

Ερευνητική εργασία Research article

Κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες σε ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας

E. Ασημακοπούλου, M. Μαδιανός

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:257–269

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης βαρέως πασχόντων ασθενών, που έχουν νοσηλευτεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η αλλαγή αυτή έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνών στη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών ΜΕΘ και στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας τους. Δύο ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) και η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ). Παρόμοια μελέτη δεν έχει πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, στην Ελλάδα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επικράτηση της ΜΚΔ και της ΔΜΣ σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ και να γίνει σύγκριση με ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πέντε νοσοκομεία της Αθήνας, το ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ», το ΓΝΑ «ΚΑΤ», το ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και το ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ», και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται στο εγχειρίδιο “MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview”. Το MINI περιλαμβάνει διαγνωστικές ερωτήσεις για τη ΜΚΔ και τη ΔΜΣ καθώς και ερωτήσεις για τη διαφορική τους διάγνωση, που έχουν διατυπωθεί σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη και μελέτη ασθενών-μαρτύρων, με δείγμα 198 ατόμων: 102 από ΜΕΘ (Ομάδα ΜΕΘ) και 96 από κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα (Ομάδα μη ΜΕΘ). Τα αποτελέσματα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ΜΚΔ και ΔΜΣ και της νοσηλείας σε ΜΕΘ, και ειδικότερα η νοσηλεία σε ΜΕΘ αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης ΜΚΔ κατά 1,94 φορές και κατά 3,48 φορές την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ, συγκριτικά με τη νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου. Επίσης, η ομάδα ΜΕΘ εμφάνισε υψηλότερα ποσοστά ΜΚΔ, με ποσοστό 32,4%, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, 19,8% και υψηλότερα ποσοστά ΔΜΣ, 35,3% σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, 13,5%. Από τη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών προέκυψε ότι οι γυναίκες που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ έχουν σχεδόν πενταπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΚΔ συγκριτικά με τους άνδρες της ΜΕΘ, και σχεδόν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΔΜΣ συγκριτικά με τους άνδρες. Οι μεγαλύτερες ηλικίες στη ΜΕΘ εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ. Όσον αφορά στα

κλινικά χαρακτηριστικά η κλινική διάγνωση δεν σχετίζεται με την ανάπτυξη ΜΚΔ και ΔΜΣ σε καμία ομάδα, όμως υπάρχει θετική συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου με την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Η διάρκεια νοσηλείας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα μόνο στην ανάπτυξη ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ. Στην παρούσα μελέτη το 11,6% του συνολικού δείγματος (ομάδα ΜΕΘ: 17,6%, ομάδα ελέγχου: 5,2%) βρέθηκε να πληροί παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ. Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με παρόμοιες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ΜΚΔ και ΔΜΣ σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ταχύτερη αποκατάσταση και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχή μετατραυματικού stress, μείζων κατάθλιψη, μονάδα εντατικής θεραπείας, παράγοντες κινδύνου.

Εισαγωγή

Στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) παρέχεται εξειδικευμένη ιατρονοσηλευτική φροντίδα και τεχνική υποστήριξη, με δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών και άμεσης παρέμβασης, όταν αυτό κριθεί αναγκαίο.¹ Στη ΜΕΘ νοσηλεύονται ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως είναι οι λοιμώξεις, το τραύμα, το έγκαυμα, η αιμορραγία, η πολυοργανική ανεπάρκεια και οι επιπλοκές τους.

Παγκοσμίως, εκατομμύρια ασθενείς χρήζουν εντατικής φροντίδας υγείας. Ενδεικτικά, υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτών των ατόμων ετησίως προσεγγίζει τα 4,4 εκατομμύρια στις ΗΠΑ και τις 130.000 στο Ηνωμένο Βασίλειο.² Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι νοσηλεύονται 30 ασθενείς ανά κλίνη ΜΕΘ τον χρόνο, και οι 8 από τους 10 ασθενείς επιβιώνουν (θνητότητα 21%).³ Η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών επέτρεψαν στους επαγγελματίες υγείας να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών και στις οργανικές και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ.^{4,5}

Μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ εξαιτίας μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου, οι ασθενείς δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν ακόμη και απλές δραστηριότητες. Η ασθένεια με τις επιπλοκές της, οι επιπτώσεις των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, ο παρατεταμένος κλινικοστατισμός και η περιορισμένη ικανότητα για επικοινωνία και αυτονομία συμβάλλουν στη μειωμένη σωματική λειτουργία, με αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία αυτών των ατόμων.⁶

Παράλληλα, η χορήγηση καταστολής και οι ανεπιθύμητες ενέργειές της, το αφύσικο περιβάλλον της ΜΕΘ και οι διαταραχές που προκαλεί στον κερκάρδιο ρυθμό έχουν σχετιστεί με ψυχιατρική νοσηρότητα.⁷ Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι συχνότερες οργανικές και ψυχοκοινωνικές διαταραχές μετά από τη νοσηλεία ασθενούς σε ΜΕΘ. Όπως φαίνεται στον πίνακα, συχνές ψυχοκοινωνικές διαταραχές, που εμφανίζονται μετά τη νοσηλεία ενός ατόμου στη ΜΕΘ είναι η κατάθλιψη, η έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών, η ένταση, το άγχος, η επιθετικότητα. Η παραπάνω συμπτωματολογία συνιστά σύνδρομο που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως "delirium", σύνδρομο μονάδας ή ψύχωση ΜΕΘ. Ως αίτια έχουν ενοχοποιηθεί η αισθητηριακή απομόνωση, το σωματικό stress της καθηλώσης, η ίδια η απειλή για τη ζωή από τη νόσο, καθώς και το περιβάλλον της ΜΕΘ.⁸

Μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, είναι πιθανό να εκδηλωθούν συμπτώματα κατάθλιψης. Η μείζων κατάθλιψη διαταραχή (ΜΚΔ), μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα αναξιοσύνης και αδικαιολόγητης ενοχής, αρνητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.^{9,10}

Μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή που ενδέχεται να αναπτύξουν όσοι νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ είναι η διαταραχή μετατραυματικού stress (ΔΜΣ). Η ΔΜΣ εμφανίζεται σε άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο μπορεί να προκαλέσει φόβο, αδυναμία ή τρόπο ως απόκριση στην απειλή βλάβης ή θανάτου.¹¹ Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αναβίωση του συμβάντος (flash backs), αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν το γεγονός, αυξημένη διέγερση και συναισθηματική αστάθεια.¹²

Πίνακας 1. Σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Σωματικά προβλήματα	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Αίσθημα αδυναμίας	Κατάθλιψη
Απώλεια σωματικού βάρους	Αγχώδεις διαταραχές
Κόπωση	Κρίσεις πανικού
Μειωμένη όρεξη	Μετατραυματικό στρες
Πόνος στις αρθρώσεις	Ενοχές
Περιφερική νευροπάθεια	Έλλειψη εμπιστοσύνης
Αλλαγές στην ακοή και τη γεύση	Μειωμένη λίμπιντο
Αϋπνία	Ευερεθιστότητα
Σεξουαλικές διαταραχές	Διαταραχές της μνήμης
Αλλαγές στο δέρμα και τα νύχια	Μειωμένη συγκέντρωση
Απώλεια μαλλιών	Κοινωνική απομόνωση
Αμηνόρροια	Διαταραχές στον γάμο

Η επικράτηση της κατάθλιψης και της ΔΜΣ σε ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί σε ΜΕΘ έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών που απαντώνται συχνά στη βιβλιογραφία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στον πίνακα 2 αναφέρονται συνοπτικά 25 μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, στις ΗΠΑ αλλά και στην Αυστραλία. Επτά από αυτές διερεύνησαν μόνο τη ΜΚΔ, οι εννέα μόνο τη ΔΜΣ, και οι υπόλοιπες εννέα και τις δύο ψυχιατρικές οντότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις εν λόγω έρευνες μελετήθηκαν παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η παραμονή στη ΜΕΘ και η βαρύτητα της νόσου (κλίμακα APACHE).

Τα αυξημένα ποσοστά ΜΚΔ και ΔΜΣ των ασθενών ΜΕΘ στις παραπάνω μελέτες και η συσχέτισή τους με κλινικά χαρακτηριστικά προκαλούν έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Παράλληλα, η έλλειψη ανάλογων μελετών στην Ελλάδα τονίζει την ανάγκη διεξαγωγής μια τέτοιας ερευνητικής μελέτης.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε πέντε διαφορετικά νοσοκομεία της Αθήνας, η επιλογή των οποίων έγινε βάσει της γεωγραφικής τους διασποράς (ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ», το ΓΝΑ «ΚΑΤ», το ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και το ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ») και συγκεκριμένα στις γενικές μονάδες εντατικής θεραπείας και τα παθολογικά

χειρουργικά τμήματα. Το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από το αντίστοιχο επιστημονικό συμβούλιο και των πέντε νοσοκομείων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρονικά από τον Μάρτιο του 2009 έως τον Ιούνιο του 2011. Πιο λεπτομερώς, τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος συλλέχθηκαν από τους καταλόγους με τα στοιχεία των ασθενών και τους ιατρικούς τους φακέλους. Στους δύο μήνες, μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με στόχο τη διερεύνηση της φυσικής κατάστασης και της λειτουργικότητας των ασθενών και τον προγραμματισμό μιας συνάντησης για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων της μελέτης. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στους τρεις μήνες μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ, ένα χρονικό σημείο που έχει επιλεγεί από αρκετές διεθνείς μελέτες^{15,29,31,32} καθώς εξασφαλίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας με τους ασθενείς. Ο τόπος συνάντησης ήταν συνήθως το ίδιο το νοσοκομείο, κάποιο κέντρο αποκατάστασης ή η οικία των ασθενών και η διάρκεια συνέντευξης περίπου μισή ώρα.

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν: (1) ενήλικες ασθενείς 18–70 χρονών, (2) νοσηλεία σε γενική ΜΕΘ ή παθολογικό-χειρουργικό τμήμα για παραπάνω από 24 ώρες, (3) δυνατότητα επικοινωνίας και συνάντησης με τον ασθενή, και (4) συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη. Το ποσοστό απώλειας υποκειμένων καθώς και τα δημογραφικά τους

Πίνακας 2. Συνοπτικά χαρακτηριστικά μελετών.

Μελέτη	Χώρα	n	♂	Ηλικία	Παραμονή	APACHE	ΜΚΔ (%)	ΔΜΣ (%)
1. Perrins et al 1998 ¹³	Μ. Βρετανία	44	–	49	6	–	–	31
2. Schelling et al 1999 ¹⁴	Γερμανία	27	33%	54	35	23	–	18
3. Eddleston et al 2000 ¹⁵	Μ. Βρετανία	143	52%	51	4	15	10	–
4. Jones et al 2001 ¹⁶	Μ. Βρετανία	45	44%	57	8	17	24	23
5. Scragg et al 2001 ¹⁷	Μ. Βρετανία	142	53%	57	16	–	30	38
6. Schelling et al 2001 ¹⁸	Γερμανία	20	33%	48	23	24	–	40
7. Kress et al 2003 ¹⁹	ΗΠΑ	13	31%	50	7	16	38	19
8. Jones et al 2003 ²⁰	Μ. Βρετανία	114	54%	57	14	17	18	51
9. Jackson et al 2003 ²¹	ΗΠΑ	34	53%	53	–	25	14	–
10. Cuthbertson et al 2004 ²²	Μ. Βρετανία	111	56%	58	6	18	–	22
11. Nickel et al 2004 ²³	Γερμανία	41	68%	47	–	12	–	17
12. Boyle et al 2004 ²⁴	Αυστραλία	66	63%	59	7	16	61	–
13. Chelluri et al 2004 ²⁵	ΗΠΑ	154	54%	65	–	–	32	–
14. Rattray et al 2005 ⁴	Μ. Βρετανία	109	66%	55	5	18	27	45
15. Young et al 2005 ²⁶	Μ. Βρετανία	20	75%	54	–	15	15	–
16. Weinert et al 2006 ²⁷	ΗΠΑ	277	52%	54	–	–	33	–
17. Guentner et al 2006 ²⁸	ΗΠΑ	30	57%	63	30	–	57	–
18. Griffiths et al 2006 ²⁹	Μ. Βρετανία	108	66%	57	14	–	–	52
19. Samuelson et al 2007 ³⁰	Σουηδία	250	52%	63	6	18	8	9
20. Sukantarat et al 2007 ³¹	Μ. Βρετανία	51	43%	57	17	15	47	62
21. Jones et al 2007 ³²	Ευρώπη	304	62%	61	7	16	–	9
22. Girard et al 2007 ³³	ΗΠΑ	275	47%	52	10	25	–	14
23. Jubran et al 2010 ³⁴	ΗΠΑ	41	63%	66	24	15	–	12
24. Toien et al 2010 ³⁵	Νορβηγία	150	70%	40	8	–	5	23
25. Myhren et al 2010 ³⁶	Νορβηγία	194	62%	48	12	–	23	27

