



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Π.Μ.Σ. «ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ
ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΑ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2016
ΑΘΗΝΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

**ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Τ.. Μεταπτυχιακ.. Φοιτητ..

Εξεταστική Επιτροπή

☐, Επιβλέπων

☐

☐

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεδρίαση της/...../..... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία τ.... κ/κας... με τίτλο

.....
.....
.....,

είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία, ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

☐, Επιβλέπων (Υπογραφή)

☐, (Υπογραφή)

☐, (Υπογραφή

Αφιέρωση/-εις (προαιρετικά)

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ- ΕΦΗ- ΓΙΑΝΝΗ

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του κυρίου Αθανάσιου Χαλκιά και της τριμελούς επιτροπής που ευχαριστώ θερμά που μου εμπιστεύτηκε την ανάθεση αυτής της διπλωματικής εργασίας καθώς επίσης και για την στήριξη και καθοδήγηση που μου προσφέρατε καθ' όλη την διάρκεια της υλοποίησης της.

Ευχαριστώ την διοίκηση του νοσοκομείου για την άδεια που μου δόθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στους γονείς μου για την ανιδιοτελή αγάπη τους και για όσες θυσίες έχουν κάνει για μένα όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2

ΜΕΡΟΣ 1^Ο ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο .ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

1.1	Ορι
σμός Στεφανιαίας Νόσου	6
1.2	Κλι
νικές Εκδηλώσεις Στεφανιαίας Νόσου	6
1.2.1 Στηθάγχη	7
1.2.2 Ασταθής Στηθάγχη.....	8
1.2.3 Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου	9
1.2.4 Καρδιακή Ανεπάρκεια	10
1.2.5 Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος	10
1.3 Επιδημιολογία της Στεφανιαίας Νόσου.....	11
1.4 Παράγοντες Κινδύνου για Στεφανιαία Νόσο	12
1.4.1 Μη αναστρέψιμοι Παράγοντες Κινδύνου.....	12
1.4.2 Αναστρέψιμοι Παράγοντες Κινδύνου.....	13
1.4.3 Λοιποί προδιαθεσικοί παράγοντες.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

2.1 Ορισμός Οξέως Εμφράγματος Μυοκαρδίου	21
2.2 Ταξινόμηση του εμφράγματος του μυοκαρδίου`	22
2.3 Διάγνωση - Αρχική Διάγνωση	22
2.4 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST τμήματος (STEMI).....	25
2.4.1 Ηλεκτροκαρδιογραφική διάγνωση	27
2.5 Θεραπευτική Αντιμετώπιση OEM.....	29
2.5.1 Άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση	29
2.5.2 Αρχική διαστρωμάτωση και έγκαιρη διαστρωμάτωση Κινδύνου	30
2.5.3 Ανακούφιση του άλγους, της δύσπνοιας και του άγχους.....	30
2.6 Αποκατάσταση της Στεφανιαίας ροής και επαναιμάτωση του μυοκαρδιακού ιστού	31
2.6.1 Διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση.....	31
2.7 Πρωτογενής Αγγειοπλαστική	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

3.1 Γενικά-Ορισμός	36
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	38
3.3 Αγχώδεις και Φοβικές Διαταραχές	39

3.3.1 Πώς ταξινομούνται οι αγχώδεις διαταραχές	40
3.3.2 Φοβίες (Φοβικές διαταραχές)	43
3.3.3.Ειδική Φοβία.....	45
3.4 Άγχος και σωματική νόσος.....	46
3.5 Διαφορική διάγνωση του άγχους στον καρδιολογικό ασθενή.....	47

ΜΕΡΟΣ 2^ο ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή	49
Σκοπός.....	49
Υλικό και Μέθοδος.....	49
Μεθοδολογία.....	49
Αποτελέσματα.....	52
Συζήτηση.....	80
Συμπεράσματα – Προτάσεις	83
Περίληψη	84
Abstract	85
Βιβλιογραφία	87
Παράρτημα.....	95

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ

- SCL= SymptomChecklist – 90 – Revised
- SCAD=stable coronary artery disease
- ΟΣΣ = Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο
- ACSs: AcuteCoronarySyndromes (ή: UCSs: Ασταθήστεφανιαίασύνδρομα)
- OEM = οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (αγγειοπλαστική &stenting)
- PPCI = primary percutaneous coronary intervention (πρωτογενής αγγειοπλαστική)
- PCI: Percutaneous Coronary Interventions (balloons, stents, etc.): Διαδερμική αγγειοπλαστική
- STEMI = ST-elevation myocardial infarction (έμφραγμα με ανάσπαση του ST)
- ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα
- OEM = οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- A.P.A =American Psychiatric Association
- ΕΠΑΨΥ = Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας
- ΔΓΑ=Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους
- WHO = WorldHealthOrganization
- ΠΟΥ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- ΣΝ= Στεφανιαία Νόσος
- CABG = Coronary Artery Bypass Graft
- M.M.P.I. = Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- SCL = Symptom Chechlist

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, βελτίωσε αναμφισβήτητα την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Τα μέσα για την αντιμετώπιση των ασθενειών που προσβάλλουν τον άνθρωπο διαφοροποιήθηκαν.

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν, ασκούν και διδάσκουν την Ιατρική και Νοσηλευτική Επιστήμη και Τέχνη με την ελπίδα, ότι θα συμβάλει έστω και ελάχιστα στην άνοδο του επιπέδου της φροντίδας του αρρώστου. Συγκεκριμένα, διερευνά τα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους καθώς και το ψυχοπαθολογικό προφίλ ασθενών με στεφανιαία νόσο που θα προσέλθουν στο Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας μέσω της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL – 90),(18) που είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς των αρρώστων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας.

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει δυο κύριες ενότητες, το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος, η εισαγωγή στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση του θέματος από τον αναγνώστη ενώ στη συνέχεια, παρατίθενται στοιχεία γύρω από το OEM και το φοβικό άγχος.

