



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Επιβλέπων Καθηγητής:
Δρ. Μερκούρης Αναστάσιος

**Ποιότητα Ζωής ενηλίκων ατόμων μετά από νοσηλεία
σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Όνοματεπώνυμο Φοιτητή:
Γεωργίου Αντρέας
Α.Φ.Τ : 2007960966

Πτυχιακή Επιστημονική Μελέτη

Κύπρος 2011

<u>Περιεχόμενα</u>	<u>Σελίδα</u>
Περίληψη στα ελληνικά	4
Περίληψη στα αγγλικά	5
1. Εισαγωγή	6
2. Σκοπός	10
2.1. Επιμέρους Σκοπός	10
3. Υλικό και Μέθοδος	10
3.1. Κριτήρια Επιλογής	10
3.2. Διαδικασία αναζήτησης	10
3.3. Σχεδιάγραμμα	11
4. Αποτελέσματα	12
4.1. Κατάλογος Πινάκων	17
5. Συζήτηση	23
6. Προτάσεις-Εισηγήσεις	30
7. Συμπέρασμα	31
Βιβλιογραφία	33

*Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω
στην οικογένειά μου για την αγάπη και τη στήριξή τους
καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου,
καθώς και στον επιβλέποντα καθηγητή Δρ. Μερκούρη Αναστάσιο
για την καθοδήγησή του κατά τη συγγραφή,
της παρούσας πτυχιακής εργασίας!*

Περίληψη

Εισαγωγή: Πολλοί ασθενείς λόγω σοβαρής ασθένειας, η οποία επιβαρύνει τον οργανισμό, αναγκάζονται να νοσηλευτούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως συμβαίνει στις ΜΕΘ. Η εμπειρία της βαριάς νόσου και της νοσηλείας σε ΜΕΘ έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην οργανική και ψυχολογική υγεία, τόσο του ίδιου του νοσηλευομένου όσο και της οικογένειάς του.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ενηλίκων μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Επιμέρους σκοποί είναι, η διερεύνηση συγκεκριμένων προβλημάτων στην ΠΖ (Ποιότητα Ζωής) που αντιμετωπίζει ο συγκεκριμένος πληθυσμός καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων Pubmed, Cochrane, Cinahl και στο διαδίκτυο (Google – Scholar). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση είναι: intensive care unit, quality of life, discharge from the ICU.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν 10 ποσοτικές έρευνες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, η ΠΖ σε ενήλικες που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ είναι χαμηλή στις διαστάσεις που την αποτελούν. Τα κυριότερα προβλήματα που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες είναι: διαταραχές ύπνου, δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην ανάμνηση πρόσφατων γεγονότων, άγχος/κατάθλιψη, ανικανότητα εκτέλεσης συνήθων δραστηριοτήτων και αίσθημα δυσφορίας/πόνου. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να συμβάλουν στη χαμηλή ΠΖ των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ είναι η ηλικία, η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, το φύλο, η σοβαρότητα της νόσου και η μη ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης.

Συμπέρασμα: Πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες που να περιέχουν δείγμα από διάφορες χώρες ώστε να αξιολογηθεί η ΠΖ σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ χωρίς την παρεμβολή συγχυτικών παραγόντων όπως είναι η κουλτούρα. 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.

Λέξεις κλειδιά: ενήλικες ασθενείς, ποιότητα ζωής, ΜΕΘ

Abstract

Background: Patients on long and serious illness, which have borne by the agency, forced to be hospitalized for a long time as in the Intensive Care Unit (ICU). The experience of severe disease and hospitalization in the ICU has long-term effects on the organic and psychological health, both of the patients and his family.

Purpose: The purpose of this review is to investigate the Quality of Life (QoL) of adults after hospitalization in the ICU. Specific objectives are, to investigate specific problems in QoL experienced by adults who were hospitalized in ICU for a long time and the factors that contribute to it.

Material and Methods: The method used was the search of existing literature databases Pubmed, Cochrane, Cinahl and Internet (Google - Scholar). The keywords used in the search are: intensive care unit, quality of life, and discharge from the ICU.

Results: We found 10 quantitative surveys. According to the survey results, the QoL in adults admitted to the ICU is low in the dimensions that constitute it. The most serious problems reported by participants are sleep disturbances, difficulties in concentration and memory of recent events, anxiety / depression, inability to perform usual activities and feeling of discomfort / pain. The factors found to contribute to poor QoL of people admitted to ICU were age, duration of stay in ICU, sex, severity of illness and the lack of social support.

Conclusion: More research needs to be done and they must include samples from several countries to assess QoL in adult patients admitted to ICU without interference of other confounding factors such as culture. This will help health professionals to gain a more complete knowledge on this subject, thus helping them in the guidelines which must put in care to deal with the person as a whole.

Keywords: adult patients, quality of life, ICU

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητα ζωής (ΠΖ). Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και την μέτρηση της ποιότητας ζωής και με τη πρακτική αξία διαφόρων δεικτών της (Νάκου Σ.2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του το 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο ως την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας. Στα 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ ξεκίνησε μια εκστρατεία για την «Υγεία για Όλους», η οποία βρίσκεται σε τέσσερις ευρύτερους στόχους, που εκφράζονται με τους εξής σκοπούς:

- Προσθέτοντας χρόνια στη ζωή
- Ισότητα στην υγεία
- Δίνοντας υγεία στη ζωή
- Προσθέτοντας ζωή στα χρόνια (Νάκου Σ.2001).

Στη συνέχεια, η τροποποιημένη δήλωση του ΠΟΥ σχετικά με τους στόχους του προγράμματος «Υγεία για Όλους», που εκδόθηκε το 1991, συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένη αναφορά ζωής: «... όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά». Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

Για να διαχωριστεί αυτή η γενική τοποθέτηση από τον καθορισμό του όρου σε σχέση με θέματα που αφορούν την υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life (HRQL), δηλαδή η με την υγεία συνυφασμένη ποιότητα ζωής. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, επιστήμονες από διαφορετικά επιστημονικά πεδία προσεγγίζουν την έκβαση της υγείας με κοινό παρανομαστή τον όρο: «ποιότητα ζωής». Είναι απαίτηση των καιρών η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών, να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την γενική του κατάσταση. Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη

της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα (Νάκου Σ.2001, Υφαντόπουλος Γ.).

Για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να επιδιώκουμε και τη γνώμη του ασθενούς και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι ανεπαρκείς, αφού δίνουν πολύ μικρή εικόνα της υγείας.

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτήν η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους- οικογένεια).

Οι κλίμακες ποιότητας της ζωής είναι: γενικές κλίμακες, όπως η Short Form 36(SF-36), η Nottingham Health Profile, η World Health και άλλες ειδικές για κάθε κατάσταση.

Παρά την εξάπλωση του όρου, η καταγραφή της ποιότητας ζωής είναι πολύπλοκη και περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αντικειμενικών επιπέδων κατάστασης υγείας, φιλτραρισμένα από την υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των ίδιων των ατόμων. Τα «εργαλεία καταγραφής» σχεδιάστηκαν με στόχο την ανίχνευση διαφορετικού τομέα για το καθένα. Ορισμένα περιγράφουν τον τρόπο αντίληψης του ατόμου ως προς την κατάσταση της υγείας του έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες του, οι επιθυμίες του, οι προτιμήσεις του, οι προσδοκίες του, με στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών. Άλλα εργαλεία καταγραφής εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η οικογένεια, η κοινωνική στήριξη, ο βαθμός επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών.