n: Το δείγμα, ♂: οι άνδρες σε ποσοστό (%), Ηλικία: Μέσος όρος σε έτη, Παραμονή: Μέσος όρος ημερών

στοιχεία καταγράφηκαν και δεν διαφέρουν συστηματικά σε κάποιο χαρακτηριστικό από αυτούς που δέχτηκαν, οπότε δεν απειλούν την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional design) και μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control study). Για τη σύγκριση της επικράτησης των παραπάνω ψυχικών παθήσεων, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες (group), στην ομάδα ΜΕΘ με ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ και στην ομάδα μη ΜΕΘ με ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη κατασκευάστηκε ειδικά για τις ανάγκες της έρευνας, βασίζεται στο εγχειρίδιο "MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview", και αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο και το δεύτερο μέρος περιλαμβάνουν ερωτήσεις για τα δημο-

γραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το τρίτο και το τέταρτο μέρος εξετάζουν την ύπαρξη ή όχι ΜΚΔ και ΔΜΣ αντίστοιχα, μέσα από κλειστές ερωτήσεις τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ, που αντιστοιχούν στα κριτήρια διάγνωσης του DSM-IV.

Όλες οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη στατιστική επεξεργασία, αναφέρονται στους πίνακες των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου. Η κλίμακα APACHE (APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – Σύστημα Εκτίμησης Οξέων Διαταραχών της Φυσιολογίας και Χρόνιας Κατάστασης Υγείας) περιγράφει αριθμητικά τη βαρύτητα της νόσου και την πρόβλεψη της πιθανότητας θανάτου, υπολογίζοντας δώδεκα βασικές φυσιολογικές μεταβλητές, την ηλικία των ασθενών και τη χρόνια κατάσταση της υγείας τους. Οι μεταβλητές

για την αξιολόγηση της οξείας νόσου στο APACHE είναι η θερμοκρασία, η μέση αρτηριακή πίεση, η καρδιακή συχνότητα, η αναπνευστική συχνότητα, η μερική πίεση οξυγόνου και το pH αρτηριακού αίματος, το νάτριο, το κάλιο και η κρεατινίνη ορού, ο αιματοκρίτης, ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων και η τιμή της κλίμακας Γλασκόβης (GCS: *Glasgow Coma Scale*). Η κλίμακας Γλασκόβης είναι μια μέθοδος νευρολογικής εκτίμησης και υπολογίζεται ελέγχοντας τα μάτια, τη λεκτική απόκριση και την κινητικότητα του τραυματία. Η ανώτερη βαθμολογία είναι το 15 ενώ η κατώτερη το 3.³⁷

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Αρχικά μελετήθηκαν περιγραφικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος, και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σειρά συγκρίσεων ανάμεσα στην ομάδα ΜΕΘ και στην ομάδα μη ΜΕΘ, χρησιμοποιώντας τη σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών και τον δείκτη στατιστικού ελέγχου χ^2 για της κατηγορικές μεταβλητές, και τον στατιστικό έλεγχο t-test (ανεξάρτητα δείγματα) για τις συνεχείς μεταβλητές. Κατόπιν εφαρμόστηκε λογιστική παλινδρόμηση για την ομάδα ΜΕΘ για τη διερεύνηση

ση προγνωστικών παραγόντων της ΜΚΔ, της ΔΜΣ, αλλά και την παρουσία-απουσία συννόσησης. Στις περιπτώσεις εμφάνισης στατιστικά σημαντικής ισχύος ενός παράγοντα ως προγνωστικού δείκτη, εφαρμόστηκε και ο λόγος των οτζ (odds ratio) για τη διερεύνηση των πιθανοτήτων, με διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Αποτελέσματα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 198 άτομα, 112 άνδρες και 86 γυναίκες με μέσον όρο ηλικίας τα 44,07 έτη (SD=15,43), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Το δείγμα στρατολογήθηκε σχεδόν ισόποσα από τα πέντε Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας, και ειδικά από τις ΜΕΘ (51,5%) και από άλλα παθολογικά-χειρουργικά τμήματα (48,5%). Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι κλινικές μεταβλητές και η διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες 3, 4 και 5 αντίστοιχα.

Αναφορικά με την επικράτηση ΜΚΔ, τα άτομα της ομάδας ΜΕΘ εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (πίνακας 4).