Στη δεύτερη ενότητα, στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, παρουσιάζονται, ο σκοπός, το υλικό και η μέθοδος της μελέτης καθώς και τα αποτελέσματα, τα οποία πλαισιώνονται από πίνακες και εικόνες. Έπειτα, ακολουθούν τα συμπεράσματα και η συζήτηση, όπου γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με βιβλιογραφικά δεδομένα και κατατίθενται προτάσεις για την ιατρο- νοσηλευτική πρακτική και την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα παγκοσμίως ευθύνονται για υψηλό αριθμό θανάτων και είναι η πρώτη αιτία θνησιμότητας στις χώρες της Αμερικής. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας[1], αναφέρει ότι το 1/3 του συνόλου των θανάτων παγκοσμίως, αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα (16,7 εκατομμύρια θάνατοι). Από αυτούς, για περίπου το 50% (7,22 εκατομμύρια) ευθυνόταν η στεφανιαία νόσος και για 5,5 εκατομμύρια ευθυνόταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη και είναι υπεύθυνη για 1.920.000 θανάτους ετησίως. Ποσοστό 17% των θανάτων ανδρών, ηλικίας μικρότερης των 65 ετών και 12% των θανάτων αντίστοιχων γυναικών οφείλονται σε στεφανιαία νόσο [2].

Για την ανάπτυξη ΟΣΣ έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες.. Κάποιοι από αυτούς τροποποιούνται με κατάλληλες παρεμβάσεις και άλλοι, είναι μη τροποποιήσιμοι. Στους τελευταίους ανήκει η ηλικία, το φύλο και το κληρονομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα, παράγοντες όπως το κάπνισμα, οι υψηλές τιμές χοληστερόλης στο αίμα, η αρτηριακή υπέρταση, η απουσία φυσικής δραστηριότητας, το αυξημένο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και το στρες μπορούν να τροποποιηθούν με κατάλληλες παρεμβάσεις. Αδιαμφισβήτητη η σύγχρονη αντιμετώπιση του Οξέως Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΟΣΣ) επικεντρώνεται στην όσο το δυνατόν ταχύτερη επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. Στην κατεύθυνση αυτή έχουν συνδράμει η αντιθρομβωτική φαρμακευτική αγωγή και οι τεχνικές επαναιμάτωσης, όπως η πρωτογενής αγγειοπλαστική (PPCI), η θρομβόλυση, αλλά και πιο πρόσφατα η διευκολυνόμενη (facilitated) και κυρίως η επικουρική (adjunctive) αγγειοπλαστική για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος. Επίσης, η εφαρμογή τεχνικών της επεμβατικής καρδιολογίας έχει αποφασιστικό ρόλο στη διερεύνηση και αντιμετώπιση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος.

Τα άτομα με ΟΣΣ [3] συχνά υποφέρουν από έντονη δυσφορία και άγχος λόγω της διάγνωσης, νοσηλείας, των χειρουργικών επεμβάσεων, την αβεβαιότητα του αποτελέσματος και το φόβο του θανάτου. Οι ψυχικές επιπτώσεις των σωματικών νόσων αξιολογήθηκαν πρόσφατα. Μόλις το 1977 προτάθηκε η ολιστική προσέγγιση των ασθενών, έναντι της καθαρά βιοιατρικής που ίσχυε μέχρι τότε και έγινε ευρέως αποδεκτό, ότι μία αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις του ατόμου, δηλαδή, την βιολογική, την ψυχολογική και την

κοινωνική. Αν αυτό ισχύει γενικότερα, είναι αυτονόητο ότι γίνεται επιτακτική ανάγκη σε χρόνιες παθήσεις και ειδικότερα σε εκείνες που εμπεριέχουν τον κίνδυνο του θανάτου.

Ο φόβος, παρόλο που θεωρείται ένα δυσάρεστο και έντονο συναίσθημα, λειτουργεί ως μηχανισμός επιβίωσης και προστασίας. Αν δεν υπήρχε το συναίσθημα του φόβου, ο άνθρωπος δε θα ήταν σε θέση να αντιληφθεί τους κινδύνους που τον απειλούν και θα ήταν ανίσχυρος να προστατεύσει τον εαυτό του και τη ζωή των άλλων. Όμως, ενώ ο φόβος είναι χρήσιμος με καθαρά επιβιωτική αξία, η φοβία –που στην ουσία είναι παράλογος φόβος- είναι μια δυσάρεστη (συναισθηματικά) και άκρως δυσλειτουργική (ως συμπεριφορική αντίδραση) κατάσταση, παγιδεύει το άτομο, περιορίζοντας τη ζωή του και χωρίς πραγματικά να την προστατεύει, όπως γίνεται στην περίπτωση του φόβου [4]. Οι Lader & Marks, (1971)[4] κάνουν λόγο για το «φάσμα του φόβου» αναφέρονται στις εξής κατηγοριοποιήσεις του φοβικού συναισθήματος:

α) το άγχος, που είναι η βίωση ενός δυσάρεστου συναισθήματος αγωνίας απέναντι σε έναν ασαφή και μη προσδιορίσιμο κίνδυνο ή απειλή, β) ο φόβος, που είναι η φυσιολογική αντίδραση του μηχανισμού επιβίωσης απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, γ) ο τρόμος, που είναι η κορύφωση του φόβου και του φοβικού συναισθήματος δ) η δειλία- η άμεση και αυθόρμητη συμπεριφορική εκδήλωση του φόβου ενός ατόμου, ε) ο πανικός- που αποτελεί την κατακλυσμιακή, συναισθηματική κορύφωση ενός έντονου φόβου και στ) η φοβία , που εκδηλώνεται ως φοβικό άγχος μόνο απέναντι σε κάποια συγκεκριμένη κατάσταση ή κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Μια προοπτική μελέτη 35.000 ανδρών, οι οποίοι στην έναρξή της δεν είχαν κανένα καρδιαγγειακό νόσημα, έδειξε ότι αυτοί με τα εντονότερα αγχώδη και φοβικά συμπτώματα παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, λόγω στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος αυτός ήταν ανεξάρτητος από την ηλικία και τους άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου [56].

Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρει δέκα προοπτικές μελέτες, οι οποίες καταλήγουν στη σύνδεση άγχους και στεφανιαίας νόσου . Η υπερβολική αύξηση του καρδιακού ρυθμού λόγω άγχους πριν από μία δοκιμασία διπλασιάζει τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου στη μετέπειτα ζωή του ανθρώπου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας γαλλικής μελέτης που δημοσιεύθηκε στο European Heart Journal [6].

