

Μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική έκπτωση ασθενών νοσηλευόμενων σε μονάδες εντατικής θεραπείας λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας

Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation in patients hospitalized in intensive care units due to serious health problems.

Abstract at the end of the article

¹Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

²Ψυχολόγος, MSc, PhD, Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΑ Σισμανόγλειο- Αμαλία Φλέμινγκ

³Ομότιμη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

⁴Ομότιμη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Υποβλήθηκε:06/01/2023
Επανυποβλήθηκε:13/03/2023
Εγκρίθηκε:05/04/2023

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αγγελική Στάμου
Λασκάρεως 54, 11472 Αθήνα
Τηλ: (+30) 6976843758
e-mail: astamou@uniwa.gr

Αγγελική Στάμου,¹ Ειρήνη Παπάζογλου,² Ελένη Κυρίτση,³
Δανάη Παπαδάτου⁴

Εισαγωγή: Μετατραυματική ανάπτυξη (Post Traumatic Growth - PTG) είναι η υποκειμενική εμπειρία, θετικών, μετασχηματιστικών ψυχικών αλλαγών, που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα μιας τραυματικής εμπειρίας ή εξαιρετικά δύσκολης συνθήκης ζωής. Περιλαμβάνει αλλαγές στην αντίληψη για τη ζωή, στην αντίληψη του εαυτού και των άλλων, ενώ οδηγεί στον προσδιορισμό νέων προτεραιοτήτων και πνευματικών αναζητήσεων. Ωστόσο το άτομο στους ίδιους τομείς μπορεί να βιώνει και αρνητικές ψυχικές αλλαγές οι οποίες ορίζονται ως μετατραυματική έκπτωση (Post Traumatic Depreciation-PTD).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης, νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ λόγω απειλητικής για τη ζωή τους ασθένειας ή τραυματισμού.

Υλικό και Μέθοδος: Συμμετείχαν 21 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ λόγω σοβαρού νοσήματος ή τραυματισμού που απείλησε τη ζωή τους. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ψυχομετρικό εργαλείο εκτίμησης μετατραυματικής ανάπτυξης (θετικές αλλαγές) και μετατραυματικής έκπτωσης (αρνητικές αλλαγές) (PTGI-42). Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 10%. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) ήταν 59,8 με υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες «Εκτίμηση ζωής» (MT=3,8) και «Προσωπική Δύναμη» (MT=3,1), ενώ στην κλίμακα μετατραυματικής έκπτωσης (PTDI) ήταν 16,9 με υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες «Σχέση με τους Άλλους» (MT=1,1) και «Νέες δυνατότητες»

(MT=0,9). Μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη εμφάνισαν τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,073$), οι νοσηλευόμενοι σε γενική ΜΕΘ ($p=0,089$), οι πολυτραυματίες σε σχέση με τους εμφραγματίες ($p=0,089$), όπως επίσης και τα άτομα που είχαν μνήμες από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ ($p=0,044$). Αντίθετα, μεγαλύτερη μετατραυματική έκπτωση παρουσίασαν τα άτομα ηλικίας 18-50 ετών ($p=0,086$).

Συμπεράσματα: Μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ οι συμμετέχοντες των οποίων η ζωή απειλήθηκε, βίωσαν τόσο θετικές (μετατραυματική ανάπτυξη) όσο και αρνητικές αλλαγές (μετατραυματική έκπτωση). Παρατηρήθηκε συχνότερα μετατραυματική ανάπτυξη παρά μετατραυματική έκπτωση. Η ανάπτυξη κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποβλέπει στην ενίσχυση των παραγόντων προαγωγής της μετατραυματικής ανάπτυξης, καθώς και στην πρόληψη ή μείωση της μετατραυματικής έκπτωσης.

Λέξεις-ευρετηρίου: Μετατραυματική ανάπτυξη, Μετατραυματική έκπτωση, Μονάδα εντατικής θεραπείας, Επιπτώσεις μετά τη νοσηλεία ασθενούς στη ΜΕΘ

Εισαγωγή

Η νοσηλεία βαρέως πασχόντων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας συνετέλεσε στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, αλλά η παρατεταμένη νοσηλεία και η σοβαρότητα της νόσου συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχосυναισθηματικών αλλαγών, όπως είναι η μετατραυματική ανάπτυξη και έκπτωση.

Ως μετατραυματική ανάπτυξη (Post Traumatic Growth - PTG), ορίζεται η υποκειμενική εμπειρία θετικών ψυχολογικών αλλαγών που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα της διαχείρισης μιας τραυματικής εμπειρίας ή εξαιρετικά δύσκολης συνθήκης ζωής. Περιλαμβάνει αλλαγές όσον αφορά στην αντίληψη α) για τη ζωή, β) τον εαυτό, γ) τους άλλους, δ) τον προσδιορισμό νέων προτεραιοτήτων και ε) για τις πνευματικές αναζητήσεις.¹ Η μετατραυματική ανάπτυξη αναφέρεται στην εμπειρία των ατόμων που επιβιώνουν από ένα τραυματικό γεγονός την οποία χρησιμοποιούν ως «ευκαιρία» για περαιτέρω προσωπική ανάπτυξη.^{2,3} Ο συγκεκριμένος όρος δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1995 από τους Tedeschi και Calhoun¹. Όλοι οι ορισμοί της μετατραυματικής ανάπτυξης που έχουν διατυπωθεί μέχρι σήμερα, τείνουν να συγκλίνουν γύρω από μια διαδικασία ή έναν μηχανισμό με τον οποίον οι άνθρωποι που έχουν υποστεί σοβαρά «σεισμικά» ή τραυματικά

γεγονότα αποκομίζουν ένα παράδοξο, πολύπλευρο όφελος.²

Τα τελευταία 30 χρόνια, στη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι όροι, αναφορικά με την περιγραφή της μετατραυματικής ανάπτυξης μεταξύ των οποίων είναι: «θετικές ψυχολογικές αλλαγές», «άντληση δύναμης από τις αντιξοότητες»,⁴ «εύρεση οφέλους», «αντιλαμβανόμενα οφέλη» και περιλαμβάνουν συμπεριφορές που συμβάλλουν τόσο στη βελτίωση της υγείας (π.χ. τακτικός προληπτικός έλεγχος υγείας) όσο και στην προσωπική «ανάπτυξη» του ατόμου. Ο όρος «ανάπτυξη» αναφέρεται στις αντιλαμβανόμενες θετικές, βαθιές και μετασχηματιστικές αλλαγές που περιλαμβάνουν: καλύτερη προσαρμογή, στενότερες και ουσιαστικότερες σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους και πνευματική διεύρυνση και εμβάθυνση. Οι ερευνητές της μετατραυματικής ανάπτυξης έχουν διατυπώσει ένα θεωρητικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο σοβαρά, απειλητικά ακόμη και τραυματικά συμβάντα της ζωής μπορεί να προκαλέσουν την επιθυμία στο άτομο να συμβάλει με κάποιον τρόπο στη βελτίωση του εαυτού, της σχέσης με άλλους και της επανεκτίμησης της ζωής. Δηλαδή, ένα αντικειμενικά ανατρεπτικό γεγονός στη ζωή τους, όπως η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ή μια καταστροφή ή ένας πόλεμος, τους δίνει

την ευκαιρία να αναπτύξουν νέους τρόπους σκέψης, αίσθησης και συμπεριφοράς, καθώς νοσηματοδοτούν εκ νέου τις προτεραιότητες της ζωής τους, με συνέπεια να αντλούν πολλαπλά οφέλη από την εμπειρία αυτή.⁵

Από το 2008 οι ερευνητές άρχισαν να μελετούν και τις αρνητικές αλλαγές στις αντιλήψεις ενός ατόμου όσον αφορά στον εαυτό του, στους άλλους και στον κόσμο. Τα ευρήματα οδήγησαν στην περιγραφή του φαινομένου της μετατραυματικής έκπτωσης (Post-traumatic Depreciation - PTD).⁶

Αυτό που έχει παρατηρηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία είναι ότι οι ερευνητές ζητούν από τα άτομα που έχουν υποστεί ένα τραύμα στη ζωή τους να αναφέρουν τόσο την ανάπτυξη που έχει επέλθει όσο και την μετατραυματική έκπτωση από το ίδιο γεγονός. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι, αν το άτομο δεν βιώσει ψυχική οδύνη εξαιτίας αρνητικών γεγονότων, τότε δεν έχει κίνητρο να αλλάξει.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές αλλαγές μετά από τραυματικά γεγονότα. Συχνά αναφέρονται και στις δύο ταυτόχρονα, αν και οι αναφορές στις διαστάσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι συχνότερες από τις αναφορές στις διαστάσεις της μετατραυματικής έκπτωσης.⁷

Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη εκτίμηση των θετικών αλλαγών ενώ οι αρνητικές αλλαγές ερμηνεύονται από τους ερευνητές ως συμπτώματα μετατραυματικού στρες ή συναισθηματικής δυσφορίας. Άλλωστε οι περισσότεροι άνθρωποι δεν μπαίνουν πάντα στη διαδικασία να αναζητήσουν και να αποδώσουν ένα μονάχα νόημα στο τραυματικό βίωμα, γεγονός που δυσχεραίνει την εξαγωγή αποτελεσμάτων όσον αφορά στη σχέση των δύο διαστάσεων.⁸

Οι προγνωστικοί παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν είναι ίδιοι με τους προγνωστικούς παράγοντες των αρνητικών αλλαγών αλλά μπορεί να συνυπάρχουν. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, ο βαθμός της κοινωνικής στήριξης, το είδος της τραυματικής εμπειρίας που είναι καθοριστικοί για τη μετατραυματική ανάπτυξη και την εκδήλωση μετατραυματικής έκπτωσης.⁸

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης –που αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος– ήταν η εκτίμηση του βαθμού της μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης, νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ λόγω απειλητικής για τη ζωή τους ασθένειας ή τραυματισμού.

