. Πρωτ.: 15608
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κ.κ. Μέλη Διουσία και
Ψαράκη Χρυσούλα, σπουδάστριες
Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης.

ΚΟΙΝ:
1) Διοικήτή ΠΑΓΝΗ,
2) Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΠΑΓΝΗ,
3) Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
ΠΑΓΝΗ.

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο», στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας».
ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.Το με αρ. πρωτ. 9398/25-6-19 έγγραφο του Αναπληρωτή Διοικήτή ΠΑΓΝΗ, κ. Ιωάννη Φανουργιάκη.
2.Η με αρ. πρωτ. 9105/19-6-19 θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τους ερευνητές μετά από συγκατάθεση των ασθενών, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Φοιτητριών Μέλλη Διουσία και Ψαράκη Χρυσούλα στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: «Σύνδρομο Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (PICS)» και επιβλέπουσα Καθηγήτρια, την κα Καρτσωνάκη Μαρία, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc, PhDc.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περιλήψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Εσωτερική Διανομή: Υποδιοικήτες 7^{ης} Υ.ΠΕ.