Οι καινούργιες ιατρικές θεραπείες έλυσαν πολλά αδιέξοδα, συγχρόνως όμως ανέδειξαν καινούργια ψυχοκοινωνικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Από τα παραπάνω

συνάγεται ότι το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελεί στόχο του ψυχοκοινωνικού στρες, το οποίο μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία του μυοκαρδίου, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, εμφάνιση αρρυθμιών, αθηροσκλήρυνση και θάνατο. Πολλές σύγχρονες θεραπείες, ανέδειξαν δευτερογενή ψυχιατρικά προβλήματα που "χρήζουν προσοχής και φροντίδας" [7].

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο .ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

1.1 Ορισμός Στεφανιαίας Νόσου

Η στεφανιαία νόσος, γνωστή και ως ισχαιμική καρδιοπάθεια, χαρακτηρίζεται από τη στένωση των στεφανιαίων αρτηριών, λόγω της φλεγμονής του ενδοθηλίου των αγγείων και εναπόθεσης αθηρωματικών πλακών σε αυτά, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ροής του αίματος στην καρδιά, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο σε ανεπαρκή παροχή οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στο μυοκάρδιο [8].

Συχνά όταν αναφερόμαστε στη ΣΝ εννοούμε τη σταθερή μορφή της νόσου (stable coronary artery disease, SCAD) που σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας γενικά χαρακτηρίζεται από “επεισόδια αναστρέψιμης, ασύγχρονης μυοκαρδιακής απαίτησης/ παροχής σχετιζόμενης με ισχαιμία ή υποξίας που συνήθως επάγονται από την άσκηση, συγκίνηση ή άλλη μορφή stress και είναι αναπαραγώγιμα, αλλά που μπορούν να συμβούν ξαφνικά” [9].

Τα επεισόδια αυτά που συνοδεύονται από προσωρινή δυσφορία στο στήθος εκπροσωπούν τη στηθάγχη. Στον όρο ΣΣΝ περιλαμβάνονται: η σταθεροποιημένη συχνά ασυμπτωματική κατάσταση που συχνά ακολουθούν ένα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), η επί μακρόν προ- συμπτωματική κατάσταση της σταφανιαίας αθηροσκλήρωσης και η στηθάγχη ηρεμίας.[10]. Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί μορφή του ΟΣΣ. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρδιολογίας όρισε ως ΟΣΣ “κάθε ομάδα ασθενών με κλινικά συμπτώματα συγκρίσιμα με οξείας μυοκαρδιακής ισχαιμίας [11].

1.2 Κλινικές Εκδηλώσεις Στεφανιαίας Νόσου

Η ΣΝ είναι μια σοβαρή νόσος, με αρκετές κλινικές εκδηλώσεις όπως:

- Στηθάγχη (δηλ. θωρακικό άλγος και/ή δυσφορία που προκαλείται όταν ο καρδιακός μυς δεν λαμβάνει το αίμα που χρειάζεται)
- Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο - ΟΣΣ - [δηλ., ασταθή στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI), και έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI)]
- Χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια με καρδιακή ανεπάρκεια (δηλ., ανεπαρκής ή ελαττωματική λειτουργία της καρδιάς)
- Αιφνίδιος θάνατος (συχνά σαν πρώτη εκδήλωση),

Σημειώνεται, ότι η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου καθώς και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια χωρίς την ύπαρξη ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας λόγω απευθείας βλάβης των οργάνων στόχων (καρδιά και νεφροί). Αξιοσημείωτα, πολύ ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν χουν συμπτώματα αλλά εμφανίζουν εικόνα ισχαιμίας μυοκαρδίου σε μία δοκιμασία κόπωσης η οποία έχει διενεργηθεί με κάποια αφορμή (π.χ., προετοιμασία για μη καρδιολογική χειρουργική επέμβαση ή έλεγχος σε άτομα φαινομενικώς υγιή με πολλούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου). Τα άτομα αυτά έχουν «σιωπηρή ισχαιμία» του μυοκαρδίου και είναι συνήθως σακχαροδιαβητικοί ή ηλικιωμένοι ασθενείς. Αν η έκταση της ισχαιμίας είναι μέτριου ή υψηλού βαθμού θα πρέπει να ελεγχθεί στεφανιογραφικά. Η ανατομική επιβεβαίωση της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με σιωπηρή ισχαιμία έχει την ίδια προγνωστική σημασία με αυτή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και στηθάγχη και υπαγορεύει ακριβώς την ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση όπως και η συμπτωματική νόσος [12].

1.2.1 Στηθάγχη

Η στηθάγχη στη τυπική της μορφή εκδηλώνεται σαν έντονος πόνος στο στήθος αλλά, μπορεί να εκδηλωθεί και σαν σφίξιμο, κάψιμο, συμπίεση ή απλά σαν δύσπνοια. Συνήθως ο πόνος αντανακλά στο αριστερό χέρι, στην ωμοπλάτη ή στη κάτω γνάθο και συνοδεύεται συνήθως από εφίδρωση. Χαρακτηριστικό της στηθάγχης είναι ότι εκδηλώνεται στη προσπάθεια και υποχωρεί λίγα λεπτά μετά τη διακοπή της προσπάθειας ή με τη λήψη υπογλώσσιου δισκίου νιτρογλυκερίνης, που πρέπει να λαμβάνεται πάντα σε καθιστή θέση για την αποφυγή ζάλης από πιθανή υπόταση.

Γενικά κάθε θωρακικός πόνος, που εμφανίζεται σε προσπάθεια και υποχωρεί λίγο μετά τη διακοπή της, πρέπει να θεωρείται ύποπτος και θα πρέπει ο ασθενής να απευθύνεται στο γιατρό του .

Η σταθερή στηθάγχη οφείλεται σε στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων από αθηρωματικές πλάκες, που υπάρχουν στο τοίχωμά τους και ο πόνος (στηθάγχη) εμφανίζεται μετά από την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου, που είναι διαφορετικό για τον κάθε ασθενή και εξαρτάται από το βαθμό και την έκταση προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών. Έτσι άλλος εμφανίζει στηθάγχη μετά από βάρδια 200 μέτρων, άλλος στα 500 μέτρα και άλλος μόνο σε ανηφόρα, αλλά οι αποστάσεις αυτές

παραμένουν περίπου σταθερές γεγονός που της προσδίδει το όνομα σταθερή στηθάγχη [13].