Υλικό και Μέθοδος

Από τους 120 νοσηλευθέντες ασθενείς τεσσάρων Νοσοκομείων καθώς και ενός Κέντρου Αποκατάστασης στην περιφέρεια Αττικής που περιλήφθηκαν στη μελέτη, ανευρέθηκαν τηλεφωνικά οι 60. Από αυτούς είχαν απεβιώσει οι 25, ποσοστό 41,6%. Από τους 35 που απέμειναν, πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής 33 άτομα, καθώς δύο άτομα με διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή αποκλείστηκαν. Από τα εναπομείναντα άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη 12 άτομα, ποσοστό 36,3% και συνεπώς ο τελικός αριθμός συμμετεχόντων ήταν 21 άτομα (12 άνδρες και 9 γυναίκες) ηλικίας 26-62 ετών.

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

Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

- Όλοι οι συμμετέχοντες να έχουν νοσηλευθεί σε ΜΕΘ για τουλάχιστον 24 ώρες, εξαιτίας απειλητικού για τη ζωή προβλήματος υγείας ή ατυχήματος
- Να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών
- Να έχουν περάσει τουλάχιστον 6 μήνες από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.
- Να κατανοούν την ελληνική γλώσσα
- Να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν λεκτικά και να μην παρουσιάζουν κάποιο νοητικό πρόβλημα
- Να μην έχουν διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή.

Μέθοδος

Το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε γενικές ΜΕΘ, ΜΕΘ εμφραγμάτων και καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ λόγω προβλημάτων υγείας, όπως αγγειακά εγκεφαλικά, αναπνευστικά, καρδιολογικά προβλήματα και πολλαπλά τραύματα.

Ως εργαλείο συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο Κλίμακα μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης και Μετατραυματικής Έκπτωσης (Post-traumatic Growth Inventory-42, PTGI-42),

Επίσης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για τη συλλογή τόσο κοινωνικοδημογραφικών όσο και κλινικών χαρακτηριστικών της υγείας των συμμετεχόντων. Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηρι-

Πίνακας 1: Εσωτερική συνοχή των απαντήσεων των συμμετεχόντων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's α
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,851
Νέες δυνατότητες	5	0,704
Προσωπική δύναμη	4	0,172
Πνευματική αλλαγή	2	0,311
Εκτίμηση ζωής	3	0,840
Σύνολο	21	0,888
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)		
Σχέση με τους άλλους	7	0,629
Νέες δυνατότητες	5	0,646
Προσωπική δύναμη	4	0,509
Πνευματική αλλαγή	2	0,053
Εκτίμηση ζωής	3	0,398
Σύνολο	21	0,765

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

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

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

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

στικά, αυτά περιελάμβαναν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το θρήσκευμα. Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά της υγείας και φροντίδας του ασθενή, οι ερωτήσεις αφορούσαν στα γνωστά συμπτώματα πριν την εισαγωγή σε ΜΕΘ, στο είδος της ΜΕΘ που νοσηλεύτηκαν, στον χρόνο νοσηλείας σε νοσηλευτικό τμήμα και σε ειδικό κέντρο αποκατάστασης, στη χρονική δι-

άρκεια από την έξοδο από τη ΜΕΘ, στις μνήμες από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, στη συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης και στην υπό εξέλιξη αποκατάσταση ή πλήρη αποκατάσταση.

Η Κλίμακα μέτρησης της Μετα-τραυματικής Ανάπτυξης και Μετατραυματικής Έκπτωσης (Post-traumatic Growth Inventory-42, PTGI-42) δημιουργήθηκε από τους Baker et al, το 2008⁶ και αποτελεί την αναθεώρηση της

Πίνακας 4: Συνολική βαθμολογία των κλιμάκων και των διαστάσεών τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Μέση Τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (Q ₁ -Q ₃)
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)		
Σχέση με τους άλλους	2,7(1,5)	3(1,6-3,6)
Νέες δυνατότητες	2,3(1,3)	2,4(1,3-3,4)
Προσωπική δύναμη	3,1(1,1)	3,25(2,25-3,75)
Πνευματική αλλαγή	2,9(1,5)	2,5(1,75-4,5)
Εκτίμηση ζωής	3,8(1,6)	4,7(3,3-4,8)
Σύνολο	2,9(1,1) 59,8(22,9)	2,85(2,19-3,90) 60,0(46,0-82,0)
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)		
Σχέση με τους άλλους	1,1(1,0)	0,85(0,21-2,0)
Νέες δυνατότητες	0,9(1,1)	0,6(0,0-1,4)
Προσωπική δύναμη	0,8(0,9)	0,75(0,0-1,12)
Πνευματική αλλαγή	0,3(0,7)	0,0(0,0-0,0)
Εκτίμηση ζωής	0,4(0,6)	0,0(0,0-0,7)
Σύνολο	0,8(0,6) 16,9(13,4)	0,7(0,33-1,1) 15,0(7,0-22,0)

Πίνακας 5: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με την ηλικία τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ		p
	18-50 ετών (n=7)	51+ ετών (n=14)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,8-3,6)	3,0(1,0-3,4)	0,681
Νέες δυνατότητες	3,0(1,2-3,4)	2,1(1,3-3,4)	0,852
Προσωπική δύναμη	3,2(3,3-3,8)	3,8(2,1-3,8)	0,764
Πνευματική αλλαγή	2,0(1,5-4,0)	3,0(2,4-4,5)	0,106
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,0-4,7)	4,5(3,3-5,0)	0,518
Συνολική βαθμολογία	3,1(2,3-3,4) 66 (50-79)	2,8(2,0-4,0) 58,5(41-83,3)	0,970
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,9(0,4-2,4)	0,7(0,0-1,3)	0,346
Νέες δυνατότητες	0,8(0,0-2,8)	0,60(0,0-0,85)	0,423
Προσωπική δύναμη	1,0(0,8-1,0)	0,4(0,0-1,4)	0,279
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,902
Εκτίμηση ζωής	1,0(0,0-1,3)	0,0(0,0-0,8)	0,062
Συνολική βαθμολογία	1,0(0,8-1,8) 20 (16-37)	0,5(0,3-1,0) 10,5(5,5-22)	0,086

Πίνακας 6: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	Έγγαμος (n=12)	Άγαμος/διαζευγμένος (n=9)	p
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,2(1,4-4,2)	2,7(1,4-3,4)	0,301
Νέες δυνατότητες	2,1(1,5 -3,4)	2,4(1,1-3,3)	0,669
Προσωπική δύναμη	3,4(2,0-3,8)	3,2(2,6-3,9)	0,747
Πνευματική αλλαγή	2,8 (1,6-4,5)	2,7(1,8-4,2)	0,747
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,3-5,0)	3,3(1,8-4,7)	0,076
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,0-2,4) 60,5 (44-85)	2,7(1,8-3,5) 57 (37-73)	0,477
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,5(0,0-2,2)	0,9 (0,6-2,0)	0,473
Νέες δυνατότητες	0,8(0,6-1,1)	0,0(0,0-0,6)	0,038
Προσωπική δύναμη	1,0(0,0-1,6)	0,8(0,0-0,9)	0,211
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,815
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,25)	0,0(0,0-1,0)	0,397
Συνολική βαθμολογία	0,6 (0,3-1,1) 13(7,0-23)	(0,7) (0,4-1) 15(8,5-20,5)	0,831

κλίμακας Post-traumatic Growth Inventory των Tedeschi και Calhoun το 1996,⁹ που περιλάμβανε 21 items/διατυπώσεις. Το εργαλείο αυτό προτιμήθηκε καθώς αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο που διακρίνεται για τις ψυχομετρικές ιδιότητές του. Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αξιολογεί τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα που βίωσαν τραυματικά γεγονότα. Αποτελείται από 42 items/διατυπώσεις που αφορούν θετικές ή αρνητικές αλλαγές στον τρόπο που τις αντιλαμβάνεται το άτομο. Σε μία εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβαθμίσεις από 0 (καθόλου) έως 5 (σε πολύ μεγάλο βαθμό), ο ερωτώμενος καταγράφει αν βίωσε μια σειρά από αλλαγές και σε ποιον βαθμό, ως αποτέλεσμα της ασθένειας, του τραυματισμού και της νοσηλείας στη ΜΕΘ. Η συγκεκριμένη κλίμακα δίνει μία συνολική βαθμολογία (105) μετατραυματικής ανάπτυξης και (105) μετατραυματικής έκπτωσης καθώς και πέντε επιμέρους βαθμολογίες για κάθε μια από τις πέντε υποκλίμακες/διαστάσεις που αφορούν α) αλλαγές στις

σχέσεις με τους άλλους, β) συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, γ) αυξημένη προσωπική δύναμη, δ) πνευματικές αλλαγές και ε) αλλαγή στην εκτίμηση της ζωής.

Δεοντολογία της μελέτης

Το πρωτόκολλο εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Παράλληλα, κατατέθηκε και εγκρίθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο σε κάθε νοσοκομείο που συμμετείχε στην μελέτη προκειμένου να δοθεί άδεια και για την πρόσβαση στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο /αρχεία κίνησης των ασθενών ΜΕΘ που νοσηλεύτηκαν σε Καρδιολογικές, και Γενικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας καθώς και στην Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας των Νοσοκομείων και του Κέντρου Αποκατάστασης. Για να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα PTGI-42 ζητήθηκε και παραχωρήθηκε η άδεια του ερευνητή Καθηγητή Tedeschi R.