Πίνακας 3. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Ομάδα ΜΕΘ		Ομάδα μη ΜΕΘ		Σύνολο		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Φύλο	Άνδρες	65	58,1	47	41,9	112	56,6	<0,05
	Γυναίκες	37	43,1	49	56,9	86	43,4	
	Σύνολο	102	51,5	96	48,5	198	100	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	29	28,4	42	43,8	71	35,9	>0,05
	Έγγαμος	55	53,9	38	39,6	93	47	
	Χήρος	7	6,9	4	4,2	11	5,6	
	Διαζευγμένος	7	6,9	6	6,3	13	6,6	
	Συζεί	4	3,9	6	6,3	10	5,1	
Σύνολο	102	100	96	100	198	100		
Τόπος διαμονής	Αθήνα	28	27,5	47	49	75	37,9	<0,01
	Αστικές περιοχές	37	36,3	28	29,2	65	32,8	
	Ημιαστικές περιοχές	31	30,4	20	20,8	51	25,8	
	Αγροτικές περιοχές	6	5,9	1	1	7	3,5	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	
Απασχόληση	Πλήρης	24	23,5	56	58,3	80	40,4	<0,001
	Μερική	6	5,9	11	11,5	17	8,6	
	Καμία	72	70,6	29	30,2	101	51	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	

Πίνακας 4. Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Ομάδα ΜΕΘ		Ομάδα μη ΜΕΘ		Σύνολο		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Διάγνωση νοσηλείας	Πολυτραυματίας	37	36,3	12	12,5	49	24,7	<0,001
	Αυτοάνοσο νόσημα	2	2	2	2,1	4	2	
	Χειρουργικό νόσημα	9	8,8	43	44,8	52	26,3	
	Παθολογικό νόσημα	11	10,8	16	16,7	27	13,6	
	Νεόπλασμα	11	10,8	12	12,5	23	11,6	
	Καρδιολογικό νόσημα	3	2,9	0	0	3	1,5	
	Λοίμωξη	10	9,8	5	5,2	15	7,6	
	Αναπνευστικό νόσημα	9	8,8	4	4,2	13	6,6	
	Αιμορραγία	8	7,8	2	2,1	10	5,1	
	Έγκαυμα	2	2	0	0	2	1	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	
Οξυγονοθεραπεία	Ρινική κάνουλα	0	0	47	49	47	49	<0,001
	Μάσκα Venturi	2	2	37	38,5	39	19,7	
	Μάσκα επανεισπνοής	8	7,8	8	8,3	16	8,1	
	Διασωλήνωση	60	58,8	4	4,2	64	32,3	
	Τραχειοστομία	32	31,4	0	0	32	16,2	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
Καταστολή	Ναι	68	66,7	6	6,3	74	37,4	<0,01
	Όχι	34	33,3	90	93,8	124	62,6	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
ΜΚΔ	Ναι	33	32,4	19	19,8	52	26,3	>0,05
	Όχι	69	67,6	77	80,2	146	73,7	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
ΔΜΣ	Ναι	36	35,3	13	13,5	49	24,7	<0,01
	Όχι	66	64,7	83	86,5	149	75,3	
		Σύνολο	102	100	96	100	196	
Συννόσηση ΜΚΔ και ΔΜΣ	Ναι	18	17,6	5	5,2	23	11,6	<0,05
	Όχι	84	85,4	91	94,8	175	88,4	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	

Πίνακας 5. Διαφορές στις δύο ομάδες ως προς τη διάρκεια νοσηλείας.

	n	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t-value
Ομάδα ΜΕΘ	102	33,61	60,48	3,78*
Ομάδα μη ΜΕΘ	96	10,09	7,35	

*p<0,01

Η διαφορά αυτή βρέθηκε να μην αγγίζει οριακά τα όρια στατιστικής σημαντικότητας: $\chi^2 (1)=3,41$, $p=0,065$ ($>0,05$) με διόρθωση Yates. Επίσης, ως προς τους λόγους των οτζ, το να νοσηλεύεται κανείς σε μονάδα εντατικής θεραπείας αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά 1,94

φορές συγκριτικά με τη νοσηλεία σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου (OR=1,94, 95% CI=1,01–3,72).

Διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες φαίνεται πως προκύπτουν και για την επικράτηση ΔΜΣ, με όσους νοσηλεύονται σε ΜΕΘ να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε αντίθεση με τα άτομα που

νοσηλεύονται σε άλλες μονάδες του νοσοκομείου (πίνακας 4). Ο στατιστικός έλεγχος χ^2 με τη διόρθωση Yates ανέδειξε τη διαφορά αυτή ως στατιστικά πολύ σημαντική: $\chi^2 (1)=11,42$, $p<0,01$, ενώ από την ανάλυση με τον λόγο των οτζ προέκυψε πως η νοσηλεία σε ΜΕΘ αυξάνει κατά 3,48 φορές την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ συγκριτικά με τη νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου ($OR=3,48$, $95\%CI=1,71-7,8$).

Αναφορικά με την παρουσία-απουσία συννόησης, συνολικά 11,6% του δείγματος βρέθηκαν να πληρούν παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ. Όπως γίνεται σαφές από τον πίνακα 4, περισσότερα άτομα από την ομάδα ΜΕΘ εμφανίζουν παράλληλα ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ο στατιστικός έλεγχος χ^2 με διόρθωση Yates ανέδειξε τη διαφορά αυτή στατιστικά σημαντική: $\chi^2 (1)=7,45$, $p<0,05$. Αναφορικά με τον λόγο των οτζ, οι ασθενείς της ομάδας ΜΕΘ έχουν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν συγχρόνως ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου ($OR=3,9$, $95\% CI=1,39-10,97$).

Για τη μελέτη των προγνωστικών παραγόντων εφαρμόστηκαν τρία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, με τα στοιχεία των ατόμων της ομάδας ΜΕΘ. Στην πρώτη ανάλυση, η μεταβλητή έκβασης ήταν η παρουσία ΜΚΔ και –όπως διακρίνεται και στον πίνακα 6– οι μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία κατάθλιψης είναι το φύλο, η κλίμακα APACHE, η κλίμακα της Γλασκόβης, από τη διάρκεια νοσηλείας η κατηγορία «61 ημέρες και άνω» και από τη διάγνωση η κατηγορία «καρδιολογική ασθένεια». Αναφορικά με τη δεύτερη παλινδρόμηση για την εμφάνιση ΔΜΣ, οι μεταβλητές αντίστοιχα που μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ είναι το φύλο, η ηλικία και η βαθμολογία στην κλίμακα APACHE (πίνακας 7).