1.2.2 Ασταθής Στηθάγχη

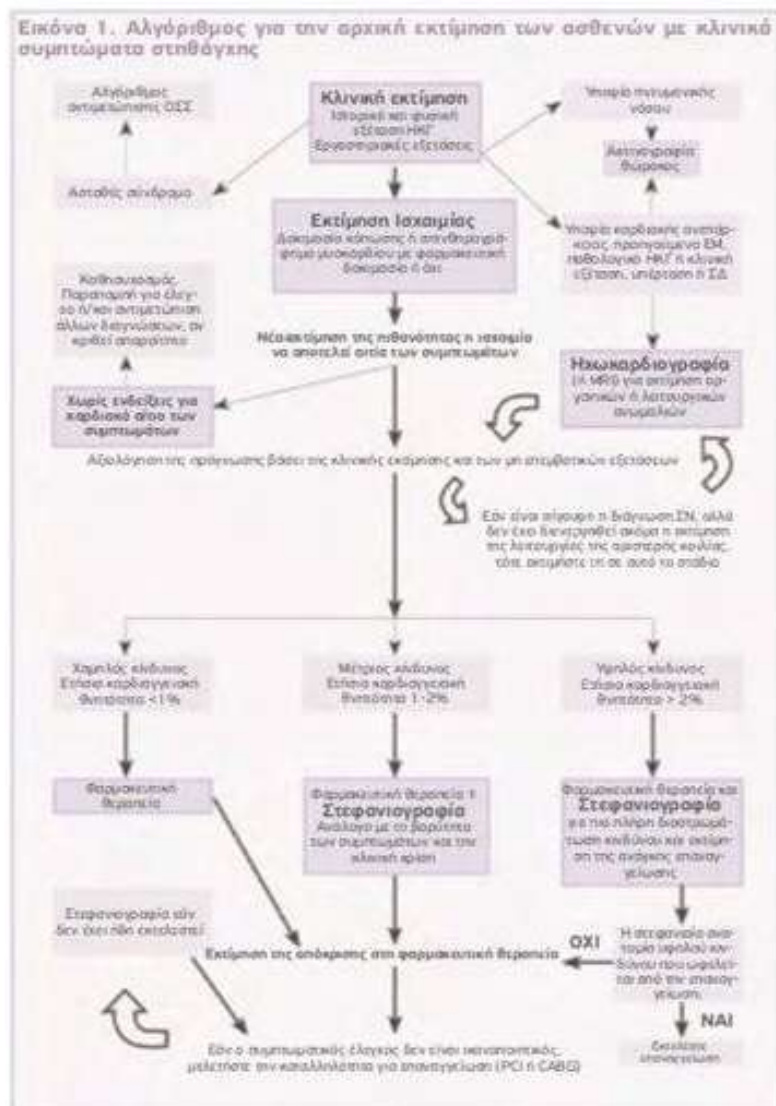
Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί μια πιο επικίνδυνη μορφή στεφανιαίας νόσου, γι' αυτό και έχει χαρακτηριστεί προεμφραγματική στηθάγχη . Το σύμπτωμα με το οποίο εκδηλώνεται είναι το κλασικό στηθαγχικό ενόχλημα, το οποίο όμως, σε αντίθεση με τη σταθερή στηθάγχη, δεν είναι προβλέψιμο, αλλά μπορεί να εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη σωματική προσπάθεια, π.χ. στην ηρεμία ή ακόμη και να ξυπνάει τον ασθενή οφείλεται στην απότομη αύξηση της στένωσης μιας στεφανιαίας αρτηρίας, συνήθως εξαιτίας ρήξης μιας αθηρωματικής πλάκας και της επακόλουθης θρόμβωσης μέσα στον αυλό του αγγείου στο σημείο της ρήξης, που αυξάνει έτσι σημαντικά το ποσοστό στένωσης, αλλά δεν φράζει τελείως το αγγείο. Η ασταθής στηθάγχη διαφέρει στην εκδήλωσή της από την σταθερή στηθάγχη και χαρακτηρίζεται από τις εξής καταστάσεις εικ.1:

(α) Επιδεινούμενη στηθάγχη (συχνότερα, εντονότερα, μεγαλύτερης διάρκειας στηθαγχικά επεισόδια) σε ασθενή που πριν εμφάνιζε συμπτώματα σταθερής στηθάγχης.

(β) Στηθάγχη που εμφανίσθηκε πρόσφατα αλλά εκλύεται σε μικρή προσπάθεια.

(γ) Στηθάγχη σε ηρεμία ή σε ελάχιστη προσπάθεια.

Η ασταθής στηθάγχη είναι συχνά προάγγελος οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου [14].



Εικόνα 1. Αλγόριθμος για την εκτίμηση των ασθενών με κλινικά συμπτώματα στηθάγχη. Πηγή: βιβλιογραφική αναφορά Νο 14.

1.2.3 Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η νέκρωση μιας περιοχής του καρδιακού μυός, που οφείλεται στην αιφνίδια διακοπή της παροχής οξυγόνου στο συγκεκριμένο τμήμα. Η διακοπή της παροχής αίματος οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας, λόγω της ανάπτυξης θρόμβου πάνω σε μία αρτηριοσκληρυντική πλάκα. Πολύ σπανιότερα η απόφραξη μπορεί να οφείλεται σε παρατεταμένο σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών. Κλινικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου εκδηλώνεται με τυπική στηθάγχη, η οποία όμως είναι παρατεταμένης διάρκειας, δεν σταματά με την ανάπαυση και συνοδεύεται από αίσθημα «αφανισμού». Όταν σε άρρωστο με γνωστή στεφανιαία ανεπάρκεια εκδηλωθεί ένα

επεισόδιο θωρακικού πόνου με τους παραπάνω χαρακτήρες, επιβάλλεται η άμεση μεταφορά του σε εφημερεύον νοσοκομείο, γιατί μόνο σε εξειδικευμένο χώρο και από εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία ένα τόσο σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Η άμεση μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εάν αναλογιστούμε ότι το OEM αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις Δυτικές χώρες. Ακόμη όμως και από τα άτομα που θα επιβιώσουν από ένα οξύ επεισόδιο, μερικά θα βρεθούν αντιμέτωπα με σοβαρές επιπλοκές που θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους, όπως π.χ. την καρδιακή ανεπάρκεια. Βέβαια σήμερα με τη λειτουργία των μονάδων εντατικής παρακολούθησης και την εφαρμογή μεθόδων που συντελούν στη διάνοιξη του αποφραγμένου αγγείου και επομένως στην ταχεία επαναιμάτωση του μυοκαρδίου, η πρόγνωση του OEM έχει βελτιωθεί. Πάρα ταύτα, επειδή το τίμημα του εμφράγματος εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να είναι βαρύ, αποτελεί μέριμνα κάθε ιατρού και ειδικότερα του καρδιολόγου να εντοπίζει τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο και ανάλογα με τη διαβάθμιση του κινδύνου να παρέχει την κατάλληλη κατά περίπτωση φροντίδα [15].