Πίνακας 7: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		p
	Πρωτοβ/δευτερ. (n=9)	Τριτοβάθμια (n=12)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,4(0,3-3,9)	3,0(2,5-3,5)	1,0
Νέες δυνατότητες	2,4(0,9-3,8)	2,1(1,5-3,4)	1,0
Προσωπική δύναμη	3,8 (3,4-3,9)	3,1(1,9-3,6)	0,073
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,5)	3,0(2,0-4,4)	0,616
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,0-5,0)	4,5(3,3-4,7)	0,772
Συνολική βαθμολογία	2,9(1,5-4,0) 61,0 (31,0-84,5)	2,7(2,4-3,7) 57,0 (51,0-77,8)	0,749
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,4(0,0-1,9)	0,9(0,5-2,1)	0,282
Νέες δυνατότητες	0,6(0,0-0,8)	0,8(0,1-2,0)	0,309
Προσωπική δύναμη	0,0(0,0-1,3)	0,8(0,2-1,2)	0,462
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,815
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,7)	0,0(0,0-0,8)	0,899
Συνολική βαθμολογία	0,4(0,2-1,0) 8,0 (3,5-22,0)	0,8(0,5-1,0) 16,5 (11,0-22,0)	0,145

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε με το κριτήριο Shapiro-wilk και γραφικά με ιστογράμματα και απορρίφθηκε. Για τη σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών χωρίς κανονική μεταβλητή και μιας κατηγορικής εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία Mann-Whitney, ενώ για περισσότερες από δύο η στατιστική δοκιμασία Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής

συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η εσωτερική συνοχή άρα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's-α. Υψηλές τιμές του συντελεστή (κοντά στο 1) υποδηλώνουν υψηλή εσωτερική συνοχή. Στις περισσότερες υποκλίμακες καθώς και στο σύνολο του ερωτηματολογίου οι συντελεστές Cronbach α έχουν υψηλές τιμές (>0,6). Η συνολική βαθμολογία Cronbach α στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) ήταν (α=0,888) και στην κλίμακα PTDI (α=0,765) Πίνακας 1. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 10%. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα

Από τους συμμετέχοντες, 6 άτομα(28,6%) ήταν πολυτραυματίες, 5 άτομα (23,8%) ήταν καρδιοχειρουργημένοι, 3 άτομα (14,3%) ήταν εμφραγματίες και 7 ασθενείς,

Πίνακας 8: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			p
	Ιδιωτ. Υπάλληλος (n=7)	Δημ υπ./ελ.επαγγ (n=7)	Άνεργος/συντ/χος (n=7)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)				
Σχέση με τους άλλους	3,3(2,7-3,6)	2,6(0,4-4,0)	3,0(2,1-3,6)	0,597
Νέες δυνατότητες	1,8(1,4-3,2)	1,4(0,8-3,4)	2,4(1,6-4,2)	0,505
Προσωπική δύναμη	3,3(1,8-4,0)	3,5(3,0-3,8)	3,5(2,3-3,8)	0,700
Πνευματική αλλαγή	2,5(2,0-4,5)	2,5(1,5-4,5)	3,0(1,5-4,5)	0,989
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,0-5,0)	4,3(1,7-5,0)	4,3(3,3-4,7)	0,636
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,4-4,0) 60,0 (50,0-83,0)	2,7(1,0-3,9) 57,0(20,0-81,0)	2,9(2,6-4,1) 61,0(54,0-86,0)	0,834
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)				
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-1,9)	0,4(0,0-2,1)	1,0(0,9-2,7)	0,455
Νέες δυνατότητες	0,8(0,6-2,6)	0,0(0,0-0,8)	0,6(0,0-2,0)	0,071
Προσωπική δύναμη	1,0(0,0-1,8)	0,0(0,0-0,8)	1,0(0,0-1,3)	0,349
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,990
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,537
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,5-1,8) 16,0(10,0-37,0)	0,3(0,1-0,8) 7,0(3,0-1,07)	1,0(0,4-1,1) 20,0(08-24,0)	0,199

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

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

ρουργική ή μονάδα εμφραγμάτων το 38,1% του δείγματος (Πίνακας 3).

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων και των υποκλιμάκων τους. Στην κλίμακα μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) η συνολική βαθμολογία ήταν 59,8 με τη μεγαλύτερη θετική βαθμολογία 105, ενώ η μέση τιμή στην κλίμακα μετατραυματικής (PTDI) ήταν 16,9, με μεγαλύτερη αρνητική βαθμολογία το 105. Όσον αφορά στη Μετατραυματική Ανάπτυξη (κλίμακα PTGI) μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις υποκλίμακες «Προσωπική Δύναμη» (MT=3,1) και «Εκτίμηση ζωής» (MT=3,8), ενώ στην κλίμακα Μετατραυματικής έκπτωσης (PTDI) μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στις υποκλίμακες «Σχέση με τους Άλλους» (MT=1,1) και «Νέες δυνατότητες» (MT=0,9).

Από την εφαρμογή της μη παραμετρικής στατιστικής δοκιμασίας Mann-Whitney Test δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες PTGI και PTDI, όπως και στις υποκλίμακές τους σε σχέση με το φύλο,

Πίνακας 9: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με τη διάγνωση

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ		p
	Πολυτραυματίες/άλλα νοσήματα(n=13)	Καρδιολογικά νοσημ. (n=8)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,3(1,9-3,9)	2,7(0,9-3,4)	0,292
Νέες δυνατότητες	3,2(1,3-3,7)	1,6(0,4-2,4)	0,118
Προσωπική δύναμη	3,5(3,3 -3,9)	3,6(2,3-3,6)	0,101
Πνευματική αλλαγή	4,0(2,0-4,5)	2,3(1,5-3,0)	0,165
Εκτίμηση ζωής	4,7(3,7-4,8)	4,3(2,1-4,9)	0,530
Συνολική βαθμολογία	3,3(2,3-4,0) 68,0 (49,0-85,0)	2,6(1,3-2,9) 55,5(26,0-60,8)	0,089
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9 (0,2-2,1)	0,9(0,1-1,6)	0,971
Νέες δυνατότητες	0,6 (0,0-0,9)	0,7(0,1-2,0)	0,505
Προσωπική δύναμη	0,8 (0,0-1,3)	0,9(0,9-1,9)	0,574
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-0,0)	0,154
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,167
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,2-1,1) (17,0) (5,0-23,0)	0,6(0,4-1,1) 13,0,0(7,8-20,5)	1,0

$p>0,10$ Σε σχέση με την ηλικία, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην υποκλίμακα «Εκτίμηση της ζωής» της κλίμακας PTDI όπου μεγαλύτερη έκπτωση βιώνουν τα άτομα ηλικίας από 18-50 ετών ($p=0,062$) όπως και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PTDI ($p=0,086$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές σε σχέση με την ηλικία σε καμία άλλη κλίμακα ή υποκλίμακα ($p>0,10$) (Πίνακας 5).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους/διαζευγμένους, βιώνουν «μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής» ($p=0,076$), μεγαλύτερη έκπτωση «νέες δυνατότητες» ($p=0,038$). (Πίνακας 6).

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία κλίμακα και υποκλίμακα παρά μόνο στην υποκλίμακα «προσωπική δύναμη» της κλίμακας PTGI όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη φαίνεται να έχουν τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,073$) (Πίνακας 7)

Από τις συγκρίσεις σε σχέση με το επάγγελμα βρέθηκε ότι μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «νέες δυνατότητες» σημείωσαν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ($p=0,071$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το επάγγελμα σε καμία άλλη διάσταση των κλιμάκων, αλλά ούτε και στις συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων ($p>0,10$) (Πίνακας 8).

Σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων PTGI-42 με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Συγκρίνοντας τις συνολικές και τις επί μέρους βαθμολογίες των κλιμάκων σε σχέση με τη διάγνωση βρέθηκε ότι η ομάδα των πολυτραυματιών και άλλων σοβαρών νοσημάτων σε σχέση με τους καρδιολογικούς ασθενείς είχαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,089$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη διάγνωση, $p>0,10$ (Πίνακας 9).

Τα άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» της κλίμακας PTDI σε σχέση με τα άτομα του δεν υποβλήθηκαν ($p=0,004$). Δεν

Πίνακας 10: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		p
	Όχι (n=15)	Ναι (n=6)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,4-3,6)	2,1(0,4-3,9)	0,507
Νέες δυνατότητες	2,4(1,4-3,4)	2,4(1,0-4,1)	0,815
Προσωπική δύναμη	3,3(2,3-3,8)	3,8(2,8-3,8)	0,327
Πνευματική αλλαγή	3,0(2,0-4,5)	2,0(1,1-3,0)	0,136
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,3-4,8)	0,751
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,6-4,0) 60,0(54,0-83,0)	2,6(1,6-3,9) 55,0 (33,5-82,0)	0,755
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-1,9)	0,7(0,3-2,5)	0,906
Νέες δυνατότητες	0,8(0,2-1,8)	0,0(0,0-1,4)	0,232
Προσωπική δύναμη	0,8 (0,0-1,0)	0,8(0,0-2,2)	0,628
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,5(0,0-2,1)	0,004
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,0(0,0-1,1)	0,926
Συνολική βαθμολογία	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,0-22,0)	0,9(0,1-1,4) 18,5(2,3-29,0)	0,907

παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες και στις διαστάσεις τους, $p>0,10$ (Πίνακας 10).

Σχετικά με τον χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ενώ αντίθετα τα άτομα που παρέμειναν στο τμήμα περισσότερο από 15 ημέρες παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στην «πνευματική αλλαγή» ($p=0,036$), όπως επίσης και τα άτομα που νοσηλεύθηκαν συνολικά περισσότερες από 31 ημέρες, ($p=0,083$) (Πίνακας 11, Πίνακας 12, Πίνακας 13).

Αναφορικά με τον χρόνο που πέρασε μετά την έξοδο των συμμετεχόντων από τη ΜΕΘ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που είχαν λιγότερο χρόνο από 24 μήνες παρουσίαζαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στις «νέες δυνατότητες» ($p=0,061$), μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση της «εκτίμησης της ζωής» ($p=0,012$), και μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» ($p=0,056$). (Πίνακας 14).