Η τελευταία λογιστική παλινδρόμηση αφορούσε στην παρουσία συννόησης, στην ομάδα ΜΕΘ και οι μεταβλητές που την προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο είναι το φύλο, η ηλικία και η βαθμολογία στην κλίμακα APACHE (πίνακας 8).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων του ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	4,93	1,6–15,7	1	7,74	0,005**
Κλίμακα APACHE	1,22	1,06–1,41	1	7,71	0,005**
Κλίμακα Γλασκόβης	1,36	1,04–1,79	1	4,86	0,028*
Διάρκεια νοσηλείας			2	4,93	0,085
Διάρκεια νοσηλείας (1)	2,2	0,66–7,33	1	1,63	0,201
Διάρκεια νοσηλείας (2)	7,68	1,26–46,91	1	4,87	0,027*
Διάγνωση			9	6,81	0,657
Διάγνωση (1)	0,79	0,03–18,72	1	0,02	0,886
Διάγνωση (2)	0,77	0,1–6,06	1	0,06	0,77
Διάγνωση (3)	1,69	0,28–10,28	1	0,33	0,567
Διάγνωση (4)	1,08	0,19–6,23	1	0,01	0,929
Διάγνωση (5)	0,06	0,004–0,82	1	4,43	0,035*
Διάγνωση (6)	0,000	0,000	1	0,000	0,999
Διάγνωση (7)	3,25	0,45–23,35	1	1,37	0,242
Διάγνωση (8)	0,91	0,12–7,06	1	0,01	0,929
Διάγνωση (9)	6,812 ^{E9}	0,000	1	0,000	0,999

Φύλο: διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Κλίμακα APACHE, Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Διάρκεια νοσηλείας (αναφοράς): 1–15 ημέρες, Διάρκεια νοσηλείας (1): 16–60 ημέρες, (2): 61 ημέρες και άνω
 Διάγνωση (αναφοράς): Πολυτραυματίας, Διάγνωση (1): Αυτοάνοσο, (2): Χειρουργικό, (3): Παθολογικό, (4): Νεόπλασμα,
 (5): Καρδιολογικό, (6): Λοίμωξη, (7): Αναπνευστικό, (8): Αιμορραγία, (9): Έγκαυμα * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Πίνακας 7. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων της ΔΜΣ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	11,9	3,45–41,08	1	15,35	0,000**
Ηλικία	0,93	0,9–0,97	1	11,61	0,001**
Κλίμακα APACHE	1,14	1,004–1,29	1	4,12	0,042*
Κλίμακα Γλασκόβης	0,95	0,75–1,2	1	0,2	0,657
Διάρκεια νοσηλείας	1,002	0,99–1,01	1	0,35	0,553

Φύλο: Διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Ηλικία: Συνεχής μεταβλητή
 Κλίμακα APACHE: Συνεχής μεταβλητή, Κλίμακα Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Διάρκεια νοσηλείας: Συνεχής μεταβλητή *p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 8. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων της συννόσησης ΜΚΔ - ΔΜΣ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	11,99	2,36–60,83	1	8,99	0,003**
Ηλικία	0,94	0,89–0,997	1	4,19	0,041*
Κλίμακα APACHE	1,26	1,04–1,54	1	5,41	0,020*
Κλίμακα Γλασκόβης	0,94	0,68–1,3	1	0,14	0,711
Οξυγονοθεραπεία			3	5,68	0,128
Οξυγονοθεραπεία (1)	1,958 ^{E9}	0,000	1	0,000	0,999
Οξυγονοθεραπεία (2)	2,573 ^{E8}	0,000	1	0,000	0,999
Οξυγονοθεραπεία (3)	58204031,59	0,000	1	0,000	0,999

Φύλο: Διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Ηλικία: Συνεχής μεταβλητή
 Κλίμακα APACHE: Συνεχής μεταβλητή, Κλίμακα Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Οξυγονοθεραπεία (αναφοράς): Ρινική κάνουλα, Οξυγονοθεραπεία (1): Μάσκα Ventury, Οξυγονοθεραπεία (2): Μάσκα Επανεισπνοής, Οξυγονοθεραπείας (3): Διασωλήνωση, *p<0,05, **p<0,01

Συζήτηση

Στο Γενικό Νοσοκομείο κυριαρχεί υψηλό ποσοστό ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, με κυριότερες παθήσεις την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.³⁸ Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, τα άτομα της ομάδας ΜΕΘ είχαν υψηλότερα ποσοστά τόσο ΜΚΔ 32,4% όσο και ΔΜΣ 35,3%, συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου 19,8% και 13,5% αντίστοιχα (πίνακας 4). Τα ποσοστά αυτά είναι υψηλότερα σε σχέση και με αυτά του γενικού πληθυσμού. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι το 6,8% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα υποφέρει από ΜΚΔ,³⁹ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό επικράτησης στις αγχώδεις διαταραχές (συμπεριλαμβανομένης και της ΔΜΣ) ανέρχεται στο 10,8%.⁴⁰ Ειδικότερα, για το ποσοστό ΔΜΣ της ομάδας ΜΕΘ (35,3%) αξίζει να αναφερθεί ότι είναι μεγαλύτερο ακόμα και από το αντίστοιχο ποσοστό καρ-

διοχειρουρηγμένων ασθενών (17%) και ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (16%).⁴¹