Οι ασθενείς με σοβαρή ασθένεια, η οποία επιβαρύνει τον οργανισμό, είναι αναγκασμένοι να νοσηλευτούν στις ΜΕΘ. Η εμπειρία της βαριάς νόσου και της νοσηλείας σε ΜΕΘ έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην οργανική και ψυχολογική

υγεία, τόσο του ίδιου του νοσηλευομένου όσο και της οικογένειάς του. Η Ποιότητα Ζωής καθορίζεται από πολλούς παράγοντες όπως, προβλήματα ύπνου, αδυναμία εργασίας, λύπη και κατάθλιψη, ελάττωση της όρεξης, έλλειψη από καθημερινές χαρές της ζωής, αδυναμία πραγματοποίησης ταξιδιών, αίσθημα απομόνωσης, αλλά και εξάντληση της οικογένειας.

Άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι γεγονός ότι βιώνουν μία εμπειρία ψυχοσωματικής καταπόνησης. Ο οργανισμός μπαίνει σε μια διαδικασία καταπολέμησης της νόσου γεγονός που τον εξασθενεί. Επίσης το άγχος και οι νευρολογικές επιπτώσεις που επέρχονται στο άτομο λόγω της βαριάς ασθένειας επηρεάζουν αρνητικά τη ψυχολογική διάσταση του ασθενούς. Μια τέτοια εμπειρία πολλές φορές πιθανόν να προκαλέσει μακροχρόνιες συνέπειες σε ένα άτομο, όπως μετατραυματικό στρες, διαταραχές ύπνου κλπ.

Στην έρευνα των Herridge et al. (2003) γίνεται αναφορά στο γεγονός κατά το οποίο ασθενείς που επέζησαν από οξεία αναπνευστική δυσχέρεια (ARDS), αναφέρουν σωματικές και νευροψυχολογικές επιπλοκές τις οποίες συσχέτισαν με την μακρόχρονη παραμονή τους στη ΜΕΘ. Οι Hurcsey και Zimmerman, (2000), μέσα από μία έρευνα του που μελετούσαν τις εμπειρίες των ασθενών σε ΜΕΘ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νοσηρότητα σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο, συνεχίζεται και μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ. Επίσης οι Angus et al. (2001) στην έρευνά τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εμπειρία μίας βαριάς νόσου όπως το ARDS σχετίζεται με χαμηλή ΠΖ. Ασθενείς με βαριές ασθένειες νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα στη ΜΕΘ.

Η βαριά νόσος είναι ένα δραματικό γεγονός τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αντιμετωπίζουν πολλούς καταπονητικούς (στρεσογόνους) παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον νοσηλείας (απώλεια δηκτικότητας, συνεχή οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα, απώλεια του οικογενειακού περιβάλλοντος, μείωση ή ακόμα και ανικανότητα επικοινωνίας με αγαπημένα, στρες και ανησυχία που σχετίζονται με την βαριά νόσο και τα προσωπικά πιστεύω του ασθενούς.

Ένας επιπλέον καταπονητικός παράγοντας στη ΜΕΘ, που σχετίζεται άμεσα με την κirkάδια συγχρονικότητα, είναι η διαταραχή του ύπνου. Οι ασθενείς στις ΜΕΘ βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για διαταραχές ύπνου, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην οργανική, όσο και στην ψυχολογική εξάντληση του ατόμου, σε αναπνευστική δυσχέρεια, σε ανοσοκαταστολή, σε μεταβολές της θερμοκρασίας

σώματος και σε παραλήρημα. Στη ΜΕΘ, ενδέχεται να εμφανιστεί στέρηση ύπνου, ως αποτέλεσμα του θορύβου, του πόνου και των συχνών διακοπών του ύπνου. (Παπαθανάσογλου Ε. 2010).

Είναι φανερό ότι η εμπειρία της νοσηλείας σε ΜΕΘ και οι επιπτώσεις της στη ψυχοσωματική διάσταση του ατόμου αλλά και στον κοινωνικό του περίγυρο, είναι ένα θέμα πολύπλοκο καθώς πολυδιάστατες έννοιες περιπλέκονται μεταξύ τους. Από τη μια η ασθένεια που χρήζει εντατικής παρακολούθησης, οι πολυσυστηματικές συνέπειες της ασθένειας και το πολύπλοκο, συνεχώς ανήσυχο περιβάλλον στη ΜΕΘ και από την άλλη η αντανάκλαση όλων των πιο πάνω στην κάθε διάσταση της ΠΖ του ατόμου.

Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η ΠΖ των ατόμων που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ για να διερευνηθεί το κατά πόσο η εμπειρία τους κατά τη νοσηλεία είναι πιθανόν να επηρεάζει αρνητικά τη ζωή τους μετέπειτα καθώς και για πόσο καιρό μπορεί να συμβαίνει αυτό. Επίσης καλό και χρήσιμο θα ήταν να βρεθούν και οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην χαμηλή ΠΖ που πιθανόν να έχουν οι ενήλικες ασθενείς μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

2. Σκοπός:

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ενηλίκων μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

2.1. Επιμέρους σκοποί:

Η διερεύνηση συγκεκριμένων προβλημάτων της ΠΖ που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό.

3. Υλικό και Μέθοδος:

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων Pubmed, Cochrane, Cinahl και στο διαδίκτυο (Google – Scholar). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση είναι: intensive care unit, quality of life, discharge from the ICU. Έγινε συνδυασμών των λέξεων με τη χρήση εντολών AND, OR και NOT.

3.1. Κριτήρια επιλογής ερευνών:

Τα κριτήρια επιλογής των ερευνών καθορίστηκαν από την έναρξη της αναζήτησης. Τα κριτήρια σχετίζονται με τον τύπο και το σκοπό της έρευνας και τους συμμετέχοντες. Οι έρευνες έπρεπε να είναι ποσοτικές. Κύριος σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ενηλίκων μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στους συμμετέχοντες των ερευνών έπρεπε να συμπεριλαμβάνονται ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ πάνω από 24 ώρες και οι οποίοι πήραν εξιτήριο. Επίσης οι μελέτες έπρεπε να αξιολογούν ή/και να συγκρίνουν την ΠΖ σε ενήλικους ασθενείς (με παθολογικά ή/και χειρουργικά προβλήματα, καρδιολογικές ασθένειες, με σήψη ή σηπτική καταπληξία).

3.2. Διαδικασία αναζήτησης:

Από την αρχική αναζήτηση προέκυψαν 200 άρθρα. Από την ανάγνωση του τίτλου απορρίφθηκαν 110 άρθρα. Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι περιλήψεις των υπόλοιπων ερευνών και αποκλείστηκαν 65 από αυτές που δεν ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής. Στις υπόλοιπες 25 έρευνες μελετήθηκε το κείμενό τους. Από αυτές επιλέχθηκαν 10 έρευνες που κρίθηκαν ως οι καταλληλότερες για το θέμα της έρευνας. Η διαδικασία αναζήτησης φαίνεται στο Σχήμα 1.