Σχετικά με το είδος της μονάδας που νοσηλεύονταν βρέθηκε ότι τα άτομα που νοσηλεύονταν σε γενική ΜΕΘ σε σχέση με την καρδιολογική σημείωσαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,089$) (Πίνακας 15).

Τα άτομα τα οποία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο εισήχθησαν άμεσα στη ΜΕΘ, σημείωσαν λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,032$), λιγότερη «προσωπική δύναμη» ($p=0,063$), λιγότερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη, ($p=0,039$) και μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,092$) (Πίνακας 16).

Αναφορικά με τις μνήμες από τα γεγονότα κατά τη νοσηλεία τους βρέθηκε, ότι τα άτομα που είχαν μνήμες βίωναν μεγαλύτερης έντασης ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,022$), στη διάσταση «νέες δυνατότητες» ($p=0,066$), και μεγαλύτερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,044$) (Πίνακας 17).

Τα άτομα που είχαν συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκα-

Πίνακας 11: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTG, PTD σε σχέση με τον χρόνο παραμονής τους στη ΜΕΘ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ		p
	Έως 10 ημέρες (n=11)	11+ ημέρες (n=10)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,0(2,1-3,6)	3,1(1,0-3,9)	0,698
Νέες δυνατότητες	2,4(1,4-3,2)	2,4(1,2-3,6)	0,751
Προσωπική δύναμη	3,3(2,0-3,8)	3,6(3,2-3,8)	0,287
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,0)	3,3(1,9-4,5)	0,619
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,0-4,8)	0,886
Συνολική βαθμολογία	2,9(2,4-3,9) 60,0(50,0-81,0)	3,0(2,0-4,0) 62,5(41,0-85,0)	0,597
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,0-2,1)	0,7(0,3-2,0)	0,670
Νέες δυνατότητες	0,6(0,2-1,8)	0,4(0,0-1,4)	0,565
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,0)	0,8(0,0-1,7)	0,884
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,3)	0,156
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,0(0,0-1,1)	0,475
Συνολική βαθμολογία	0,7(0,3-1,0) 15,0(7,0-22,0)	0,7(0,3-1,2) 14,0(5,3-25,8)	0,833

τάστασης παρουσίασαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή» ($p=0,036$) (Πίνακας 18).

Επίσης, τα άτομα που η αποκατάσταση ήταν σε εξέλιξη παρουσίασαν λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη ($p=0,029$), μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «προσωπική δύναμη» ($p=0,076$), και «πνευματική αλλαγή» ($p=0,004$) (Πίνακας 17).

Επιπλέον, τα άτομα που δεν είχαν αποκατασταθεί πλήρως παρουσίαζαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στη διάσταση «σχέση με τους άλλους» ($p=0,029$), είχαν μεγαλύτερη έκπτωση στη διάσταση «προσωπική δύναμη», $p=0,076$, και στην «πνευματική αλλαγή» ($p=0,004$) (Πίνακας 18).

Από την εφαρμογή της μη παραμετρικής συσχέτισης Spearman's rho και τη συσχέτιση των διαστάσεων των κλιμάκων PTGI και PTDI, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» της κλίμακας PTGI με τη διάσταση «νέες δυνατότητες» ($p<0,001$, $\rho=0,744$), «πνευματική αλλαγή» ($p=0,005$,

$\rho=0,588$), και «εκτίμηση ζωής» ($p=0,016$, $\rho=0,520$) με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ($p=0,016$). Η διάσταση «νέες δυνατότητες» της ίδιας κλίμακας παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τη διάσταση «πνευματική αλλαγή», ($p=0,060$ $\rho=0,417$), και «εκτίμηση ζωής», ($p=0,009$ $\rho=0,553$) (Πίνακας 19).

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI με της διαστάσεις της κλίμακας PTDI βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» της PTGI με αυτής της PTDI ($p=0,072$ $\rho=-0,400$), και της διάστασης «προσωπική δύναμη» της κλίμακας PTGI με αυτή της PTDI, ($p=0,029$ $\rho=-0,475$). (Πίνακας 20).

Από τη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTDI μεταξύ τους βρέθηκε θετική συσχέτιση της διάστασης «σχέση με τους άλλους» με την «εκτίμηση ζωής» της κλίμακας PTDI ($p=0,063$ $\rho=0,413$), και της διάστασης «νέες δυνατότητες» με την «προσωπική δύναμη» ($p=0,021$ $\rho=0,499$), και η διάσταση «προσωπική δύναμη» με την «πνευματική αλλαγή», ($p=0,005$ $\rho=0,588$)

Πίνακας 12: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με τον χρόνο παραμονής τους στο τμήμα νοσηλείας

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ		p
	1-14 ημέρες (n=12)	15+ ημέρες (n=9)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,9 (0,9-3,5)	3,3(1,9-3,9)	0,354
Νέες δυνατότητες	2,0(1,1-3,4)	3,0(1,3-3,7)	0,521
Προσωπική δύναμη	3,3 (2,1-3,7)	3,8(3,1-4,0)	0,162
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-3,8)	4,0(2,0-4,5)	0,237
Εκτίμηση ζωής	4,5(2,1-4,9)	4,7(3,7-4,8)	0,717
Συνολική βαθμολογία	2,8(1,3-3,7) 58,5(27,5-77,3)	3,2(2,3-4,0) 68,0(49,0-83,5)	0,374
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,0-2,1)	0,9(0,4-2,1)	0,886
Νέες δυνατότητες	0,6(0,1-1,6)	0,8(0,0-1,8)	0,942
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,0)	0,8(0,0-1,6)	0,912
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,5)	0,036
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,3-0,0)	0,0(0,0-1,2)	0,309
Συνολική βαθμολογία	0,6(0,3-1,0) 13,0(7,3-21,8)	0,8(0,2-1,4) 17,0(5,0-29,5)	0,831

(Πίνακας 21).

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού της μετα-τραυματικής ανάπτυξης και της μετα-τραυματικής έκπτωσης, νοσηλευόμενων ασθενών στις ΜΕΘ λόγω απειλητικής για τη ζωή τους ασθένειας ή τραυματισμού.

Όσον αφορά τη κλίμακα PTGI-42 (PTGI-PTDI) βρέθηκε ότι η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην υποκλίμακα PTGI ήταν 59,86 που σημαίνει ότι οι ασθενείς του δείγματος της παρούσας μελέτης παρουσίασαν πάνω από τον μέσο όρο θετική μετατραυματική ανάπτυξη (60 έναντι 105 που είναι η υψηλότερη βαθμολογία της κλίμακας PTGI) και μετατραυματική έκπτωση με συνολική βαθμολογία 16,95 έναντι της υψηλότερης βαθμολογίας 105 της υποκλίμακας PTDI.

Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη μελέτη των Barrington, & Shakespeare-Finch¹⁰, όπως και με άλλες

μελέτες⁶⁻¹¹ οι οποίοι ανέδειξαν τη συνύπαρξη της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή ασθένεια, σε πολυτραυματίες και σε άτομα που είχαν βιώσει ψυχotraυματικά γεγονότα ζωής.

Η συνύπαρξη πτυχών μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης υποστηρίζεται και στην παρούσα μελέτη, όπου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές ή αρνητικές διαφορές από τη συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας αλλά και μεταξύ των διαστάσεων της μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης, παρά μόνο μια οριακά αρνητική στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση «σχέσεις με άλλους» και «προσωπική δύναμη». Το ενθαρρυντικό είναι, ότι στην παρούσα μελέτη όπως και σε άλλες που χρησιμοποίησαν τις ίδιες κλίμακες, παρατηρήθηκε συχνότερα μετατραυματική ανάπτυξη παρά μετατραυματική έκπτωση.^{7,12-18}

Τα ευρήματα αυτά κάνουν φανερή την ανάγκη για μεγαλύτερη ψυχосυναισθηματική υποστήριξη, που να

Πίνακας 13: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλίμακων PTGI, PTDI, σε σχέση με τον συνολικό χρόνο νοσηλείας τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		p
	1-30 ημέρες (n=10)	31+ ημέρες (n=11)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,9(1,7-3,5)	3,3(1,1-4,3)	0,340
Νέες δυνατότητες	2,0(1,0-3,3)	3,0(1,2-3,4)	0,572
Προσωπική δύναμη	2,8(1,9-3,6)	3,8(3,3-4,0)	0,110
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-3,3)	4,0(2,0-4,5)	0,338
Εκτίμηση ζωής	4,5(2,9-5,0)	4,7(3,3-4,7)	0,886
Συνολική βαθμολογία	2,8(2,0-3,3) 58,5(42,0-69,8)	3,2(2,0-4,0) 68,0(42,0-84,0)	0,341
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,3-2,3)	0,6(0,0-1,6)	0,319
Νέες δυνατότητες	0,6(0,2-1,9)	0,8(0,0-1,0)	0,692
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,1)	0,8(0,0-1,5)	0,743
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-1,0)	0,083
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-1,0)	0,674
Συνολική βαθμολογία	0,7(0,4-1,1) 15,5(9,3-22,5)	0,5(0,2-1,0) 11,0(4,0-22,0)	0,438

αναδεικνύει τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές αλλαγές στον ψυχισμό των ασθενών αυτών. Επίσης, θεωρείται σκόπιμο η εκτίμηση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής έκπτωσης να γίνεται και στις επί μέρους διαστάσεις της κλίμακας μέτρησης και όχι μόνο στη συνολική της βαθμολογία, ώστε να υπάρχει μια καλύτερη εικόνα των αλλαγών που βιώνουν.