Στην προσπάθεια να ερμηνεύσουν τα υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στη ΜΕΘ, πολλοί ερευνητές έχουν διερευνήσει την αντίληψη των ασθενών για τους στρεσογόνους παράγοντες.⁴² Η εμπειρία της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, η αδυναμία ή η έλλειψη επικοινωνίας, ο φόβος για τεχνική βλάβη των μηχανημάτων και του επικείμενου θανάτου δημιουργούν ένα από τα πιο συνηθισμένα στρεσογόνα σενάρια για τους βαρέως πάσχοντες. Πολλά από τα βιώματα που σχετίζονται με την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όπως η στέρηση ύπνου, η αισθητηριακή υπερφόρτωση, η απώλεια ελέγχου και το αίσθημα αποδυνάμωσης προκαλούν σοβαρό στρες και οδηγούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες.⁴³

Πέραν των ψυχολογικών ερμηνειών, υπάρχουν και βιολογικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης και ΔΜΣ στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν κάποιες σωματικές νόσοι που σχετίζονται με κατάθλιψη, όπως ο καρκίνος στομάχου και παγκρέατος, οι κολλαγονώσεις, οι αναιμίες από έλλειψη ιχνοστοιχείων ή έλλειψη Β12, οι νευρολογικές παθήσεις (ΑΕΕ, AIDS, επιληπτικές κρίσεις, ΚΕΚ), οι ενδοκρινοπάθειες (θυρεοειδής, επινεφρίδια, υπόφυση) και η διατροφική ανεπάρκεια.⁸ Επίσης πολλά φάρμακα έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη, όπως κάποια αντισπασμωδικά (φαινοβαρβιτάλη, κλοναζεπάμη), αντιυπερτασικά (ρεσερπίνη, κλονιδίνη), Β-αναστολείς (προπρανολόλη), στεροειδή (γλυκοκορτικοειδή, ΑCΤΗ), Η₂ αναστολείς (σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη) κ.ά.⁸ Όσον αφορά στην εμφάνιση ΔΜΣ, έχει βρεθεί ότι η χορήγηση υδροκορτιζόνης κατά το σηπτικό σοκ μειώνει την εμφάνιση ΔΜΣ και βελτιώνει τη συναισθηματική ευεξία των ασθενών.¹⁴

Κατά τη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων, με την εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης, παρατηρήθηκαν κάποιες μεταβλητές που προέβλεπαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ.

Το φύλο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, τόσο ανάπτυξης ΜΚΔ, όσο και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ έχουν σχεδόν τις πενταπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΚΔ συγκριτικά με τους άνδρες της ομάδας ΜΕΘ (πίνακας 6), και σχεδόν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΔΜΣ συγκριτικά με τους άνδρες (πίνακας 7). Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη διαφορά επικράτησης ΜΚΔ και ΔΜΣ ανάμεσα στα δύο φύλα, όπως έχει βρεθεί και σε ανάλογη έρευνα του εξωτερικού.⁴

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών) στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, πιστεύεται ότι διαμορφώνουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο.⁴⁴ Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες, και στη διάρκεια της ζωής τους το 20% θα εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο ενώ το ποσοστό στους άνδρες είναι 12%. Αντίστοιχα, διαφορές υπάρχουν και ως προς την επικράτηση της ΔΜΣ στον γενικό πλη-

θυσμό, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 5 και 6% στους άνδρες και 10–14% στις γυναίκες.^{45,46}

Ο παράγοντας της ηλικίας δεν φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΜΚΔ στην ομάδα της ΜΕΘ. Ωστόσο, η ηλικία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη της ΔΜΣ σε άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ, καθώς η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ κατά 7% (πίνακας 7). Παρόλο που η ΔΜΣ είναι δυνατό να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, τα νεαρά ενήλικα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά, καθώς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης σε ψυχροτραυματικές εμπειρίες.^{47,48}

Στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκε κάθε κλινική διάγνωση ξεχωριστά και προέκυψε ότι το καρδιολογικό νόσημα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ συγκριτικά με τους πολυτραυματίες που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ κατά 96% (πίνακας 6). Οι ασθενείς με καρδιακές παθήσεις και ιδιαίτερα με στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου εμφανίζουν συχνά άγχος ως αντίδραση στο καρδιολογικό πρόβλημα, τον πόνο και τον φόβο του θανάτου.⁴⁹ Παρόλ' αυτά στη ΜΕΘ, συγκρίνοντας τις κλινικές διαγνώσεις, η καρδιολογική ασθένεια φαίνεται να έχει τη μικρότερη επίδραση στην ανάπτυξη ΜΚΔ σε σχέση με τη διάγνωση του πολυτραυματία, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με λιγότερες ιατρικές παρεμβάσεις ή μικρότερο χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ. Από την άλλη μεριά, η κλινική διάγνωση δεν φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΔΜΣ στην ομάδα της ΜΕΘ.

Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης κατέδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου με την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Καθώς οι ασθενείς βελτιώνουν το επίπεδο συνείδησης, σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκόβης, φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από ΜΚΔ. Αναλυτικά, για κάθε αύξηση της κλίμακας APACHE κατά μία μονάδα, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ κατά 1,22 φορές ενώ, για κάθε αύξηση της κλίμακας της Γλασκόβης κατά μία μονάδα, αυξάνονται οι πιθανότητες κατά 1,36 φορές (πίνακας 6). Αντίστοιχα, η αύξηση στην κλίμακα APACHE κατά μία μονάδα συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης ΔΜΣ κατά 14% στην ομάδα ΜΕΘ (πίνακας 7).

Στην παρούσα μελέτη, ως προς τη διάρκεια νοσηλείας, τα άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σημείωσαν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο από τα άτομα που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (πίνακας 5). Η παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα μόνο στην ανάπτυξη ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που νοσηλεύονται για 61 ημέρες και άνω στη ΜΕΘ, έχουν 7,68 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ συγκριτικά με τα άτομα που νοσηλεύονται από 1–15 ημέρες.