3.3. Σχεδιάγραμμα 1: Διαδικασία αναζήτησης άρθρων



4. Αποτελέσματα

Βρέθηκαν 10 ποσοτικές έρευνες από τις οποίες οι 3 (Bapat et al. 2005, Granja et al. 2004, Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002) δεν ανέφεραν τον ερευνητικό τους, σχεδιασμό. Υπάρχουν 3 έρευνες προοπτικού σχεδιασμού (Fildissis et al. 2007, Granja et al. 2005, Flaatten, Kvnåle 2001), μία έρευνα παρατήρησης (García Lizana et al. 2003) και μία μελέτη κοορτής (Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002). Επίσης συμπεριλήφθηκε 1 προοπτική έρευνα κοορτής (Kvnåle, Ulvik & Flaatten 2003) και μία προοπτική έρευνα σύγκρισης (Wehler et al. 2001).

Όσον αφορά στο σκοπό, 6 έρευνες (Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002, Fildissis et al. 2007, Granja et al. 2005, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Kvnåle, Ulvik & Flaatten 2003, Wehler et al. 2001) είχαν σαν κύριο σκοπό τους την αξιολόγηση της ΠΖ σε άτομα που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Η αξιολόγηση της ΠΖ και της επιβίωσης ήταν σκοπός σε 3 έρευνες (Bapat et al. 2005, Flaatten, Kvnåle 2001, García Lizana et al. 2003). Μία έρευνα μόνο (Granja et al. 2004) είχε σαν σκοπό την αξιολόγηση και τη σύγκριση της ΠΖ μεταξύ δύο ομάδων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ (με σήψη και χωρίς). Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ ήταν ως μέρος του κύριου σκοπού ή σαν επιμέρους σκοπός σε 5 έρευνες (Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002, Fildissis et al. 2007, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Wehler et al. 2001). Στο δείγμα όλων των ερευνών περιλαμβάνονταν ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για αρκετό χρονικό διάστημα, όπως καθορίστηκε από τα κριτήρια επιλογής.

Το εργαλείο μέτρησης Short Form Health Survey (SF36) χρησιμοποιήθηκε από 3 έρευνες (Bapat et al. 2005, Flaatten, Kvnåle 2001, Kvnåle, Ulvik & Flaatten 2003). Μία έρευνα (Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002) χρησιμοποίησε το EuroQOL 5 Dimension και μία άλλη (Wehler et al. 2001) το APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) ενώ δύο έρευνες χρησιμοποίησαν και τα δύο εργαλεία μέτρησης μαζί (Granja et al. 2004, García Lizana et al. 2003). Το QOL INDEX αποτέλεσε το εργαλείο μέτρησης σε δύο έρευνες (Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002, Fildissis et al. 2007). Μία έρευνα χρησιμοποίησε ένα πρωτότυπο ερωτηματολόγιο, το JMIP (Jornadas de Medicina Intensiva da Primavera) (Granja et al. 2005).

Τα εργαλεία μέτρησης συμπληρώνονταν από τους ίδιους του συμμετέχοντες. Στις περιπτώσεις όπου δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν, το ερωτηματολόγιο

συμπληρωνόταν από κάποιο πολύ στενό συγγενικό πρόσωπο (κατά προτίμηση να ζούσε μαζί με τον ασθενή στο ίδιο σπίτι).

Όλες οι έρευνες περιγράφονται στον πίνακα 1. Τα αποτελέσματα των ερευνών σε σχέση με την ΠΖ ενήλικων ατόμων παρουσιάζονται ομαδοποιημένα με βάση τις διαστάσεις της ΠΖ, στην έρευνα των Barat V. et al (2005).

Γενικά οι έρευνες έδειξαν ότι η ΠΖ των ατόμων μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ επηρεάζεται αρνητικά από διάφορους παράγοντες. Τα αποτελέσματα για την ΠΖ θα παρουσιαστούν βάσει των κύριων διαστάσεων της.

Η φυσική λειτουργία ως παράμετρος της ΠΖ, αντανακλάται στο βαθμό που η σωματική υγεία περιορίζει τις σωματικές δραστηριότητες όπως η αυτοφροντίδα, το περπάτημα, το ανέβασμα σκάλας, η κάμψη ή και η ανύψωση του σώματος και η ικανότητα εκτέλεσης μέτριας ή έντονης σωματικής άσκησης. Η διάσταση αυτή αξιολογήθηκε άμεσα ή μέσω της αξιολόγησης των υποκλιμάκων της, από 7 έρευνες (Barat et al. 2005, Granja et al. 2005, Flaatten, Kvåle 2001, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003, Wehler et al. 2001). Συγκεκριμένα σε 3 έρευνες, τα αποτελέσματά τους κατέδειξαν ότι η ΠΖ σε σχέση με τη φυσική λειτουργία των ενηλίκων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή των πληθυσμών ελέγχου (Barat et al. 2005, Flaatten, Kvåle 2001, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003). Η έρευνα των Granja C. et al (2004), έδειξε ότι για τους ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν είναι η αυτοφροντίδα. Η έρευνα των Garcia L. et al (2003), συμφώνησε με αυτή των Granja C. et al (2004), πρόσθεσε όμως ότι, οι ασθενείς ανέφεραν και μειωμένη κινητικότητα. Η μειωμένη κινητικότητα και η αυτοφροντίδα ήταν δύο από τα πιο σοβαρά προβλήματα που δήλωσαν οι ασθενείς ότι αντιμετωπίζουν μετά από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ στην έρευνα των Granja C. et al (2002). Τέλος, η επιδείνωση της ΠΖ στη διάσταση της σωματικής δραστηριότητας ήταν ένα από τα αποτελέσματα της έρευνας των Wehler M. et al. (2002).

Με την έννοια φυσικός ρόλος εννοείται ο βαθμός στον οποίο η υγεία ενός ατόμου επηρεάζει ή περιορίζει την εργασία ή/και τις καθημερινές δραστηριότητές του. Συμπεριλαμβάνονται επίσης και η επίτευξη λιγότερων στόχων από αυτών που θα επιθυμούσε, αλλά και ο περιορισμός και δυσκολία στην εκτέλεση διάφορων ειδών δραστηριοτήτων. Ο φυσικός ρόλος, ως διάσταση της ΠΖ αξιολογήθηκε από 7 έρευνες (Barat et al. 2005, Granja et al. 2004, Flaatten, Kvåle 2001, García Lizana et al. 2003,

Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003, Wehler et al. 2001). Τρεις έρευνες (Bapat et al. 2005, Flaatten, Kvåle 2001, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003) διαπίστωσαν χαμηλή ΠΖ όσον αφορά στο φυσικό ρόλο των ενηλίκων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Στις άλλες 4 έρευνες, οι συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντικά προβλήματα και δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες (Granja et al. 2004, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Wehler et al. 2001).

Ο συναισθηματικός ρόλος αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο τυχόν συναισθηματικά προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της νοσηλείας στη ΜΕΘ, παρεμβαίνουν και περιορίζουν τη δουλειά ή/και τις άλλες καθημερινές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου χρόνου που δαπανάται για δραστηριότητες ή/και μη συγκέντρωση για προσεκτική εργασία. Ο συναισθηματικός ρόλος αξιολογήθηκε από 4 έρευνες (Bapat et al. 2005, Granja et al. 2005, Flaatten, Kvåle 2001, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003) οι οποίες αναφέρουν χαμηλή βαθμολογία ΠΖ σε σχέση με αυτό τον τομέα. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Cranja C. et al (2005), οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ανέφεραν ότι παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση.