Αντίθετα, οι Kunz et al,¹⁷ συγκρίνοντας τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PTGI και PTDI σε ασθενείς με τραύμα σπονδυλικής στήλης βρήκαν θετική ισχυρή συσχέτιση και το απέδωσαν στο γεγονός ότι το τραυματικό συμβάν ήταν πρόσφατο. Ο Joseph et al,¹⁹ υποστηρίζουν ότι ο αρχικός χρόνος μετά το τραύμα μπορεί να χαρακτηρίζεται από μια αποδιοργάνωση των νοητικών δομών και ότι η αναδόμησή τους απαιτεί χρόνο. Επομένως, η μετατραυματική ανάπτυξη και έκπτωση μετά το τραύμα, αρχικά μπορεί να σχετίζονται θετικά, αλλά με την πάροδο του χρόνου διαφοροποιούνται, όταν τα άτομα είναι σε θέση να νοηματοδοτήσουν τις λειτουργίες που έχουν ανατραπεί λόγω της τραυματικής τους εμπειρίας.

Μια άλλη μελέτη των Michelsen et al,²⁰ διερεύνησε τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης σε άτομα που βρέθηκαν σε συνθήκες φυσικής καταστροφής. Έξι χρόνια μετά την έκθεση παρατήρησαν θετική συσχέτιση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής έκπτωσης και κατέληξαν στην άποψη ότι οι δύο κλίμακες μετρούν κάπως διαφορετικές πτυχές συμπεραίνοντας ότι οι απαντήσεις στο PTGI και στο PTDI δεν είναι αντιφατικές, εύρημα που συμφωνεί και με τα δεδομένα των Barrington & Shakespeare-Finch¹⁰, καθώς οι δύο κλίμακες παρέχουν μια ευρύτερη εικόνα των επιμέρους αλλαγών που βιώνουν οι συμμετέχοντες.

Μια άλλη μελέτη των Kroemeke et al,²¹ σε δείγμα γυναικών μετά από μαστεκτομή διαπίστωσε επίσης μη σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες PTGI και PTDI. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας ήταν 74,83 για την PTGI και 30,17 για την PTDI, εύρημα που υποδηλώνει εξαιρετικά καλή προσαρμογή μετά τη μαστεκτομή. Η σύγκριση όμως με άλλους ανεξάρτητους παράγοντες παρουσίασαν διαφορές τόσο σε ότι αφορά

Πίνακας 14: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλίμακων PTGI, PTDI σε σχέση με τον χρόνο από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ ΕΩΣ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ		p
	1-24 μήνες (n=10)	25+ μήνες (n=11)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,5(1,0-4,2)	2,7(2,1-3,3)	0,244
Νέες δυνατότητες	3,4(1,5-4,1)	1,6(1,2-3,0)	0,061
Προσωπική δύναμη	3,5(2,9-3,8)	3,3(2,3-4,0)	0,723
Πνευματική αλλαγή	3,3(1,5-4,5)	2,5(1,5-4,0)	0,749
Εκτίμηση ζωής	4,7(4,7-5,0)	4,0(2,0-4,3)	0,012
Συνολική βαθμολογία	3,8(2,0-4,1) 80,0(41,0-86,5)	2,7(2,6-3,1) 57,0(54,0-66,0)	0,231
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,5(0,0-1,3)	1,0(0,4-2,1)	0,270
Νέες δυνατότητες	0,8(0,0-1,2)	0,4(0,0-2,0)	0,719
Προσωπική δύναμη	0,9(0,0-1,7)	0,8(0,0-1,0)	0,662
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,3)	0,0(0,0-0,0)	0,056
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-1,0)	0,801
Συνολική βαθμολογία	0,6(0,3-1,1) 13,5(6,0-22,5)	0,7(0,3-1,0) 15,0(7,0-22,0)	0,805

στη μετατραυματική ανάπτυξη όσο και στη μετατραυματική έκπτωση. Αυτό καταδεικνύει ότι το PTDI δεν είναι απλά αντίθετο από το PTGI και ότι και οι δύο μεταβλητές αποτελούν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητες διαστάσεις.

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PTGI, όσο και στην PTDI σε σχέση με το φύλο. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με κάποιες μελέτες και σε συμφωνία με άλλες.^{22,23}

Μεγαλύτερη ανάπτυξη στις γυναίκες αναφέρουν και οι Barskova & Oesterreich²⁴ και Vishnevsky et al,²³. Οι διαφορές φύλου έχουν επίσης καταγραφεί σε διάφορα είδη τραυματικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, του HIV/AIDS, τρομοκρατικού συμβάντος και φυσικών καταστροφών.^{25,26} Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στους διαφορετικούς μηχανισμούς που κινητοποιούν οι γυναίκες κατά την εμφάνιση της ασθένειας. Παρόλα αυτά απαιτείται περισσότερη έρευνα πάνω στη μετατραυματική ανάπτυξη **σε σχέση με το φύλο**.

Στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν στατι-

στικά σημαντικές διαφορές, στις προς μελέτη κλίμακες και στις υποκλίμακές τους, **σε σχέση με την ηλικία** των συμμετεχόντων, παρά μια οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα PTDI και ειδικότερα στην υποκλίμακα αυτής που αναφέρεται στη μετατραυματική έκπτωση της ζωής στην οποία φαίνεται, ότι τα άτομα ηλικίας 18-50 βιώνουν περισσότερες αλλαγές μετατραυματικής έκπτωσης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την εργασία των Michelsen et al²⁰, που μελέτησε ασθενείς με τραύματα μετά από τσουνάμι και βρήκε ότι οι μεσήλικες είχαν μεγαλύτερη ανάπτυξη.

Μελέτες αναφέρουν ότι μεσήλικες είναι σε θέση να αναφέρουν θετικές αλλαγές σε αντίθεση με εκείνες που διαπιστώνουν μεγαλύτερο βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης σε νεαρότερες ηλικίες. Για τον λόγο αυτό, ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας ή τραυματισμού σε νεότερη ηλικία μπορεί να ανατρέψει την κοσμοθεωρία του ατόμου, επιτρέποντας έτσι μεγαλύτερη ανασυγκρότηση των νοητικών του κατασκευών γεγονός που λειτουργεί καταλυτι-

Πίνακας 15: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI σε σχέση με το είδος της ΜΕΘ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΘ		p
	Γενική (n=13)	Καρδιολογική (n=8)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	3,3(1,9-3,9)	2,7(0,9-3,4)	0,292
Νέες δυνατότητες	3,2(1,3-3,7)	1,6(0,4-2,4)	0,118
Προσωπική δύναμη	3,5(3,3-3,9)	2,3(1,8-3,6)	0,101
Πνευματική αλλαγή	4,0(2,0-4,5)	2,5(1,5-3,0)	0,165
Εκτίμηση ζωής	4,7(3,7-4,8)	4,3(2,1-4,9)	0,530
Συνολική βαθμολογία	3,2(2,3-4,1) 68,0(49,0-85,0)	2,6(1,3-2,9) 55,5(26,0-60,8)	0,089
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,2-2,1)	0,9(0,1-1,9)	0,971
Νέες δυνατότητες	0,6(0,0-0,9)	0,7(0,1-2,0)	0,505
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,3)	0,9(0,2-1,2)	0,574
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,5)	0,0(0,0-0,0)	0,154
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,0)	0,167
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,2-1,1) 17,0(5,0-23,0)	0,6(0,4-1,0) 13,0(7,8-20,5)	0,111

κά στην ανάπτυξή του.

Αντίθετα, άλλοι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι η ηλικία μπορεί να επηρεάσει τις διεργασίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατά την εμφάνιση μιας ασθένειας ή σοβαρού γεγονότος που μεταβάλλει τη ζωή. Έτσι, τα νεότερα άτομα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «νέες δυνατότητες» σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους.²⁷ Υπό το πρίσμα ότι έχουν μια μεγαλύτερη χρονική προοπτική, δίνουν προτεραιότητα σε μελλοντικούς στόχους, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη ρύθμιση συναισθημάτων όπως στη προληπτική μείωση της δυσφορίας και τη διατήρηση της ευημερίας.²⁸

Επί πλέον τα ευρήματα αυτά πιθανά να αντανακλούν τις διαφορές κάθε ηλικιακής ομάδας ως προς την αντίληψη της νόσου, όπως επίσης και τους διαφορετικούς ρόλους που έχουν στη ζωή οι συμμετέχοντες τη συγκεκριμένη στιγμή της νόσησης. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας μην έχοντας ακόμα εκπληρώσει στόχους και οράματα ζωής βιώνουν πιο αυξημένο άγχος, διότι επιθυμούν μια ταχύτερη αποκατάσταση λόγω επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων ενώ οι ηλικιωμένοι βιώνουν

κατάθλιψη λόγω της σωματικής και γνωστικής εξασθένησης ή άλλων προβλημάτων, όπως απώλεια προσφίλων προσώπων, φτωχή κοινωνική στήριξη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, κ.ά.⁸

Σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** βρέθηκε ότι οι έγγαμοι, σε σχέση με τους άγαμους / διαζευγμένους, βιώνουν μεγαλύτερη «εκτίμηση της ζωής» και μεγαλύτερη μετατραυματική έκπτωση στις «νέες δυνατότητες». Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτό των Belizzi & Blank²⁹ και Harding et al.³⁰ Στους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά νοσήματα, όπως καρκίνο κ.ά. φαίνεται ότι η ύπαρξη ενός σταθερού υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος συμβάλλει θετικά στη μετατραυματική ανάπτυξη. Ένας αφοσιωμένος/η σύντροφος μπορεί να προσφέρει ευεργετική υποστήριξη και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ή και βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε οικογένεια διέπεται από συστήματα που επηρεάζουν το νόημα που αποδίδεται στην ασθένεια καθώς και τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υγείας. Στην ελληνική κουλτούρα η οικογένεια αρκετά συχνά αναλαμβάνει ευθύνες για τη