1.2.4 Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια σπάνια είναι η πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και συνήθως επέρχεται μετά από εκτεταμένο έμφραγμα μυοκαρδίου, που νεκρώνει σημαντικό τμήμα της καρδιάς, το οποίο αφού μετατραπεί στη συνέχεια σε ουλή, δεν μπορεί να συνεισφέρει στην καρδιακή συστολή. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει διαταραχή στην αντλητική ικανότητα της καρδιάς, με συνέπεια την καρδιακή ανεπάρκεια [14].

1.2.5 Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος τέλος αποτελεί την πλέον δραματική εκδήλωση από όλο το κλινικό φάσμα της στεφανιαίας νόσου. Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ορίζεται ο φυσικός θάνατος που επέρχεται εντός μίας ώρας από την εμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων. Η στεφανιαία νόσος και οι επιπλοκές της ευθύνονται για το 80% περίπου των αιφνιδίων καρδιακών θανάτων. Όπως προαναφέρθηκε, το 50% περίπου των οφειλόμενων σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου θανάτων εκδηλώνονται ως αιφνίδιοι θάνατοι. Είναι επίσης τραγικό ότι στο 25% των

περιπτώσεων ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελεί την πρώτη και δυστυχώς μοιραία εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Γενικά η στεφανιαία νόσος είναι μία ύπουλη πάθηση που δεν συγχωρεί χαλαρότητα και αμέλεια ούτε από την πλευρά του πάσχοντος, ούτε από την πλευρά του θεράποντος ιατρού. Αναφέρθηκε ότι αποτελεί νόσο με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, με το χαρακτηριστικό όμως γνώρισμα ότι δεν πορεύεται πάντοτε προοδευτικά από τις ηπιότερες προς τις σοβαρότερες μορφές. Επιβεβαίωση αυτής της συμπεριφοράς της νόσου είναι ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, ο οποίος στο 25% των περιπτώσεων, όπως προαναφέρθηκε, αφορά ασθενείς χωρίς προηγούμενα συμπτώματα. Επομένως, πρωταρχικής σημασίας είναι η εντόπιση των ατόμων που, έστω και χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων, έχουν πολλούς επιβαρυντικούς παράγοντες για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Στους ασθενείς αυτούς η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη), είτε με υγιεινό τρόπο ζωής, είτε με φαρμακευτική υποστήριξη αναμένεται να τροποποιήσει την πορεία της νόσου και να περιορίσει στο μέτρο του εφικτού τις δραματικές συνέπειές της [16].

1.3 Επιδημιολογία της Στεφανιαίας Νόσου

Η ΣΝ απαντάται ευρέως στον δυτικό κόσμο, αλλά ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πραγματικά, το 90% των περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου μπορεί να εξηγηθεί από την ύπαρξη αυτών των παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης και της έλλειψης σωματικής άσκησης. Είναι ανησυχητικό, ότι υπάρχει μία αύξηση της θνητότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες κατά την δεκαετία 1990-2000 σε σύγκριση με μία δεκαετία ενωρίτερα, κατά 120% στους άντρες και 137% στις γυναίκες. Η αύξηση αυτή εμφανίζεται σε μικρότερο βαθμό στις ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία για τις ΗΠΑ, οι ενήλικες άντρες και γυναίκες με ΣΝ το 2004 ανέρχονταν σε περίπου 16 εκατομμύρια (8.500.000 άντρες και 7.200.000 γυναίκες). Η επιδημιολογία στην Ευρώπη είναι παρόμοια, ωστόσο, οι διαφορές είναι μεγάλες μεταξύ των διαφόρων χωρών, με τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης να παρατηρούνται στις βόρειες και τις ανατολικές χώρες και τα χαμηλότερα στις δυτικές και νοτιότερες περιοχές. Με βάση αυτά τα δεδομένα, δεν προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι η ΣΝ αποτελεί το κυριότερο αίτιο θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες [17].

Η συχνότητα εκδήλωσης των στεφανιαίων επεισοδίων και των θανάτων που προκαλούν καθιστούν την ΣΝ μια καταστρεπτική νόσο. Τα ρεαλιστικά αυτά στατιστικά στοιχεία προκαλούν ακόμη μεγαλύτερη ανησυχία από το γεγονός ότι το 50% των αντρών και το 64% των γυναικών που απεβίωσαν αιφνιδίως από ΣΝ δεν παρουσίαζαν συμπτώματα της νόσου. Στις Η.Π.Α. και δυτική Ευρώπη μεμονωμένα, τα οφέλη από τη μείωση της κατάχρησης νικοτίνης, και τη σύγχρονη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης, υπερχοληστερολαιμίας και της στεφανιαίας νόσου έχουν αρχίσει να αντirroπούνται από την τρομακτική αύξηση της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και της παχυσαρκίας (“diabesity”: diabetes+obesity). Ας σημειωθεί, ότι στην Ελλάδα η παχυσαρκία σε άντρες, γυναίκες και παιδιά καθώς και ο αριθμός των καπνιζόντων είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη [18].

1.4 Παράγοντες Κινδύνου για Στεφανιαία Νόσο

Παράγοντας κινδύνου εννοούμε ένα χαρακτηριστικό που επιτρέπει τον καθορισμό των ατόμων που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ένα συγκεκριμένο νόσημα, σε σύγκριση με το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού [19]. Οι παράγοντες κινδύνου για αθηροσκλήρωση μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: τους μη αναστρέψιμους και τους αναστρέψιμους.