Με τον όρο ζωτικότητα εννοείται το αίσθημα ενεργητικότητας έναντι του αισθήματος κόπωσης. Η ζωτικότητα, μπορεί να πει κανείς ότι αντικατοπτρίζεται στη σωματική ευεξία και στο σωματικό ρόλο. Εντούτοις ερευνήθηκε ως ξεχωριστή διάσταση της ΠΖ από 3 έρευνες (Bapat et al. 2005, Flaatten, Kvåle 2001, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003). Από αυτές μόνο μία (Bapat et al. 2005) έδειξε σημαντικά χαμηλότερο αποτέλεσμα στη διάσταση της ζωτικότητας για τους ενήλικες που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Στην έρευνα των Cranja C. et al. (2005), οι συμμετέχοντες παρουσίασαν διαταραχές ύπνου οι οποίες σχετίζονται με όνειρα και εφιάλτες σε καθημερινή βάση, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη ζωτικότητά τους, αυξάνοντας το αίσθημα κόπωσης λόγω της μη επαρκούς ανάπαυσης.

Η Ψυχική υγεία των ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ αξιολογήθηκε από 6 έρευνες (Bapat et al. 2005, Granja et al. 2004, Flaatten, Kvåle 2001, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003). Στη ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνονται η κατάθλιψη και το άγχος καθώς και ο συμπεριφορικός – συναισθηματικός έλεγχος. Δύο έρευνες στα αποτελέσματά τους ανέφεραν για τους συμμετέχοντες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της ψυχικής ευεξίας, σε σχέση με αυτούς που δεν νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Το άγχος και η

κατάθλιψη αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες σε 3 έρευνες (Granja et al. 2004, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002).

Η αξιολόγηση της κοινωνικής λειτουργικότητας δείχνει το βαθμό στον οποίο η φυσική υγεία ενός ατόμου ή/και τα συναισθηματικά του προβλήματα περιορίζουν συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτό έγινε σε 6 έρευνες (Bapat et al. 2005, Granja et al. 2004, Flaatten, Kvåle 2001, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002, Kvåle, Ulvik & Flaatten 2003).

Οι έρευνες έδειξαν χαμηλή ΠΖ στη διάσταση της κοινωνικής λειτουργίας. Οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων σε σχέση με πριν την εισαγωγή (Granja et al. 2004, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002).

Ο πόνος αξιολογήθηκε ως ξεχωριστή διάσταση σε 3 έρευνες (Bapat et al. 2005, García Lizana et al. 2003, Granja, Teixeira-Pinto & Costa-Pereira 2002). Ο πόνος αξιολογείται ως προς την έντασή του και ως προς τον αντίκτυπο του στην εργασία εντός και εκτός σπιτιού. Στην έρευνα των Bapat V. et al. (2005), ο πόνος αξιολογήθηκε μόνος του με την έννοια «σωματικός πόνος». Στις άλλες δύο έρευνες αξιολογήθηκε ως πόνος/δυσφορία.

Η έρευνα των Fildissis G. Et al. (2007), κατέδειξε ότι άτομα που είχαν χαμηλή ΠΖ κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ είχαν και χαμηλότερο αποτέλεσμα μετά την έξοδό τους από τη Μονάδα. Όμως γενικά παρατηρήθηκε χαμηλότερη ΠΖ μετά το εξιτήριο από ότι ήταν κατά την εισαγωγή. Επίσης μόνο στην έρευνα των Ruth M. et al (2002) οι συμμετέχοντες ανέφεραν καλή ΠΖ και δήλωσαν ικανοποιημένοι από τους τομείς της ζωής τους που ήταν σημαντικές για τους ίδιους.

Τα συγκεκριμένα προβλήματα που βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελούν παραμέτρους των πιο πάνω διαστάσεων της ΠΖ. Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες είναι:

- διαταραχές ύπνου
- δυσκολίες στη συγκέντρωση
- δυσκολίες στην ανάμνηση πρόσφατων γεγονότων
- άγχος/κατάθλιψη
- ανικανότητα εκτέλεσης συνήθων δραστηριοτήτων
- μειωμένη αυτοφροντίδα
- περιορισμένη αυτονομία

- μειωμένη κινητικότητα
- αίσθημα δυσφορίας/πόνου

Από τα αποτελέσματα των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν διαφαίνονται και οι παράγοντες που συμβάλουν στη χαμηλή ΠΖ των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Οι παράγοντες που βρέθηκαν είναι:

- η ηλικία (Fildissis et al. 2007, Wehler et al. 2001)
- η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ (Fildissis et al. 2007)
- το φύλο (Fildissis et al. 2007)
- η σοβαρότητα της νόσου (π.χ. σήψη) (Granja et al. 2004, Wehler et al. 2001)
- η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης (Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002).

5. Συζήτηση

Στις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση παρουσιάζονται 3 απειλές εσωτερικής εγκυρότητας: το ιστορικό, η ωρίμανση και η διαφυγή των υποκειμένων. Όσον αφορά στο ιστορικό, η ΠΖ εξεταζόταν κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ και μετά το εξιτήριο από αυτή. Η ΠΖ δεν ήταν γνωστή και για την περίοδο της ζωής των υποκειμένων πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Αυτό αποτελεί απειλή, γιατί μπορεί άλλοι παράγοντες να συμβάλουν στη χαμηλή ΠΖ, όπως χαμηλό εισόδημα ή η ύπαρξη μιας άλλης ασθένειας. Χαρακτηριστικό είναι και το ότι η έρευνα των Fildissis G. et al (2007), έδειξε πως άτομα που είχαν χαμηλή ΠΖ κατά την εισαγωγή είχαν και χαμηλότερο αποτέλεσμα στους 18 μήνες.

Η ωρίμανση ως απειλή εσωτερικής εγκυρότητας αφορά στο φαινόμενο κατά το οποίο, στα υποκείμενα μιας έρευνας με το πέρασμα του χρόνου επέρχεται κόπωση με συνέπεια την αλλαγή της συμπεριφοράς τους (Μερκούρης Α. 2008). Αυτό ισχύει για τις έρευνες που μετρούσαν την ΠΖ για μεγάλα χρονικά διαστήματα όπως αυτή των Fildissis G. et al (2007) που μετρούσαν την ΠΖ κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ και έπειτα στους 6 στους 8 και στους 12 μήνες. Επίσης στην έρευνα των Ruth M. et al. (2002) το εργαλείο μέτρησης δινόταν στα υποκείμενα κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ, στους 4 και στους 6 μήνες μετά την εξαγωγή τους. Άλλωστε ίσως να μην είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι δύο αυτές έρευνες που μετρούσαν για μεγάλο χρονικό διάστημα την ΠΖ και χρησιμοποιούσαν συνεχώς το ίδιο εργαλείο μέτρησης, είχαν εντελώς αντίθετα αποτελέσματα. Στην έρευνα των Fildissis G. et al (2007) η ΠΖ όσο πήγαινε χειρότερη (δηλαδή στους 12 μήνες η βαθμολογία για την ΠΖ ήταν χαμηλότερη σε σχέση με αυτή στους 6 μήνες και ούτω καθ' εξής) ενώ στην έρευνα των Ruth M. et al. (2002) οι συμμετέχοντες κατά την πορεία της έρευνας δήλωναν καλύτερη ΠΖ.

Η διαφυγή των υποκειμένων ως απειλή οφείλεται κυρίως στο γεγονός της απώλειας μελών του δείγματος, λόγω αποχώρησης κατά τη διάρκεια της έρευνας αλλά και λόγω θανάτου (Μερκούρης Α. 2008). Η δεύτερη αιτία παρουσιάστηκε στις περισσότερες έρευνες, στις οποίες μεγάλος αριθμός ατόμων του αρχικού δείγματος πέθαινε κατά τη διάρκεια της έρευνας με αποτέλεσμα το δείγμα να μειώνεται αρκετά. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Barat V. et al. (2005), το 33% του αρχικού δείγματος πέθανε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της.