Πίνακας 16: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με αντιληπτή συμπτωματολογία πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΓΝΩΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ		p
	Όχι (n=13)	Ναι (n=8)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,9-3,1)	3,8(2,5-4,6)	0,032
Νέες δυνατότητες	1,6(1,1-3,1)	3,3(1,7-3,4)	0,245
Προσωπική δύναμη	3,3(2,0-3,6)	3,8(3,3-4,4)	0,063
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,8-3,5)	4,3(1,8-4,5)	0,290
Εκτίμηση ζωής	4,3(2,7-4,7)	4.1(4,1-5,0)	0,318
Συνολική βαθμολογία	2,7(1,9-3,2) 56,0(40,0-6,07)	3,9(2,9-4,1) 82,0(60,3-8,07)	0,039
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	1,0(0,4-2,3)	0,3(0,0-0,1)	0,092
Νέες δυνατότητες	0,2(0,0-1,9)	0,8(0,7-0,1)	1,195
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,1)	0,9(0,0-1,6)	0,764
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,0(0,0-0,0)	0,766
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,7)	0,0(0,0-1,1)	0,730
Συνολική βαθμολογία	0,8(0,4-1,1) 17,0(8,5-23,0)	0,4(0,3-0,9) 9,0(7,0-19,3)	0,346

Πίνακας 17: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με τις μνήμες από τη νοσηλεία τους

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΜΝΗΜΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ		p
	Όχι (n=4)	Ναι (n=17)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,1-2,2)	3,3(2,6-3,8)	0,022
Νέες δυνατότητες	1,2(0,9-1,7)	3,0(1,5-1,4)	0,066
Προσωπική δύναμη	3,3(1,3-3,7)	3,3(2,3-3,9)	0,470
Πνευματική αλλαγή	2,3(0,5-4,4)	3,0(1,8-4,5)	0,652
Εκτίμηση ζωής	4,0(0,8-4,9)	4,7(3,7-4,8)	0,681
Συνολική βαθμολογία	1,9(1,2-2,5) 40,0(24,5-53,3)	3,1(2,6-4,0) 66,0(55,0-83,5)	0,044
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,4(0,1-2,1)	0,9(0,2-2,0)	0,497
Νέες δυνατότητες	0,0(0,0-2,0)	0,8(,0,1-1,4)	0,234
Προσωπική δύναμη	0,4(0,0-2,8)	0,8(0,0-1,1)	0,745
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,5)	0,0(0,0-0,0)	0,508
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,135
Συνολική βαθμολογία	0,2(0,0-1,9) 4,5(0,8-39,0)	0,8(0,4-1,0) 16,0(9,0-22,0)	0,151

Πίνακας 18: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ		p
	Όχι (n=9)	Ναι (n=12)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,9-3,4)	3,2(2,2-3,9)	0,412
Νέες δυνατότητες	1,8(1,1-3,6)	2,4(1,5-3,4)	0,776
Προσωπική δύναμη	3,5(3,1-3,8)	3,3(2,1-3,9)	0,694
Πνευματική αλλαγή	2,0(1,8-4,3)	3,0(1,8-4,5)	0,474
Εκτίμηση ζωής	4,7(2,7-4,7)	4,5(3,5-5,0)	0,663
Συνολική βαθμολογία	2,7 (1,9-3,5) 57,0(40,0-73,5)	2,9(2,4-4,0) 60,5(51,0-83,8)	0,644
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,4-2,1)	0,9(00,0-1,9)	0,641
Νέες δυνατότητες	0,0(0,0-1,8)	0,8(0,5-1,6)	0,245
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,6)	0,8(0,0-1,0)	0,531
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-1,5)	0,0(0,0-0,0)	0,036
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-1,2)	0,0(0,0-0,3)	0,235
Συνολική βαθμολογία	1,0(0,2-1,4) 2,00(4,5-29,5)	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,3-20,5)	0,644

Πίνακας 17: Σύγκριση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις των κλιμάκων PTGI, PTDI, σε σχέση με αποκατάσταση σε εξέλιξη

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ		p
	Όχι (n=15)	Ναι (n=6)	
	Median (Q ₁ -Q ₃)	Median (Q ₁ -Q ₃)	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)			
Σχέση με τους άλλους	2,7(0,6-3,4)	3,9(2,8-4,8)	0,029
Νέες δυνατότητες	1,6(1,0-3,2)	3,3(1,7-4,1)	0,128
Προσωπική δύναμη	3,3(2,3-3,8)	3,5(2,6-3,8)	0,784
Πνευματική αλλαγή	2,5(1,5-4,0)	4,3(2,0-4,5)	0,239
Εκτίμηση ζωής	4,3(3,3-5,0)	4,7(3,5-4,7)	0,937
Συνολική βαθμολογία	2,7(2,0-3,2) 57,0(42,0-6,08)	3,9(2,5-4,2) 81,0(51,5-88,8)	0,139
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)			
Σχέση με τους άλλους	0,9(0,4-2,1)	0,7(0,0-2,1)	0,694
Νέες δυνατότητες	0,4(0,0-0,8)	0,9 (0,6-2,7)	0,111
Προσωπική δύναμη	0,8(0,0-1,0)	1,3(0,6-2,2)	0,076
Πνευματική αλλαγή	0,0(0,0-0,0)	0,5(0,0-2,1)	0,004
Εκτίμηση ζωής	0,0(0,0-0,3)	0,5(0,0-1,6)	0,178
Συνολική βαθμολογία	0,5(0,3-1,0) 11,0(7,0-21,0)	1,0(0,3-1,9) 21,0(7,0-40,3)	0,259

Πίνακας 19: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI μεταξύ τους.

	ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)						
	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ(PTGI)	Σχέση με τους άλλους	r	1				
		p					
		n	21				
	Νέες δυνατότητες	r	0,744	1			
		p	<0,001				
		n	21	21			
	Προσωπική δύναμη	r	0,180	0,354	1		
		p	0,435	0,115			
		n	21	21	21		
	Πνευματική αλλαγή	r	0,588	0,417	0,006	1	
		p	0,005	0,060	0,980		
		n	21	21	21	21	
	Εκτίμηση της ζωής	r	0,520	0,553	-0,002	0,264	1
		p	0,016	0,009	0,992	0,248	
		n	21	21	21	21	21

λήψη αποφάσεων εκ μέρους του ασθενούς. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γιατροί, ακόμη και όταν ενημερώνουν τους ασθενείς, συνήθως πρώτα ενημερώνουν τους συγγενείς οι οποίοι στη συνέχεια αναλαμβάνουν έναν υποστηρικτικό ρόλο.⁸

Σε σχέση με το **επίπεδο εκπαίδευσης** δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία κλίμακα και υποκλίμακα παρά μόνο στην υποκλίμακα «προσωπική δύναμη» της κλίμακας PTGI όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά, φαίνεται να έχουν τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με την εκπαίδευση λίγες μελέτες βρήκαν ότι η θετική μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο σπουδών. Αντίθετα, άλλες παρατήρησαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στα άτομα υψηλότερης εκπαίδευσης.^{30,31} Τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης δείχνουν μεγαλύτερη ανάπτυξη, όπως και στην παρούσα μελέτη, πιθανόν στην προσπάθειά τους να

ανταπεξέλθουν στις νέες υποχρεώσεις που απαιτεί η κατάσταση υγείας τους, αναφέροντας ταυτόχρονα θετικές αλλαγές και στην ανάπτυξη «προσωπικής δύναμης».³²

Συγκρίνοντας τις συνολικές και τις επί μέρους βαθμολογίες των κλιμάκων σε σχέση με τη **διάγνωση**, στην παρούσα μελέτη η ομάδα των πολυτραυματιών και άλλων σοβαρών νοσημάτων παρουσίασαν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη συγκριτικά με τους καρδιολογικούς ασθενείς. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αυτό της μελέτης των Karagiorgou & Cullen,³³ που συνέκριναν τα επίπεδα της μετατραυματικής ανάπτυξης σε άτομα με εγκεφαλική βλάβη και σε άτομα με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι συγγραφείς επέλεξαν αυτές τις δύο ομάδες, διότι και οι δύο εκπροσωπούν δύο κοινά, συχνά απροσδόκητα και σοβαρά ιατρικά συμβάντα, αλλά διαφέρουν επειδή η εγκεφαλική βλάβη επηρεάζει τις νευρολογικές λειτουργίες όπως τη γνώση, την αίσθηση και την κίνηση, γεγονός που δεν συμβαίνει στο έμφραγμα του μυοκαρ-

Πίνακας 20: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTGI και PTDI

		ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ (PTDI)				
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (PTGI)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής
	Σχέση με τους άλλους	-0,400	0,263	0,237	0,171	0,179
		0,072	0,249	0,301	0,458	0,438
		21	21	21	21	21
	Νέες δυνατότητες	-0,048	0,017	0,104	0,362	0,239
		0,836	0,943	0,653	0,107	0,296
		21	21	21	21	21
	Προσωπική δύναμη	-0,026	-0,215	-0,475	-0,023	0,321
		0,911	0,349	0,029	0,923	0,156
		21	21	21	21	21
	Πνευματική αλλαγή	-0,167	0,158	-0,069	-0,056	0,139
		0,468	0,495	0,767	0,808	0,547
		21	21	21	21	21
	Εκτίμηση της ζωής	-0,183	0,031	0,175	0,171	-0,001
		0,427	0,894	0,448	0,458	0,997
		21	21	21	21	21

δίου. Όταν συνέκριναν τις βαθμολογίες μεταξύ των δύο ομάδων, δεν βρήκαν διαφορές, εκτός από τη διάσταση που σχετίζεται με τους άλλους, όπου μεγαλύτερη ανάπτυξη έδειξαν τα άτομα με την επίκτητη εγκεφαλική βλάβη. Λόγω του μικρού δείγματος, οι ερευνητές ανέφεραν ότι δεν ήταν σε θέση να εξαγουν οριστικά συμπεράσματα. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι εγκεφαλικές βλάβες μπορεί να μην επηρεάσουν τη δυνατότητα μιας γνωστικής επεξεργασίας και κατ' επέκταση και μετατραυματικής ανάπτυξης.