1.4.1 Μη αναστρέψιμοι Παράγοντες Κινδύνου

Μη αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου είναι εκείνοι που το άτομο δεν μπορεί να τους αναστρέψει. Περιλαμβάνουν:

- Την προχωρημένη ηλικία

Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου. Έτσι για τους άνδρες ο κίνδυνος αυξάνεται μετά την ηλικία των 45, ενώ για τις γυναίκες μετά την ηλικία των 55 ή νωρίτερα αν εμφανίσουν πρόωμη εμμηνόπαυση χωρίς να υποβληθούν σε θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα.

Σε μελέτη για το ΟΣΣ σε ηλικιωμένους ασθενείς τον Μάρτιο του 2015 έδειξε ότι τα ηλικιωμένα άτομα με ΟΣΣ παρουσιάζουν πιο άτυπα συμπτώματα, όπως από το γαστρεντερικό ή το αναπνευστικό σύστημα και εμφανίζουν πιο σπάνια το τυπικό θωρακικό άλγος [20]. Οι διαγνωστικές μέθοδοι είναι ίδιες για όλες τις ηλικίες, με τη διαφορά ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν συχνά αλλοιώσεις στο καρδιογράφημα που δυσχεραίνουν τη διάγνωση και για αυτό χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή στην λήψη του, ενώ βοηθάει ιδιαίτερα η σύγκριση με προηγούμενη καταγραφή, εάν

υπάρχει. Όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή, απαιτείται μεγαλύτερη προσοχή στους ηλικιωμένους ασθενείς λόγω της συνοσηρότητας που συχνά υπάρχει, ενώ αλλάζει αρκετά η διαδικασία του μεταβολισμού των φαρμάκων από τον οργανισμό. Επίσης οι ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνεται ότι καθυστερούν ιδιαίτερα στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και αυτό μπορεί να επιδεινώσει την κατάστασή τους. Συμπερασματικά τα συμπτώματα στα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από ΟΣΣ είναι σε μεγάλο βαθμό ίδια με εκείνα των νεότερων ασθενών, υπάρχουν όμως πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους οι επαγγελματίες υγείας, κυρίως λόγω της συνοσηρότητας και των αλλαγών στην ανατομία και φυσιολογία των ηλικιωμένων.

- Το φύλο

Οι άνδρες είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στη στεφανιαία νόσο σε σχέση με τις γυναίκες. Όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι μετά την εμμηνόπαυση και με την πάροδο της ηλικίας η συχνότητα των καρδιαγγειακών επεισοδίων αυξάνεται στις γυναίκες και τείνει να εξομοιωθεί με εκείνη των ανδρών. Φαίνεται ότι η καρδιοπροστασία κατά την αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών ασκείται μέσω των γυναικείων ορμονών και συγκεκριμένα των οιστρογόνων. Τα τελευταία χρόνια όμως ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών που καπνίζουν, έχει συντελέσει στη σημαντική αύξηση του αριθμού των καρδιαγγειακών επεισοδίων στο γυναικείο φύλο και πριν την εμμηνόπαυση [21].

- Το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιακής νόσου

Η ύπαρξη περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου σε συγγενικά πρόσωπα πρώτου βαθμού (γονείς και αδέρφια), ειδικά με πρώιμη εμφάνιση (αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ή έμφραγμα σε ηλικία μικρότερη των 55 ετών για άνδρες και 65 ετών για γυναίκες), αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Σε σχετικές επί του αντικειμένου μελέτες έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ένα άτομο με θετικό κληρονομικό ιστορικό, είναι περίπου 2,2 φορές μεγαλύτερος. Επειδή τουλάχιστον σήμερα δεν είναι δυνατή κάποιας μορφής διορθωτική παρέμβαση στο γενετικό υλικό, συνιστάται στα άτομα με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό να ελέγχουν επιμελώς τους παράγοντες κινδύνου που ίσως συνυπάρχουν, όπως η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα [22].

1.4.2 Αναστρέψιμοι Παράγοντες Κινδύνου

Υπάρχουν μερικοί παράγοντες κινδύνου για ΣΝ που μπορούν να αναστραφούν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Οι παράγοντες αυτοί απεικονίζονται στο Σχήμα 1



Σχήμα 1. Οι αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου για CAD περιλαμβάνουν τη δυσλιπιδαιμία (παθολογικά επίπεδα λιπιδίων ορού, που προδιαθέτουν για αθηροσκλήρωση, όπως η χαμηλή χοληστερόλη υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL-C), η υψηλή χοληστερόλη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C) και τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, καθώς και άλλες διαταραχές των λιποπρωτεϊνών) την υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση), το διαβήτη (υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα), το κάπνισμα, την απουσία σωματικής άσκησης και την παχυσαρκία [23].

Εκτός από τους παράγοντες κινδύνου που απεικονίζονται στο σχήμα 1, υπάρχουν και άλλοι αναστρέψιμοι παράγοντες που ερευνώνται επί του παρόντος όσον αφορά την πιθανή συσχέτισή τους με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ΣΝ. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν το στρες, την κατάθλιψη και τα υψηλά επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), μιας πρωτεΐνης που σχετίζεται με τη φλεγμονώδη ανταπόκριση του σώματος[25].

1. Υπερλιπιδαιμία:

Με τον όρο υπερλιπιδαιμία υποδηλώνεται η αύξηση της ποσότητας των λιπιδίων στο αίμα. Υπάρχουν αρκετές μορφές λιπιδίων, εκείνα όμως τα οποία έχουν περισσότερο μελετηθεί και συσχετισθεί με τη στεφανιαία νόσο είναι:

- η ολική χοληστερόλη,
 - η HDL-χοληστερόλη (η οποία αποκαλείται και «καλή χοληστερόλη»),
 - η LDL-χοληστερόλη (ή «κακή χοληστερόλη») και
 - τα τριγλυκερίδια.
- [Η τιμή της LDL χοληστερόλης προσδιορίζεται έμμεσα από τις τιμές της ολικής χοληστερόλης, της HDL και των τριγλυκεριδίων από την εξίσωση :
$$LDL = \text{ολική χοληστερόλη} - (\text{τριγλυκερίδια} / 5) - HDL$$
 (με την προϋπόθεση ότι τα τριγλυκερίδια δεν ξεπερνούν τα 400 mg%), [26].