Όσον αφορά την εξωτερική εγκυρότητα των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν, η κύρια απειλή που βρέθηκε είναι η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης.

Συγκεκριμένα, το γεγονός ότι η ΠΖ αρχικά αξιολογήθηκε στη ΜΕΘ κατά την εισαγωγή, είναι φυσικό να επηρέαζε αρνητικά τη ψυχολογία, τη συναισθηματική και τη σωματική διάσταση των υποκειμένων και εντέλει τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, η ΠΖ σε ενήλικες που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ είναι χαμηλή στις διαστάσεις που την αποτελούν. Αυτό παρατηρήθηκε στις 9 από της 10 έρευνες καθώς η έρευνα των Ruth M. et al. (2002) έδειξε πως η ΠΖ ήταν καλή μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Όπως αναφέρθηκε, η φυσική λειτουργία, ως παράμετρος της ΠΖ, αντανακλάται στο βαθμό στον οποίο η σωματική υγεία περιορίζει τις σωματικές δραστηριότητες. Η εμπειρία της βαριάς νόσου και της νοσηλείας σε ΜΕΘ έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην οργανική και ψυχολογική υγεία του νοσηλευομένου. Τα περισσότερα άτομα που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ λαμβάνουν φαρμακευτική καταστολή που αναστέλλει τη συνειδητή αντίληψη του στρες που βιώνει ο οργανισμός. Όμως τα καταπονητικά ερεθίσματα προκαλούν αντίδραση του στρες με οργανικές και κυτταρικές επιπτώσεις, δεδομένου ότι τα αρνητικά συναισθήματα παράγονται στο μεταιχμιακό σύστημα που δεν σχετίζεται με το επίπεδο συνείδησης (Παπαθανάσογλου Ε. 2010). Το άτομο υφίσταται τις οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του κυτταρικού στρες, απλά κατά τη νοσηλεία λόγω της καταστολής δεν μπορεί να τις εκφράσει συνειδητά.

Ένας επιπλέον καταπονητικός παράγοντας στη ΜΕΘ, που σχετίζεται άμεσα με την σωματική ευεξία, είναι η διαταραχή του ύπνου. Οι ασθενείς στις ΜΕΘ βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για διαταραχές ύπνου, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην οργανική, όσο και στην ψυχολογική εξάντληση του ατόμου (Παπαθανάσογλου Ε. 2010).

Όλα τα πιο πάνω είναι μερικές από τις αιτίες που συμβάλλουν στο αίσθημα πόνου και κόπωσης που δήλωσαν οι ασθενείς ότι έχουν μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, γεγονός που επιδρά αρνητικά στη σωματική τους ευεξία. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι στην έρευνα των Cranja C. et al. (2004), οι επιζώντες που έπασχαν από σήψη ανέφεραν σημαντικά περισσότερα προβλήματα όσον αφορά καθημερινές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φυσική λειτουργία.

Ο φυσικός ρόλος, ως διάσταση της ΠΖ αξιολογήθηκε από 7 έρευνες. Με την έννοια φυσικός ρόλος εννοείται ο βαθμός στον οποίο η υγεία ενός ατόμου επηρεάζει ή περιορίζει την εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητές του,

συμπεριλαμβανομένων την επίτευξη λιγότερων στόχων από όσο θα επιθυμούσε, περιορισμό και δυσκολία στην εκτέλεση διάφορων ειδών δραστηριοτήτων. Η χαμηλή ΠΖ που παρατηρήθηκε σε αυτό τον τομέα οφείλεται στην αρνητικά επηρεασμένη φυσική λειτουργία που πηγάζει από τα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Ο συναισθηματικός ρόλος αξιολογήθηκε από 4 έρευνες οι οποίες αναφέρουν χαμηλή βαθμολογία ΠΖ σε σχέση με αυτό τον τομέα. Ο συναισθηματικός ρόλος αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο τυχόν συναισθηματικά προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της νοσηλείας στη ΜΕΘ παρεμβαίνουν και περιορίζουν στη δουλειά ή/και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου χρόνου που δαπανάται για δραστηριότητες ή/και μη συγκέντρωση για προσεκτική εργασία. Όπως αναφέρθηκε οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αντιμετωπίζουν πολλούς στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το περιβάλλον νοσηλείας και το φυσικό πόνο ή τη μεγάλη δυσανεξία, εξαιτίας της σοβαρής νόσου.

Επίσης, τα άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ αντιμετωπίζουν και τα πρόβλημα της αισθητηριακής αποστέρησης. Η αισθητηριακή αποστέρηση αφορά στην ελάττωση του ποσού των ερεθισμάτων που έχουν νόημα για το άτομο. Σε πολλές μονάδες, υπάρχουν πολύ λίγα παράθυρα ή ωρολόγια τοίχου ή ημερολόγια που θα μπορούσαν να βοηθήσουν το άτομο να διατηρήσει έναν προσανατολισμό στο χώρο. Ο συνεχής θόρυβος, ο φωτισμός, η τεχνική ορολογία και η απουσία γνωστών προσώπων, συμβάλλουν στη δημιουργία περιβάλλοντος αισθητηριακής αποστέρησης. Το άτομο στερείται τα γνωστά του αγγίγματα, τους θορύβους, τις οσμές και τις γεύσεις (Παπαθανάσογλου Ε. 2010). Όλα αυτά συμβάλλουν στην αρνητική επίδραση που έχει η νοσηλεία στη ΜΕΘ στη συναισθηματική ευεξία των ατόμων, προκαλώντας τους κυρίως, όπως δήλωσαν οι ίδιοι συμμετέχοντες στην έρευνα των Cranja C. et al (2005), δυσκολίες στη συγκέντρωση.

Η ζωτικότητα αναφέρεται στο αίσθημα ενεργητικότητας έναντι του αισθήματος κόπωσης και αντικατοπτρίζεται κυρίως στη σωματική ευεξία και στο σωματικό ρόλο που συζητήθηκαν πιο πάνω. Η χαμηλή ζωτικότητα που παρουσιάστηκε οφείλεται κυρίως στην κόπωση που εμφανίζεται ως αίσθημα στους συμμετέχοντες λόγω των διαταραχών ύπνου και της παρουσίας πόνου.

Όσον αφορά στη ψυχική υγεία ενηλίκων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα, η βαθμολογία για την ΠΖ στη διάσταση αυτή ήταν χαμηλή. Στη ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνονται, η κατάθλιψη και το άγχος καθώς και

ο συμπεριφορικός – συναισθηματικός έλεγχος. Επίσης στη ψυχική λειτουργία εντάσσονται και τα αισθήματα απώλειας, ανησυχίας και θυμού. Πολλά από τα βιώματα που περιγράφηκαν να σχετίζονται με την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όπως η στέρηση ύπνου, η αισθητηριακή υπερφόρτωση, η απώλεια ελέγχου και το αίσθημα αποδυνάμωσης, συμβάλλουν στην έκφραση αισθημάτων θυμού. Τα αισθήματα αυτά ενισχύονται από την απώλεια που βιώνει ένα άτομο όταν νοσηλεύεται σε ΜΕΘ. Το άτομο χάνει την σωματική του λειτουργικότητα και κατ' επέκταση την αυτονομία του. Φεύγει από τη μέχρι τώρα ζωή του και βρίσκεται σε ένα συνεχή εσωτερικό αγώνα προσαρμογής στην νέα κατάσταση. Η πίεση που νιώθει το άτομο από τα συναισθήματα του, πολλές φορές εκδηλώνεται με θυμό, γεγονός που δύσκολα αντιμετωπίζεται καθώς οι επαγγελματίες υγείας το επιρρίπτουν πολλές φορές απλά στο χαρακτήρα του ασθενούς. Η συσσώρευση των αρνητικών συναισθημάτων που απορρέουν από τη ψυχοσωματική καταπόνηση του βαρέως πάσχοντα έχει αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχική διάσταση της ΠΖ του.