Άλλη μελέτη ανέδειξε ότι το επίπεδο της υποκειμενικής αντίληψης της βλάβης κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ, αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης του συνολικού επιπέδου μετατραυματικής ανάπτυξης μετά από εξάμηνη παρακολούθηση.³⁴ Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των λειτουργικών συνεπειών του εγκεφαλικού τραυματισμού τους είναι πιο πιθανό να αποδίδουν θετικό νόημα στην επιβίωσή τους και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης.

πτύξης.

Μια μετα-ανάλυση των Grace et al,²⁷ έδειξε ότι η ανάπτυξη σχετίζεται με την απασχόληση, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τις υποκειμενικές πεποιθήσεις για αλλαγές, τη σχέση με τους άλλους, τη μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης και το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τον τραυματισμό. Ο αντίκτυπος του χρόνου από την εγκεφαλική βλάβη επισημάνθηκε επίσης από τον McGrath³⁵, ο οποίος πρότεινε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη είναι μια πιθανότητα για άτομα που έχουν εμπειρία από εγκεφαλικό τραυματισμό, αλλά ότι ο χρόνος που απαιτείται για την επίτευξη ή την αναγνώριση της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να είναι μεγαλύτερος από ότι σε άτομα που έχουν βιώσει άλλα είδη τραυματισμών που δεν έχουν επηρεάσει τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Σαφώς, οι διαφορές στις μελέτες αυτές δεν είναι εύκολα συγκρίσιμες λόγω των διαφορετικών ειδών τραυματικών εμπειριών που μελετώνται.

Oi Shuwiekh et al,³⁶ διαπίστωσαν επίσης ότι η εμπειρία

Πίνακας 21: Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας PTDI μεταξύ τους

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)							
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ(PTDI)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		Σχέση με τους άλλους	Νέες δυνατότητες	Προσωπική δύναμη	Πνευματική αλλαγή	Εκτίμηση της ζωής
	Σχέση με τους άλλους	r	1				
		p					
		n	21				
	Νέες δυνατότητες	r	0,142	1			
		p	0,539				
		n	21	21			
	Προσωπική δύναμη	r	-0,018	0,499	1		
		p	0,937	0,021			
		n	21	21	21		
	Πνευματική αλλαγή	r	0,151	0,111	0,588	1	
		p	0,513	0,631	0,005		
		n	21	21	21	21	
	Εκτίμηση της ζωής	r	0,413	0,345	0,222	0,302	1
		p	0,063	0,126	0,334	0,183	
		n	321	21	21	21	21

ενός απειλητικού για τη ζωή ξαφνικού γεγονότος, όπως αυτοκινητιστικό δυστύχημα οδήγησε σε μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ η εμπειρία ενός συνεχιζόμενου χρόνιου τραύματος, όπως ή σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η γονική εγκατάλειψη ή παραμέληση είχε έμμεση αρνητική επίδραση στη μετατραυματική ανάπτυξη. Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν τη χρησιμότητα της ανάλυσης της μετατραυματικής ανάπτυξης σε σχέση με διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών. Οι Helgeson, et al,³⁷ για παράδειγμα, πρότειναν ότι η σοβαρότητα των συμβάντων και η αντιλαμβανόμενη δυσφορία, ήταν πιο πιθανό να συσχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη από τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του ίδιου του τραυματικού συμβάντος.

Παρόλα αυτά η μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης δεν μπορεί να διαχωριστεί από έναν αριθμό πιθανών συγχυτικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα, το επίπεδο της αντίληψης της σοβαρότητας ή της αγωνίας που σχετίζεται με το συμβάν.

Αναφορικά με τον χρόνο που πέρασε μετά την έξοδο των συμμετεχόντων από τη ΜΕΘ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης, βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν λιγότερο χρόνο από 24 μήνες παρουσίαζαν μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση «νέες δυνατότητες» και «εκτίμηση της ζωής» και μεγαλύτερη μετατραυματική έκπτωση στη διάσταση «πνευματική αλλαγή».

Το εύρημα αυτό συμφωνεί μόνο ως προς τον βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης των καρδιολογικών ασθενών με αυτό της μελέτης των Losiak & Nikiel³⁸ οι οποίοι σε ανάλογο δείγμα διαπίστωσαν ότι η σοβαρότητα της νόσου και ο χρόνος από την παρέλευση του εμφράγματος επηρεάζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ανάπτυξη στη διάσταση «εκτίμηση της ζωής» είχαν τα άτομα που ο χρόνος παρέλευσης από την εμφάνιση του νοσήματος ήταν λιγότερος από 24 μήνες, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τους παραπάνω συγγραφείς, οι οποίοι μελέτησαν την ανάπτυξη στους εμφραγματίες σε μικρότερο

χρονικό διάστημα από την εμφάνιση του συμβάντος. Οι Sawyer et al,³⁹ διαπίστωσαν ότι τα πρώτα χρόνια μετά το τραύμα η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να συντελεί στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του τραύματος και με την πάροδο του χρόνου φαίνεται να ενισχύει την ευεξία του ατόμου.

Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνεται ότι η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία που μεταβάλλεται στον χρόνο και ότι σε αυτό συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες όπως η σοβαρότητα της νόσου, οι γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, ενώ απαιτείται περαιτέρω και εις βάθος έρευνα αυτής της διαδικασίας.

Αναφορικά με τις μνήμες από τα γεγονότα κατά τη νοσηλεία τους βρέθηκε, ότι τα άτομα που έχουν μνήμες παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «σχέση με άλλους», «νέες δυνατότητες», και μεγαλύτερη συνολικά μετατραυματική ανάπτυξη. Είναι γεγονός ότι η παρουσία των τραυματικών μνημών μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως φαρμακολογικοί, νευρολογικοί και άλλοι, οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά συναισθηματικά και σε βάθος χρόνου τους ασθενείς.^{40,41} Όσον αφορά τη μετατραυματική ανάπτυξη, πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι τα άτομα που έχουν πραγματικές μνήμες να τις ανακαλούν δίνοντας νόημα στην αξία της ζωής και στην ανάπτυξη νέων δυνατοτήτων.

Περιορισμοί της μελέτης

Ο μεγαλύτερος περιορισμός της μελέτης ήταν ο μικρός αριθμός του δείγματος, γιατί πρόκειται για ποιοτική μελέτη και στην παρούσα εργασία αναλύθηκαν μόνο κάποιες ποσοτικές μεταβλητές, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό των ΜΕΘ, αλλά και τη δυνατότητα σύγκρισης των ευρημάτων με διάφορες άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές.

Επίσης, η επιλογή συμμετεχόντων από ΜΕΘ των Αθηνών επηρεάζει ενδεχομένως την εφαρμοσιμότητα των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ομάδες ασθενών ΜΕΘ εκτός Αττικής. Παρόλα αυτά τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με αυτά άλλων μελετών με ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ οι συμμετέχοντες βίωσαν τόσο θετικές όσο και αρνητικές αλλαγές. Ωστόσο παρατηρήθηκε συχνότερα μετατραυματική ανάπτυξη παρά μετατραυματική έκπτωση. Και οι δύο μεταβλητές φαίνεται ότι αποτελούν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητες

διαστάσεις. Στις θετικές αλλαγές παρατηρήθηκε συχνότερα η «Εκτίμηση ζωής» και η αίσθηση μεγαλύτερης «Προσωπικής Δύναμης». Αντίθετα, στις αρνητικές αλλαγές παρατηρήθηκε έκπτωση στις διαστάσεις «Σχέση με τους Άλλους» και «Νέες δυνατότητες» που μπορεί πλέον να έχουν στη ζωή τους.

Τα ευρήματα της μελέτης μπορεί να αποτελέσουν αφετηρία για τη διατύπωση προτάσεων στην κλινική πρακτική, αλλά και στον σχεδιασμό ψυχο-εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων.

Επίσης κρίνεται αναγκαίο να σχεδιαστούν συστηματικά μοντέλα φροντίδας και παρεμβάσεις με τη συνεχή παροχή στήριξης και φροντίδας κατά την ολοκλήρωση αποκατάστασης, με τη διαμόρφωση εξειδικευμένων προγραμμάτων με γνώμονα τις ιδιαίτερες ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών με σκοπό την ενίσχυση των παραγόντων προαγωγής μετατραυματικής ανάπτυξης, καθώς και της πρόληψης ή μείωσης της μετατραυματικής έκπτωσης.

Επιπροσθέτως απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση σχετικά με την ευαισθητοποίηση και κατανόηση της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, των συνεπειών της νοσηλείας στις ΜΕΘ και της διαχείρισής τους για όλους όσους εμπλέκονται στη φροντίδα αυτών των ασθενών.

Αναφορικά με τον σχεδιασμό μελλοντικών μελετών που εξετάζουν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης ενδιαφέρον θα ήταν να συμπεριλαμβάνονται και ομάδες ελέγχου με ασθενείς που δεν νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ, αλλά αντιμετώπισαν απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή ατύχημα, ώστε να εξετάζεται κατά πόσο οι αναφορές ανάπτυξης οφείλονται όντως στην εμπειρία της νοσηλείας στις ΜΕΘ ή της απειλητικής ασθένειας. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν στις μελλοντικές έρευνες και οι οικογένειες. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να εξεταστεί αν οι αυτοαναφορές μετατραυματικής ανάπτυξης από τους νοσηλευθέντες γίνονται αντιληπτές αναγνωρίζονται ως τέτοιες και από την οικογένεια τους, αλλά και σε πιο βαθμό συγκλίνουν μεταξύ τους.

Επιπλέον, οι διαχρονικές έρευνες θα επιτρέψουν την εξέταση της σταθερότητας του φαινομένου της μετατραυματικής ανάπτυξης και έκπτωσης καθώς και των μεταβολών τους στην πάροδο του χρόνου. Σημαντικό θα ήταν επίσης να μελετηθεί σε βάθος ποιοι και πώς επιδρούν διάφοροι παράγοντες στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης/έκπτωσης μέσα στον χρόνο καθώς και η σταθερότητά τους.