Στην παρούσα μελέτη το 11,6% του δείγματος συνολικά βρέθηκε να πληροί παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ και, όπως προέκυψε από την ανάλυση, περισσότερα άτομα από την ομάδα ΜΕΘ (17,6%) εμφανίζουν παράλληλα ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (5,2%). Οι μεταβλητές που προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία συννόσησης ΜΚΔ-ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ έδειξαν ότι είναι 12 φορές πιο πιθανό για τις γυναίκες να εμφανίσουν συννόσηση συγκριτικά με τους άνδρες. Επίσης, καθώς αυξάνεται η ηλικία, μειώνονται ολόένα και περισσότερο οι πιθανότητες εκδήλωσης συννόσησης. Χαρακτηριστικά, η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνοδεύεται από μειωμένες πιθανότητες εκδήλωσης συννόσησης, της τάξεως του 6%. Αντίθετα, η αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα APACHE κατά μία μονάδα οδηγεί σε αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης συννόσησης, της τάξεως του 26% (πίνακας 8).

Η κατάθλιψη συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές σε συχνότητα που κυμαίνεται από το 33% έως το 75% των περιπτώσεων, ενώ υπάρχει σημαντική συννόσηση των παραπάνω διαταραχών με σοβαρές και χρόνιες σωματικές νόσους.⁸ Πιο συγκεκριμένα, η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΜΚΔ^{50,51} και η ΔΜΣ αποτελεί συνήθως την πρώτη διαταραχή όταν εξετάζονται και οι δύο μαζί.⁴⁵

Περιορισμοί της μελέτης

Στους μεθοδολογικούς περιορισμούς της μελέτης εντάσσεται η διερεύνηση μόνο δύο ψυχιατρικών παθήσεων, της ΜΚΔ και της ΔΜΣ, και όχι ολόκληρης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Μια τέτοια μελέτη θα ξεπερνούσε ενδεχομένως το χρονικό και οικονομικό πλαίσιο της παρούσης έρευνας.

Το μεροληπτικό σφάλμα ως προς την επιλογή του δείγματος για την ομάδα ΜΕΘ και μη ΜΕΘ είναι ένας άλλος περιορισμός, ο οποίος καλύπτεται από το μέγεθος του δείγματος και τη μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ομάδων. Ένας τρίτος περιορισμός ήταν η άρνηση κάποιων ασθενών να συμμετέχουν στη μελέτη, το οποίο αντιμετωπίστηκε με το μέγεθος του δείγματος και την καταγραφή των στοιχείων των ατόμων που αρνήθηκαν, όπου δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Τέταρτο περιορισμό αποτελεί η επιλογή ως ομάδας ελέγχου των παθολογικών-χειρουργικών τμημάτων και όχι μιας ομάδας ασθενών που να έχουν νοσηλευτεί σε ΜΑΦ για παράδειγμα, των οποίων οι συνθήκες νοσηλείας πιθανώς προσομοιάζουν με τη ΜΕΘ. Στόχος ήταν να γίνει η σύγκριση ανάμεσα σε ένα κλειστό τμήμα, όπως είναι η ΜΕΘ, και των ανοιχτών τμημάτων που έχουν διαφορετικό τρόπο λειτουργίας. Τέλος, η ελάχιστη διάρκεια νοσηλείας προσδιορίστηκε σε ένα μόνο 24ωρο, ώστε να καλυφθεί μεγαλύτερο εύρος δείγματος.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ΜΚΔ (32,4%) και ΔΜΣ (35,3%) με τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, και μάλιστα σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ανάλυση των μεταβλητών έδειξε ότι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες στην ανάπτυξη ΜΚΔ αποτελούν το γυναικείο φύλο, η διάρκεια νοσηλείας και η βαρύτητα της νόσου, ενώ για τη ΔΜΣ το γυναικείο φύλο, η νεαρή ηλικία και η βαρύτητα της νόσου. Τα αποτελέσματα της μελέτης συνεισφέρουν στη γνώση και ευαισθητοποίηση των επιστημόνων υγείας που φροντίζουν ασθενείς ΜΕΘ. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στη διαχρονική μελέτη της επικράτησης ΜΚΔ και ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ και στην αναζήτηση τρόπων πρόληψης, ανίχνευσης και έγκαιρης αντιμετώπισης.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων για τη δυνατότητα πρόσβασης στις εκάστοτε ΜΕΘ και τμήματα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τη βοήθεια στη συλλογή του δείγματος, καθώς και τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη.

Depression and post-traumatic stress disorder among patients in intensive care units

E. Asimakopoulou, M. Madianos

Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:257–269

Recent progress in medicine and technology has produced a significant increase in the survival rate of critically ill patients who have been treated in Intensive Care Units (ICU). Consequently, researchers have become increasingly interested in the relationship between critical illness and psychiatric consequences. The experience of critical illness has been often associated with Major Depression (MD) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). There has been no similar study in Greece. The aim of the present study was to investigate the prevalence of MD and PTSD among patients after discharge from ICU in comparison with patients who discharge from pathological or surgical department. The study was conducted on five major hospitals "ATTIKON", "THRIASSIO", "KAT", "GNA GENNIMATAS", "KORGIALENIO – BENAKIO". A standardized instrument was used especially for this study and is based on "MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview" and DSM-IV. The data collection was carried out through personal interviews with the patients. It is a cross-sectional study and also a case-control study. The sample of the research was composed of 198 patients, from whom 102 were in ICU (ICU group) and 96 were not (non-ICU group). The results of the statistical processing have shown that there is a positive and statistically significant correlation between MD-PTSD and hospitalization in ICU, and particular hospitalization in ICU increases the likelihood of developing MD by 1.94 times and PTSD by 3.48 times, compared to treatment in another part of the hospital. Furthermore, the ICU group was found to suffer more than the control group from MD (32.4% vs 19.8%) and PTSD (35,3% vs 13,5%). The investigation of sociodemographic characteristics showed that being a woman discharged from ICU is nearly five times more likely to develop MD and nearly twelve times more likely to develop PTSD compared with men. Old age in ICU acts as a protective factor from PTSD. Regarding the clinical features, the clinical diagnosis is not associated with the development of MD and PTSD in either group, but there is a positive correlation of severity of illness with MD and PTSD in ICU. The length of stay is an important prognostic factor only in the development of MD in ICU group. In this study 11.6% of the total sample (ICU: 17.6%, non-ICU group: 5.2%) was found to meet the criteria for both MD and PTSD. These results are in agreement with similar studies in the literature. Early recognition and treatment of MD and PTSD in critically ill patients could contribute to faster recovery and improved quality of life.