Έξι έρευνες αξιολόγησαν την κοινωνική λειτουργικότητα που δείχνει το βαθμό στον οποίο η φυσική υγεία ενός ατόμου ή/και τα συναισθηματικά του προβλήματα περιορίζουν συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες. Οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ανέφεραν στις έρευνες ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων σε σχέση με πριν την εισαγωγή. Η έκπτωση της κοινωνικής ευεξίας πιθανόν να σχετίζεται με το αίσθημα αποδυνάμωσης που παρουσιάζεται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σε ασθενείς της ΜΕΘ. Η ασθένεια, η πιθανή μόνιμη σωματική απώλεια (π.χ. απώλεια σωματικού μέλους), η εξάρτηση της ζωής από μηχανικό αερισμό είναι μερικά συμβάντα που εμποδίζουν την επιστροφή του ατόμου στις κοινωνικές του δραστηριότητες. Εξαιτίας της νόσου, ο ασθενής χάνει τον έλεγχο πάνω στις λειτουργίες του σώματός του και κατ' επέκταση στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του.

Μέσα από τις έρευνες διαφάνηκαν και τα συγκεκριμένα προβλήματα που βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα προβλήματα αυτά αποτελούν παραμέτρους των διαστάσεων της ΠΖ όπως διαταραχές ύπνου, δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη λειτουργία της μνήμης, άγχος ή/και κατάθλιψη, ανικανότητα εκτέλεσης συνήθων δραστηριοτήτων, μειωμένη αυτοφροντίδα και περιορισμένη αυτονομία, μειωμένη κινητικότητα και αίσθημα δυσφορίας/πόνου.

Οι κιρκάδιοι ρυθμοί επιδρούν σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού και διαταράσσονται εύκολα στο βαρέως πάσχοντα. Οι ασθενείς στις ΜΕΘ βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για διαταραχές ύπνου, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην οργανική, όσο και στην ψυχολογική εξάντληση του ατόμου. Η στέρηση ύπνου απορρέει από τη συνεχή οπτική και ακουστική αισθητηριακή υπερφόρτωση του ατόμου, από το αίσθημα του πόνου, από τη διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού λόγω της ασθένειας και των κατασταλτικών φαρμάκων και από τη συνεχή διακοπή του ύπνου λόγω της αναγκαιότητας εκτέλεσης νοσηλευτικών παρεμβάσεων που πολλές φορές είναι επίπονες. Είναι γνωστό ότι η στέρηση ύπνου οδηγά σε καταστολή του ανοσιακού συστήματος, σχετίζεται με κατάθλιψη καθώς και με πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Σύμφωνα με το Schelling G. (2002), η πλειοψηφία των ασθενών μετά από εντατική θεραπεία ανέφεραν μετατραυματικές εμπειρίες, από την διαμονή τους σε ΜΕΘ. Οι τραυματικές μνήμες μπορούν να συσχετιστούν με την ανάπτυξη της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, σε αυτούς τους ασθενείς. Μελέτες που έγιναν σε επιζώντες ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ έχουν καταδείξει σαφή και έντονη ανάκληση των διαφόρων κατηγοριών τραυματικής μνήμης, όπως εφιάλτες, άγχος, αναπνευστική δυσχέρεια ή πόνος με μικρή ή καθόλου ανάκληση των πραγματικών γεγονότων.

Πολλοί ερευνητές έχουν διερευνήσει την αντίληψη των ασθενών για τους στρεσογόνους παράγοντες στη ΜΕΘ (Lusk, Lash 2005). Η εμπειρία της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, τα συνεπακόλουθα φαινόμενα της αδυναμίας για επικοινωνία, του φόβου για τεχνική βλάβη των μηχανημάτων και της ανάγκης εφαρμογής φυσικών περιορισμών, δημιουργούν ένα από τα πιο συνηθισμένα στρεσογόνα σενάρια για τους βαρέως πάσχοντες στη ΜΕΘ. Επιπρόσθετοι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες που έχουν αναφερθεί, περιλαμβάνουν την παρουσία στοματικών ή ρινικών σωλήνων, το αίσθημα απώλειας ελέγχου, το αίσθημα έλλειψης του συντρόφου, και την ακινητοποίηση στο κρεβάτι ή την αδυναμία να κινηθούν ελεύθερα, την αίσθηση του πόνου, της δίψας και της συνεχούς διακοπής του ύπνου. Οι συσκευές υποστήριξης και παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών περιορίζουν πολύ την κίνηση (Παπαθανάσογλου, 2010). Ο συνδυασμός αυτών των βιωμάτων στα βαρέως πάσχοντα άτομα προκαλεί σοβαρό στρες με συνεπακόλουθα αισθήματα αδυναμίας, θυμού και, επιπλέον άγχους και κατάθλιψης. Οι Vermetten και Bremner (2002), υποστηρίζουν, ότι τα αποτελέσματα του στρες στη βιολογική και

και η ένταση που βιώνει ένα άτομο που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ μπορεί να οδηγήσουν σε μετατραυματικό άγχος.

Η ανικανότητα εκτέλεσης συνήθων δραστηριοτήτων, η μειωμένη αυτοφροντίδα, η περιορισμένη αυτονομία, η μειωμένη κινητικότητα και το αίσθημα δυσφορίας/πόνου είναι προβλήματα που, όπως φάνηκαν από τα αποτελέσματα των ερευνών, αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα οι ενήλικες που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Αυτά απορρέουν από τις αρνητικές επιδράσεις που είχε η όλη εμπειρία τους και γενικά τα όσα αναφέρθηκαν στη σωματική και κοινωνική τους διάσταση.

Από τα αποτελέσματα των ερευνών που χρησιμοποιήθηκαν διαφαίνονται και οι παράγοντες που συμβάλουν στη χαμηλή ΠΖ των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Οι παράγοντες που βρέθηκαν είναι η ηλικία, η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, το φύλο, η σοβαρότητα της νόσου (π.χ. σήψη) και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης.

Η ηλικία ήταν φυσικό να βρεθεί ως παράγοντας κινδύνου για χαμηλή ΠΖ. Τα ηλικιωμένα άτομα (50 ετών και άνω) σίγουρα θα αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στη φυσική λειτουργία καθώς ο οργανισμός τους είναι πιο αποδυναμωμένος. Η έρευνα των Montuclard et. al. (2000) κατέδειξε ότι ηλικιωμένα άτομα 70 ετών και άνω μετά από πολύχρονη παραμονή στη ΜΕΘ, αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργική τους αυτονομία. Τα νεαρότερα άτομα πιθανόν να αναρρώνουν γρηγορότερα και να έχουν περισσότερες ικανότητες να βελτιώσουν τη φυσική τους ευεξία (γυμναστήριο κλπ). Εντούτοις πιθανόν να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στη ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ΠΖ.