ABSTRACT

Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation in patients hospitalized in intensive care units due to serious health problems.Angeliki Stamou¹, Irini Papazoglou², Eleni Kyritsi³, Danai Papadatou⁴¹Lecturer, Department of Nursing, University of West Attica²Psychologist MSc, PhD, Psychiatric Department Sismanoglio - Amalia Fleming Public General Hospital Attica Greece³Emeritus Professor, Department of Nursing, University of West Attica⁴Emeritus Professor, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

Introduction: Post Traumatic Growth (PTG) is the subjective experience of positive, transformative changes that the individual experiences as a result of a traumatic experience or extremely difficult life situation. It involves changes in the perception of life, of self and others, and leads to the identification of new priorities and spiritual pursuits. However, the person in these same areas can also experience negative psychological changes which are defined as Post Traumatic Depreciation (PTD).

Aim: The aim of the present study was to assess the degree of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation of patients hospitalized in an ICU due to a life-threatening illness or injury.

Methods: The sample included 21 patients. Data collection was carried out via the PTGI-4, a psychometric assessment tool for post-traumatic growth (positive changes) and post-traumatic depreciation (negative changes). Statistical significance was set at 10%. The statistical program SPSS 22.0 was used for the analysis.

Results: The total score on the posttraumatic growth scale (PTGI) was 59.8, with higher scores on the subscales "Life Appreciation" (MT=3.8) and "Personal strength" (TA=3.1), and on the posttraumatic depreciation scale (PTDI) was 16.9, with higher scores on the subscales "Relationship with Others" (MT=1.1) and "New Possibilities" (MT=0.9). Greater post-traumatic growth was seen in primary and secondary school individuals ($p=0.073$), general ICU inpatients ($p=0.089$), multi-injured compared to infarct patients ($p=0.089$), as well as in individuals who had memories of their ICU hospitalization ($p=0.044$). In contrast, a greater post-traumatic depreciation in total PTDI scale score was seen in individuals aged 18-50 years ($p=0.086$).

Conclusions: Following the ICU hospitalization, participants experienced both positive (posttraumatic growth) and negative (posttraumatic depreciation) changes. Posttraumatic growth was observed more often than posttraumatic depreciation. It is considered necessary for health professionals to develop appropriate therapeutic interventions aimed at enhancing the factors promoting posttraumatic growth and preventing or reducing posttraumatic depreciation.

Key-words: *Posttraumatic growth, Posttraumatic depreciation, Intensive care unit, post-ICU patient outcomes.*

✉ **Corresponding Author:** Angeliki Stamou, 54, Laskareos street, GR-11472 Athens, Greece, Tel: (+30) 6976843758, email: astamou@uniwa.gr

Βιβλιογραφία

1. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications, Inc. 1995 <https://doi.org/10.4135/9781483326931>
2. Tedeschi R.G, Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Nov 15(1): 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
3. Tedeschi R.G, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun LG. *Posttraumatic growth. Theory, research, and application*. 2018. New York: Taylor & Francis Group. DOI: 10.4324/9781315527451
4. Yalom ID, Lieberman MA. Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*. 1991 Nov;54(4):334-45. doi: 10.1080/00332747.1991.11024563. PMID: 1788364.
5. Occhipinti S, Chambers SK, Lepore S, Aitken J, Dunn J. A Longitudinal study of post-traumatic growth and psychological distress in colorectal cancer survivors. *PLoS One*. 2015 Sep 29;10(9): e0139119. doi: 10.1371/journal.pone.0139119. PMID: 26418357; PMCID: PMC4587909.
6. Baker JM, Kelly C, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*. 2008 Sep 3;13(5):450-65.
7. Zięba M, Wiecheć K, Biegańska-Banaś J, Mieleśczenko-Kowszewicz W. Coexistence of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation in the aftermath of trauma: Qualitative and quantitative narrative analysis. *Frontiers in Psychology* 2019 Mar 29; 10:687. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00687. PMID: 30984082; PMCID: PMC6449626.
8. Στάμου Α. Μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
9. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996 Jul;9(3):455-71. doi: 10.1007/BF02103658. PMID: 8827649.
10. Barrington A, Shakespeare-Finch J. Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation as predictors of psychological adjustment. *Journal of Loss and Trauma*. 2013 Sep 1;18(5):429-43.
11. Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Solomon D.T. Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*. 2010 May;15(3): 151-166. DOI: 10.1080/15325020903375826
12. Smith SK, Samsa G, Ganz PA, Zimmerman S. Is there a relationship between posttraumatic stress and growth after a lymphoma diagnosis? *Psychooncology*. 2014 Mar;23(3):315-21. doi: 10.1002/pon.3419. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24123368; PMCID: PMC4016977.
13. Bluvstein I, Moravchick L, Sheps D, Schreiber S, Bloch M. Posttraumatic growth, posttraumatic stress symptoms and mental health among coronary heart disease survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2013 Jun;20(2):164-72. doi: 10.1007/s10880-012-9318-z. PMID: 22886704.
14. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001 May;20(3):176-85. PMID: 11403215.
15. Gangstad B, Norman P, Barton J. Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*. 2009 Feb;54(1):69-75. doi: 10.1037/a0014639. PMID: 19618705.
16. Senol-Durak E, Ayvasik HB. Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010 Jun;17(2):150-8. doi: 10.1007/s10880-010-9192-5. PMID: 20405174.
17. Kunz S, Joseph S, Geyh S, Peter C. Posttraumatic growth and adjustment to spinal cord injury: moderated by posttraumatic depreciation? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017 Jul;9(4):434-444. doi: 10.1037/tra0000164. Epub 2016 Jun 27. PMID: 27348067.
18. Marshall EM, Frazier P, Frankfurt S, Kuijter RG. Trajectories of posttraumatic growth and depreciation after two major earthquakes.

- Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015 Mar;7(2):112-21. doi: 10.1037/tra0000005. Epub 2014 Sep 1. PMID: 25793686.
19. Joseph S, Linley PA, Andrews L, Harris G, Howle B, Woodward C, Shevlin M. Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: psychometric evaluation of the changes in outlook questionnaire. *Psychological Assessment*. 2005 Mar;17(1):70-80. doi: 10.1037/1040-3590.17.1.70. PMID: 15769229.
 20. Michélsen H, Therup-Svedenlöf C, Backheden M, Schulman A. Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017 Mar 24;8(1):1302691. doi: 10.1080/20008198.2017.1302691. PMID: 28451069; PMCID: PMC5399995.
 21. Kroemeke A, Bargiel-Matusiewicz K, Kalamarz M. Mixed psychological changes following mastectomy: unique predictors and heterogeneity of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation. *Frontiers in Psychology*. 2017 Jul 20; 8:1245. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01245. PMID: 28775703; PMCID: PMC5517438.
 22. Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *Am Psychol*. 2005 Sep;60(6):581-592. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.581. PMID: 16173891.
 23. Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Demakis, G.J. Gender differences in self-reported posttraumatic growth: a meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*. 2010 March;34(1), 110-120. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x
 24. Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2009;31(21):1709-33. doi: 10.1080/09638280902738441. PMID: 19350430.
 25. Bellizzi KM. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(4):267-87. doi: 10.2190/DC07-CPVW-4UVE-5GK0. PMID: 15357329.
 26. Milam J, Ritt-Olson A, Tan S, Unger J, Nezami E. The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology*. 2005 Dec;11(4):233-46.
 27. Grace JJ, Kinsella EL, Muldoon OT, Fortune DG. Post-traumatic growth following acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2015 Aug 14; 6:1162. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01162. PMID: 26321983; PMCID: PMC4536376.
 28. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Bower JE. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter? *Psychooncology*. 2017 Jun;26(6):800-807. doi: 10.1002/pon.4091. Epub 2016 Feb 18. PMID: 26893237; PMCID: PMC4990492.
 29. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2006 Jan;25(1):47-56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47. PMID: 16448297
 30. Harding S, Sanipour F, Moss T. Existence of benefit finding and posttraumatic growth in people treated for head and neck cancer: a systematic review. *Peer J*. 2014 Feb 11;2: e256. doi: 10.7717/peerj.256. PMID: 24688840; PMCID: PMC3933269.
 31. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, Ip EH, Avis NE. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013 Dec;22(12):2676-83. doi: 10.1002/pon.3298. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24136875; PMCID: PMC3884903.
 32. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*. 2005 May;24(3):266-73. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.266. PMID: 15898862.
 33. Karagiorgou O, Cullen B. A Comparison of posttraumatic growth after acquired brain injury or myocardial infarction. *Journal of Loss and Trauma*. 2016 Nov 1;21(6):589-600.
 34. Silva J, Ownsworth T, Shields C, Fleming J. Enhanced appreciation of life following acquired brain injury: posttraumatic growth at 6 months postdischarge. *Brain Impairment*. 2011 Sep;12(2):93-104.
 35. McGrath JC. Posttraumatic growth and spirituality after brain injury. *Brain Impairment*. 2011 Sep;12(2):82-92.
 36. Shuwiekh H, Kira IA, Ashby JS. What are the personality and trauma dynamics that contribute to posttraumatic growth? *International Journal of Stress Management*. 2018 May;25(2):181.
 37. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth.

- Journal of Consult Clin Psychol.* 2006 Oct;74(5):797-816. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797. PMID: 17032085.
38. Łosiak W, Nikiel J. Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychology.* Report. 2014;2(4):256-262. <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45894>
 39. Sawyer A, Ayers S, Field AP. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2010 Jun;30(4):436-47. doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.004. Epub 2010 Mar 2. PMID: 20350775; PMCID: PMC7115708.
 40. Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Briegel J, Dagge A, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Nollert G, Kapfhammer HP. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry.* 2004 Mar 15;55(6):627-33. doi: 10.1016/j.biopsych.2003.09.014. PMID: 15013832.
 41. Ringdal M, Plos K, Ortenwall P, Bergbom I. Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Crit Care Med.* 2010 Jan;38(1):38-44. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b42909. PMID: 19789455.