Σημειώνεται ότι δεν υπάρχουν «φυσιολογικές» τιμές χοληστερόλης, αλλά όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδά της στο αίμα, τόσο ελαττώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και αντιστρόφως. Οι επιθυμητές τιμές για όλα τα λιπίδια (σε μέτρηση μετά από νηστεία τουλάχιστον 12 ωρών) είναι:

- λιγότερο από 190 mg% για την ολική χοληστερόλη,
- λιγότερο από 115 mg% για την LDL-χοληστερόλη,
- περισσότερο από 40 mg% της HDL-χοληστερόλη για τους άνδρες και 45 mg% για τις γυναίκες,
- λιγότερο από 150 mg% για τα τριγλυκερίδια.

Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι η χοληστερόλη αποτελεί απαραίτητο συστατικό της μεμβράνης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού και εκείνο που συνήθως βλάπτει είναι η αύξησή της πέρα από τα προαναφερθέντα όρια. Από τη χοληστερόλη που κυκλοφορεί στο αίμα ένα μέρος παράγεται από τον ίδιο τον οργανισμό, και συγκεκριμένα από το συκώτι, και ένα μέρος προσλαμβάνεται με τις τροφές.

Μερικοί άνθρωποι (2-4% του πληθυσμού) έχουν μία πάθηση που ονομάζεται οικογενής υπερχοληστερολαιμία, η οποία οφείλεται σε ένα γενετικό ελάττωμα και μπορεί να προκαλέσει μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση της ολικής και της LDL χοληστερόλης. Η αυξημένη χοληστερόλη αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην γένεση ή και την εξέλιξη της αρτηριοσκλήρυνσης, γνώση που έχει τεκμηριωθεί από πληθώρα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικά όταν συνδυάζεται με υψηλές τιμές LDL και χαμηλές τιμές HDL-χοληστερόλης. Σε ότι αφορά το ρόλο των τριγλυκεριδίων δεν υπάρχει

απόλυτη ομοφωνία. Φαίνεται όμως ότι σε ορισμένες υποομάδες ασθενών, όπως π.χ. στις διαβητικές γυναίκες, αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Η επιθετική αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας κρίνεται απόλυτα απαραίτητη στους ασθενείς στους οποίους η στεφανιαία νόσος έχει ήδη εκδηλωθεί (οπότε μιλάμε για δευτερογενή πρόληψη). Εκτός όμως από τους πάσχοντες, η σημαντική υπερλιπιδαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται και στους φαινομενικά υγιείς, ειδικά όταν αυτή συνυπάρχει με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη), [27].

2. Κάπνισμα

Υπάρχουν συντριπτικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και ότι η παραπάνω συσχέτιση είναι ευθέως ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των καρδιαγγειακών θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα. Εκτός όμως από τις καρδιαγγειακές παθήσεις το κάπνισμα ενοχοποιείται και για πολλές άλλες νοσηρές καταστάσεις, όπως η χρόνια πνευμονοπάθεια, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος διαφόρων οργάνων. Επισημαίνεται ότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από το κάπνισμα δεν περιορίζονται μόνο στους ενεργητικούς καπνιστές. Ακόμη και η παθητική εισπνοή του καπνού συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων, σε σχέση με τα άτομα που δεν εκτίθενται στον καπνό. Η παραπάνω διαπίστωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά γονιών που καπνίζουν. Επιπρόσθετα, το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη έχει σαφώς πλέον αποδειχθεί ότι δεν προκαλεί ελάττωση των συνδεόμενων με το κάπνισμα κινδύνων. Το κάπνισμα πίπας ή πούρων φαίνεται να συνδυάζεται με συγκριτικά μικρότερο αλλά σαφή κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Με ποιους όμως μηχανισμούς το κάπνισμα επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία;

Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού:

- α) αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο,
- β) το μονοξείδιο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανταγωνίζεται τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, περιλαμβανομένου και του μυοκαρδίου,
- γ) προκαλεί «υπερπηκτική» κατάσταση, με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό,

δ) προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL-χοληστερόλης και

ε) το κάπνισμα, όπως και η υπερλιπιδαιμία έχουν συσχετισθεί με αιφνίδιο θάνατο.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται ότι σε κάθε περίπτωση η διακοπή του καπνίσματος είναι επιβεβλημένη. Ωστόσο, αν και πολλές φορές υπάρχει ισχυρή θέληση από μέρους των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα, αυτό δεν καθίσταται συχνά δυνατό, γιατί το ίδιο το κάπνισμα δημιουργεί εθισμό και εξάρτηση, που ενίοτε σε «βαρείς» καπνιστές μπορεί να προκαλέσει μέχρι και στερητικά συμπτώματα. Επειδή όμως η διακοπή του καπνίσματος, ειδικά σε άτομα που έχουν εκδηλώσει στεφανιαία νόσο, είναι ζωτικής σημασίας, αποτελεί ευθύνη του καρδιολόγου να ενημερώσει τον ασθενή για τις καταστροφικές επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, ο ίδιος ο ασθενής χρησιμοποιώντας ορισμένα απλά τεχνάσματα μπορεί να φθάσει στον παραπάνω στόχο. Συγκεκριμένα, ο κάθε καπνιστής που αποβλέπει στη διακοπή του καπνίσματος πρέπει:

- να περιορίσει τις συνήθειες που έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, π.χ. τον πρωινό καφέ,
- να επιχειρήσει αλλαγή του ρυθμού και του τρόπου ζωής. Η γυμναστική, η ένταση της οποίας σε καρδιοπαθείς καθορίζεται απαραίτητα από τον θεράποντα καρδιολόγο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά,
- να αποφεύγει να μεταφέρει στις μετακινήσεις του τσιγάρα,
- να συζητά την πρόοδό του με προσφιλή του πρόσωπα,
- τέλος, εάν τα παραπάνω μέτρα αποτύχουν, να συζητήσει με τον θεράποντα ιατρό την πιθανότητα θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη, η οποία διατίθεται σε μορφή τσίχλας και σε μορφή αυτοκόλλητων διαδερμικής χορήγησης. Έχει αποδειχθεί ότι η υποκατάσταση περιορίζει τα συμπτώματα στέρησης και αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Επιπρόσθετα, ο κάθε καπνιστής οφείλει να λαμβάνει υπόψη ότι σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε τσιγάρο αφαιρεί 14 περίπου λεπτά ζωής και ότι μετά από 3 χρόνια απόλυτης αποχής από το κάπνισμα ο κίνδυνος εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου εξομοιώνεται με εκείνον των μη καπνιστών [28].