Η διάρκεια της παραμονής στη ΜΕΘ είναι ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στην παρουσίαση χαμηλής ΠΖ. Όσο πιο μεγάλη είναι η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ τόσο περισσότερο βιώνεται από τον ασθενή το ψυχοσωματικό στρες που αναπτύχθηκε ως θέμα πιο πάνω. Οπότε αυτό έχει ως συνέπεια όλες τις επιπτώσεις που προκαλεί η όλη κατάσταση αλλά σε εντονότερο βαθμό. Περισσότερος καιρός στη ΜΕΘ σημαίνει και μεγαλύτερη αισθητηριακή υπερφόρτωση, σημαντικά περισσότερη στέρηση ύπνου και ψυχοσωματική καταπόνηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Το φύλο βρέθηκε να επηρεάζει την ΠΖ. Συγκεκριμένα στην έρευνα των Fildissis et al. (2007) φάνηκε ότι οι άντρες είχαν μια θετική συσχέτιση με την ΠΖ. Το εύρημα αυτό συνάδει και με τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας η οποία κατέδειξε, ότι το αντρικό φύλο συνδέεται θετικά με την ΠΖ. Αυτό πιθανό να συνδέεται με τα χαρακτηριστικά του φύλου. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες και πιο ευαίσθητες άρα

ενδέχεται να βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη ψυχοσυναισθηματική καταπόνηση που προκαλεί μια πολύχρονη εμπειρία νοσηλείας στη ΜΕΘ. Επίσης οι άντρες, λόγω των κοινωνικών φραγμών που έχουν ως φύλο, πιθανόν να προσπαθούν να κρύψουν την αδυναμία και τον πόνο που αισθάνονται. Το γεγονός αυτό επηρεάζει τα αποτελέσματα των ερευνών στα οποία καταδεικνύεται ότι οι άντρες έχουν καλύτερη ΠΖ.

Η σοβαρότητα της νόσου σίγουρα επηρεάζει και την ΠΖ. Όσο πιο σοβαρή είναι μια νόσος τόσο πιο χαμηλή θα παρουσιαστεί και η ΠΖ, κυρίως στη σωματική και ψυχική της διάσταση. Συγκεκριμένα στην έρευνα των Granja C. et al. (2004), ασθενείς που επιβίωσαν από σήψη ανέφεραν σημαντικά περισσότερα προβλήματα στους τομείς της αυτοφροντίδας και των συνήθων δραστηριοτήτων, γεγονός που καταδεικνύει σοβαρή επίπτωση της ασθένειας στην φυσική ευεξία των ατόμων αυτών και κατ' επέκταση στην ΠΖ τους. Όσο βαρύτερη είναι η νόσος, τόσο περισσότερη καταπόνηση και στρες βιώνει ο οργανισμός του ασθενούς. Στη σήψη και στο σύνδρομο πολυοργανική λειτουργίας, δύο σύνδρομα πολύ συχνά στη ΜΕΘ, μια σειρά από παράδοξα γεγονότα συμβαίνουν σε κυτταρικό επίπεδο. Αυτό έχει σαν συνέπεια την αποδυνάμωση του ατόμου σε σωματικό αλλά και σε ψυχικό επίπεδο. Ο ασθενής υπόκειται σε κυτταροπαθητική υποξία γεγονός που καθιστά τα κύτταρα ανίκανα να παράγουν ενέργεια. Επίσης τα κύτταρα, ιδιαίτερα του ανοσοποιητικού συστήματος, αυτοκτονούν (απόπτωση) γεγονός που συμβαίνει ως αντίδραση στο στρες του οργανισμού, για την αντιμετώπιση της βαριάς νόσου (Παπαθανάσογλου Ε. 2010). Είναι λοιπόν κατανοητό ότι όσο βαρύτερη είναι η νόσος, τόσο περισσότερη καταπόνηση και στρες βιώνει ο οργανισμός του ασθενούς. Αυτό προκαλεί περισσότερα προβλήματα σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ.

Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης που φάνηκε να επηρεάζει θετικά την ΠΖ πιθανό να σχετίζεται κυρίως με την ψυχοκοινωνική διάσταση των ατόμων. Η αντίδραση κάθε ατόμου στη βαριά νόσο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας και του σταδίου ανάπτυξης, προηγούμενων εμπειριών νόσησης και νοσηλείας, των οικογενειακών σχέσεων και του κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος. Στις ΜΕΘ οι ώρες του επισκεπτηρίου είναι συνήθως περιορισμένες και το άτομο δεν είναι σε θέση να δει τα σημαντικά του πρόσωπα όσο επιθυμεί. Επίσης, όπως ήδη αναφέρθηκε πιο πάνω, ένας από τους πιο στρεσογόνους παράγοντες είναι, η απουσία ερεθισμάτων με νόημα για τον ασθενή (όπως το προσωπικό άγγιγμα των μελών της οικογένειας). Είναι λοιπόν φανερό, ότι η

παρουσία κοινωνικής υποστήριξης προάγει τη ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου, βελτιώνοντας την ΠΖ του.

6. Προτάσεις-Εισηγήσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και τα όσα συζητήθηκαν πιο πάνω μπορούν να φανούν χρήσιμα για τον κάθε επαγγελματία υγείας και κυρίως για τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ διαχειρίζονται το σύνολο των διαστάσεων του ατόμου και των αντιδράσεών του σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να αναγνωρίζουν έγκαιρα τους κινδύνους που έχει μια σοβαρή νόσος στις διαστάσεις της ΠΖ ενός ατόμου. Αυτό θα τους βοηθήσει στην ενημέρωση του ίδιου του ασθενή, εάν είναι δυνατό, αλλά και στην οικογένειά του, γεγονός που θα προετοιμάσει τα άτομα για τις αλλαγές που μπορεί να επέλθουν στη ζωή τους αλλά ταυτόχρονα θα τα ενδυναμώσει στην αντιμετώπιση των όσων θα προκύψουν. Οι νοσηλευτές σε μια προσπάθεια να παρέχουν ολιστική φροντίδα στον ασθενή ως άτομο μπορούν να συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι ψυχολόγοι, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα οποιαδήποτε προβλήματα προκύπτουν στη ψυχοσωματική σφαίρα του ατόμου αλλά και στην κοινωνική διάσταση της ζωής του.

Στην παρούσα έρευνα διαφάνηκαν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ όπως είναι η διαταραχή του ύπνου κλπ. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές στο να οργανώνουν σωστά την παρεχόμενη ολιστική φροντίδα του ατόμου και στο να κατευθύνουν την εκπαίδευση και άλλες παρεμβάσεις προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις. Συγκεκριμένα για παράδειγμα όσον αφορά στη διαταραχή ύπνου, οι νοσηλευτές αφού θα έχουν ήδη υπόψη τους το δυνητικό αυτό πρόβλημα, μπορούν να φροντίσουν από την αρχή της εισαγωγής ενός ασθενή στη ΜΕΘ για την πρόληψη της διαταραχή του κερκάδιου ρυθμού μειώνοντας έτσι τις επιπτώσεις που έχει στην ΠΖ του ατόμου. Επίσης, οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με τη χαμηλή ΠΖ, όπως το φύλο, η ηλικία, ο χρόνος διαμονής στη ΜΕΘ και η βαρύτητα της νόσου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες υγείας στην αναγνώριση ατόμων που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για χαμηλή ΠΖ.