Key words: Post-traumatic stress disorder, major depression, intensive care unit, risk factors.

Βιβλιογραφία

1. Pollack MM, Katz RW, Ruttimann UE, Getson PR. Improving the outcome and efficiency of intensive care: the impact of an intensivist. *Crit Care Med* 1988, 16:11–17
2. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:421–434
3. Bongard F, Sue D, Μπαλτόπουλος Γ. *Σύγχρονη εντατικολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005
4. Rattray JE, Johnston M, Wildsmith JA. Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia* 2005, 60:1085–1092
5. Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI. Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *Int Nurs Rev* 2010, 57:288–296
6. Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: intensive care follow-up – what has it told us? *Crit Care* 2002, 6:411–417
7. Jones C, Griffiths RD. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory* 2000, 8:79–94

8. Μαδιανός ΜΓ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004
9. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989, 262:914–919
10. Zatzick DF, Jurkovich GJ, Rivara FP, Wang J, Fan MY, Joesch J et al. A national study of posttraumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic injury. *Ann Surg* 2008, 248:429–437
11. Yehuda R. Current concepts: post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002, 346:108–114
12. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Int Care Med* 2007, 33:1506–1518
13. Perrins J, King N, Collings J. Assessment of long-term psychological well-being following intensive care. *Int Crit Care Nurs* 1998, 14:108–116
14. Schelling G, Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Durst K et al. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in survivors. *Crit Care Med* 1999, 27:2678–2683
15. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000, 28:2293–2299
16. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001, 29:573–580
17. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001, 56:9–14
18. Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry* 2001, 50:978–985
19. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2003, 168:1457–1461
20. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J et al. Rehabilitation after critical illness: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003, 31:2456–2461
21. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Shintani A, Truman B, May L, Ely EW. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2003, 31:1226–1234
22. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Int Care Med* 2004, 30:450–455
23. Nickel M, Leiberich P, Nickel C, Tritt K, Mitterlehner F, Rother W et al. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *J Int Care Med* 2004, 19:285–290
24. Boyle M, Murgo M, Adamson H, Gill J, Elliott D, Crawford M. The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Aust Crit Care* 2004, 17:104–113
25. Chelluri L, Im KA, Belle SH, Schulz R, Rotondi AJ, Donahoe MP et al. Long-term mortality and quality of life after prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2004, 32:61–69
26. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M et al. Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intens Care Med* 2005, 31:86–91
27. Weinert C, Meller W. Epidemiology of depression and antidepressant therapy after acute respiratory failure. *Psychosomatics* 2006, 47:399–407
28. Guentner K, Hoffman LA, Happ MB, Kim Y, Dabbs AD, Mendelsohn AB et al. Preferences for mechanical ventilation among survivors of prolonged mechanical ventilation and tracheostomy. *Am J Crit Care* 2006, 15:65–77
29. Griffiths J, Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J. A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. *Int Care Med* 2006, 32:445–451
30. Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007, 51:671–678
31. Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol* 2007, 12:65–74
32. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Int Care Med* 2007, 33:978–985
33. Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, Gordon SM, Pun BT, Henderson MS et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care* 2007, 11:R28
34. Jubran A, Lawm G, Duffner LA, Collins EG, Lanuza DM, Hoffman LA et al. Post-traumatic stress disorder after weaning from prolonged mechanical ventilation. *Int Care Med* 2010, 36:2030–2037
35. Tøien K, Myhren H, Bredal IS, Skogstad L, Sandvik L, Ekeberg Ø. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. *J Trauma* 2010, 69:552–1559
36. Myhren H, Ekeberg Ø, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Post-traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care* 2010, 14:R14
37. Οικονόμου Α, Μπαλτόπουλος Γ. Συστήματα μέτρησης της βαρύτητας της νόσου και πρόβλεψης της έκβασης των βαρέως πασχόντων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1999, 16:295–314
38. Lobo A, Campos R. Managing the Psychiatry/Primary Care Interface in Perspectives in Psychiatry. In: Robertson MM, Katona CLE (eds) *Depression and Physical Illness*. John Wiley & Sons, Chichester, 1997:42–45
39. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:943–952

40. Μαυρέας Β, Σκαπινάκης Π. *Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα ψυχοπαθολογίας ενηλίκων*. Τμήμα Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012
41. Spindler H, Pedersen SS. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosom Med* 2005, 67:715–723
42. Lusk B, Lash, AA. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2005, 24:25–31
43. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies. *Depress Anxiety* 2002, 15:126–147
44. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ). Κατάθλιψη. (11 Μαρτίου 2013) Διαθέσιμο από www.depressionanxiety.gr
45. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048–1060
46. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *J Genl Specif Med* 2002, 5:34–40
47. Ζέρβας Ι. *Αγχώδεις διαταραχές*. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Σύντ.) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006:321–351
48. Sadock BJ, Sadock VA. *Anxiety disorders*. In: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (ed) Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2003:591–642
49. Huffman JC, Stern TA, Januzzi JL. *The psychiatric management of patients with cardiac disease*. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds) *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby, Philadelphia, 2004:547–569
50. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004, 82:217–225
51. McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB. Reported trauma, posttraumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psych Med* 2001, 31:1249–1257

Αλληλογραφία: Ε. Ασημακοπούλου, Βαλτινών 4, 114 73 Αθήνα,
Τηλ: (+30) 210-64 29 172
e-mail: easimak@yahoo.gr