Απαραίτητη κρίνεται και η περαιτέρω έρευνα στο θέμα της ΠΖ ενηλίκων ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ. Τα δείγματα των ερευνών ήταν μεγάλα σε αριθμό, αν και ο αριθμός τους μειωνόταν λόγω του θανάτου αρκετών

συμμετεχόντων. Παρ' όλα αυτά παρατηρήθηκε πως το δείγμα ήταν μεμονωμένο σε μια χώρα, πχ Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο κλπ. Όπως γνωρίζουμε η κουλτούρα που έχει κάθε λαός επηρεάζει τις προσωπικές του αξίες για τη ζωή, τις αντιλήψεις για την υγεία και κατ' επέκταση την οπτική γωνία που βιώνει την κατάσταση που δημιουργείται λόγω μιας σοβαρής νόσου. Οπότε οι απαντήσεις των υποκειμένων στην κάθε έρευνα είναι σίγουρα επηρεασμένες από την αξία που δίνουν στις διάφορες πτυχές της ΠΖ. Αυτό καθιστά δύσκολο την γενίκευση των αποτελεσμάτων ως κάτι που να ισχύει σε όλους τους ενήλικες. Ίσως θα ήταν πιο σωστό και πιο αξιόλογο το να γίνουν έρευνες που να περιλαμβάνουν δείγμα ασθενών από ΜΕΘ σε διάφορες χώρες ώστε να βγουν και πιο αξιόπιστα αποτελέσματα σχετικά με την ΠΖ τους, που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν και πιο σωστά από τους επαγγελματίες υγείας.

Επίσης αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει και στη δημιουργία διαφόρων μοντέλων για την αναγνώριση ή και αξιολόγηση κινδύνων για χαμηλή ΠΖ ενηλίκων ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ακόμα θα βοηθούσε και στη δημιουργία πανευρωπαϊκών πρωτοκόλλων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους νοσηλευτές στην οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας.

7. Συμπέρασμα

Οι ενήλικες ασθενείς, μετά από νοσηλεία στη ΜΕΘ αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στις διαστάσεις της ΠΖ τους. Οι έρευνες έδειξαν χαμηλή ΠΖ στο συγκεκριμένο πληθυσμό η οποία οφείλεται κυρίως στις επιπτώσεις που έχει η βαριά νόσος στη ψυχοσωματική διάσταση του ατόμου. Τα συγκεκριμένα προβλήματα που βιώνουν τα άτομα αυτά είναι διαταραχές ύπνου, δυσκολίες στη συγκέντρωση, δυσκολίες στην ανάμνηση πρόσφατων γεγονότων, άγχος/κατάθλιψη, ανικανότητα εκτέλεσης συνήθων δραστηριοτήτων, μειωμένη αυτοφροντίδα, περιορισμένη αυτονομία, μειωμένη κινητικότητα και αίσθημα δυσφορίας/πόνου. Επίσης οι παράγοντες που συμβάλουν στη χαμηλή ΠΖ των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ είναι η ηλικία, η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, το φύλο, η σοβαρότητα της νόσου (π.χ. σήψη) και η μη ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης.

Πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες που να περιέχουν δείγμα από διάφορες χώρες ώστε να αξιολογηθεί η ΠΖ σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ χωρίς την παρεμβολή συγχυτικών παραγόντων όπως είναι η κουλτούρα και οι ηθικές αξίες της κάθε χώρας που επηρεάζει τις απαντήσεις των υποκειμένων. Αυτό θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν μία 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.

Βιβλιογραφία

- Angus D.C, Musthafa, A.A., Clermont, G., Griffin, M.F., Linde-Zwirble, W.T., DREMSIZOV, T.T. & Pinsky, M.R. 2001, "Quality-adjusted survival in the first year after the acute respiratory distress syndrome", *American journal of respiratory and critical care medicine*, vol. 163, no. 6, pp. 1389.
- Bapat, V., Allen, D., Young, C., Roxburgh, J. & Ibrahim, M. 2005, "Survival and quality of life after cardiac surgery complicated by prolonged intensive care", *Journal of cardiac surgery*, vol. 20, no. 3, pp. 212-217.
- Fildissis, G., Zidianakis, V., Tsigou, E., Koulenti, D., Katostaras, T., Economou, A. & Baltopoulos, G. 2007, "Quality of life outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care", *Croatian medical journal*, vol. 48, no. 6, pp. 814.
- Flaatten, H. & Kvåle, R. 2001, "Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population", *Intensive care medicine*, vol. 27, no. 6, pp. 1005-1011.
- García Lizana, F., Peres Bota, D., De Cubber, M. & Vincent, J.L. 2003, "Long-term outcome in ICU patients: What about quality of life?", *Intensive care medicine*, vol. 29, no. 8, pp. 1286-1293.
- Granja, C., Dias, C., Costa-Pereira, A. & Sarmiento, A. 2004, "Quality of life of survivors from severe sepsis and septic shock may be similar to that of others who survive critical illness", *Critical Care*, vol. 8, no. 2, pp. R91-R98.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A. & Carneiro, A. 2005, "Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life", *Critical Care*, vol. 9, no. 2, pp. R96-R109.
- Granja, C., Teixeira-Pinto, A. & Costa-Pereira, A. 2002, "Quality of life after intensive care-evaluation with EQ-5D questionnaire", *Intensive care medicine*, vol. 28, no. 7, pp. 898-907.
- Herridge, M.S., Cheung, A.M., Tansey, C.M., Matte-Martyn, A., Diaz-Granados, N., Al-Saidi, F., Cooper, A.B., Guest, C.B., Mazer, C.D. & Mehta, S. 2003, "One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome", *New England Journal of Medicine*, vol. 348, no. 8, pp. 683-693.
- Hupcey, J.E. & Zimmerman, H.E. 2000, "The need to know: experiences of critically ill patients", *American Journal of Critical Care*, vol. 9, no. 3, pp. 192.
- Kvåle, R., Ulvik, A. & Flaatten, H. 2003, "Follow-up after intensive care: a single center study", *Intensive care medicine*, vol. 29, no. 12, pp. 2149-2156.

- Lusk, B. & Lash, A.A. 2005, "The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients", *Dimensions of critical care nursing*, vol. 24, no. 1, pp. 25.
- Ruth M. Kleinpell, Carol E. Ferrans 2002, "Quality of life of elderly patients after treatment in the ICU", *Research in nursing & health*, vol. 25, no. 3, pp. 212-221.
- Schelling, G. 2002, "Effects of Stress Hormones on Traumatic Memory Formation and the Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critically Ill Patients* 1", *Neurobiology of learning and memory*, vol. 78, no. 3, pp. 596-609.
- Vermetten, E. & Bremner, J.D. 2002, "Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies", *Depression and anxiety*, vol. 15, no. 3, pp. 126-147.
- Wehler, M., Martus, P., Geise, A., Bost, A., Mueller, A., Hahn, E.G. & Strauss, R. 2001, "Changes in quality of life after medical intensive care", *Intensive care medicine*, vol. 27, no. 1, pp. 154-159.
- Υφαντόπουλος Γ., Μ.Σ. "Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής Μεθοδολογία μέτρησης", .
- Μερκούρης Α. (ed) 2008, *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.
- Παπαθανάσογλου Ε. (ed) 2010, *Εντατική Νοσηλευτική*, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Τμήμα Νοσηλευτικής edn, Παπαθανάσογλου Ε., Αθήνα.
- Νάκου Σ.2001, "Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας Εφαρμογές στην Παιδιατρική", .