3. Αρτηριακή υπέρταση

Ο όρος «πίεση αίματος» αναφέρεται στην πίεση που έχει το αίμα μέσα στις αρτηρίες που το μεταφέρουν από την καρδιά σε όλο το σώμα. Η αρτηριακή πίεση μετριέται σε

δύο τιμές, την υψηλότερη, που ονομάζεται συστολική και τη χαμηλότερη, που ονομάζεται διαστολική. Η συστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών κατά τη διάρκεια της συστολής (σύσπασης) της καρδιάς, ενώ η διαστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών μεταξύ δύο κτύπων, κατά τη χαλάρωση της καρδιάς. Η αρτηριακή πίεση ενός ατόμου δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται συνεχώς από λεπτό σε λεπτό εξαρτώμενη από τη σωματική δραστηριότητα κυρίως, αλλά και από την περίοδο της ημέρας. Η συστολική αρτηριακή πίεση στους ενήλικες είναι καλό να βρίσκεται κάτω από 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, ενώ η διαστολική κάτω από 90 χιλιοστά. Μιλάμε για αρτηριακή υπέρταση, όταν, είτε η συστολική αρτηριακή πίεση, είτε η διαστολική, είτε και οι δύο, εμφανίζονται σε επανειλημμένες μετρήσεις μεγαλύτερες των προαναφερθέντων ορίων. Επισημαίνεται ότι το αίτιο το οποίο προκάλεσε την αρτηριακή υπέρταση αναγνωρίζεται σε λιγότερο από 5% των ασθενών. Στο υπόλοιπο 95% δεν αναγνωρίζεται κάποια υποκείμενη αιτία, παρά τον εκτεταμένο έλεγχο και στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για ιδιοπαθή υπέρταση. Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μία πολύ συχνή πάθηση στις αναπτυγμένες χώρες, σε ορισμένες από τις οποίες απαντάται σε ποσοστό 20-30% του ενήλικου πληθυσμού. Σε μεγάλες μελέτες έχει βρεθεί ότι τα υπερτασικά άτομα έχουν από 3 έως και 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο) σε σχέση με τους μη υπερτασικούς. Η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης με χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων επιφέρει μείωση κατά 15% περίπου των καρδιακών επεισοδίων. Δυστυχώς όμως, η αρτηριακή υπέρταση ενοχοποιείται για βλάβες και σε άλλα όργανα, όπως οι νεφροί και τα μάτια, καθώς και για τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται πάντα υπό την αυστηρή επίβλεψη και καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού, διότι η σημαντική μείωση της πίεσης μπορεί να έχει δυσμενή επίδραση στον οργανισμό. Σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης δεν πρέπει να λησμονούνται τα απλά υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, όπως η απώλεια σωματικού βάρους και η μειωμένη πρόσληψη μαγειρικού αλάτος με τις τροφές, που μπορούν, ειδικά σε ήπιες μορφές υπέρτασης, από μόνα τους να επιτύχουν ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης. Σε βαρύτερες μορφές υπέρτασης ο θεράπων ιατρός μπορεί κατά περίπτωση να επιλέξει κάποιο από τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν. Επισημαίνεται ότι στους υπερτασικούς, εφόσον επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, δεν απαιτείται αποχή από την άθληση. Τέλος, θεωρούμε πολύ σημαντικό να αναφέρουμε

ότι από το σύνολο των μεγάλων κλινικών μελετών έχει αποδειχθεί ότι οι υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης συνδυάζονται αντιστρόφως ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής [29].

4. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση που απαντάται με συχνότητα 5% περίπου στον γενικό πληθυσμό. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι το αυξημένο σάκχαρο στο αίμα που οφείλεται σε αδυναμία των κυττάρων των πασχόντων να το απορροφήσουν. Ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο είναι δύο φορές μεγαλύτερος στους διαβητικούς άνδρες και περισσότερο από τρεις φορές μεγαλύτερος στις διαβητικές γυναίκες σε σχέση με τους συνομήλικους μη διαβητικούς.

Σε τι οφείλεται όμως ο αυξημένος κίνδυνος των διαβητικών ασθενών;

Η απάντηση είναι πως στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν:

- αρτηριακή υπέρταση,
- μειωμένη HDL-χοληστερόλη σε συνδυασμό με αυξημένα τριγλυκερίδια,
- παχυσαρκία και
- «υπερπηκτική» κατάσταση, που προδιαθέτει σε αγγειακές θρομβώσεις.

Παρόλο όμως που ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί αναμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου σε ό,τι αφορά την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, δεν έχει αποδειχθεί από το σύνολο των μελετών ότι η αποκατάσταση των τιμών του σακχάρου αίματος στους διαβητικούς συνοδεύεται απαραίτητα και από μείωση του ποσοστού εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα, υπάρχει ομοφωνία στο γεγονός ότι η επιμελής ρύθμιση του διαβήτη προστατεύει από την εμφάνιση των άλλων επιπλοκών του διαβήτη, όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια και η νεφροπάθεια. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι στους διαβητικούς δεν πάσχουν μόνο οι μεγάλες στεφανιαίες αρτηρίες, αλλά και τα μικρότερα αγγεία, τα οποία δεν απεικονίζονται με τη στεφανιογραφία. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ο οποίος είναι ιδιαίτερα δυσμενής στις γυναίκες. Πράγματι, από τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών προέκυψε ότι στις διαβητικές γυναίκες η στεφανιαία νόσος, όταν εκδηλωθεί, έχει ταχύτερη εξέλιξη από ό,τι στους διαβητικούς άνδρες. Επίσης, ότι το έμφραγμα συνοδεύεται από ανεξήγητα μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών και θνησιμότητας στις διαβητικές γυναίκες. Από την παραπάνω αναφορά καθίσταται σαφές ότι στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συνολικά και αποτελεσματικά. [30].

5. Παχυσαρκία:

θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση στην οποία συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα λίπους, κυρίως κάτω από το δέρμα, αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος. Οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στους φυσιολογικούς ενήλικες το λίπος κυμαίνεται μεταξύ του 12 και 20% του συνολικού βάρους του σώματος. Όταν χρησιμοποιείται το βάρος του σώματος ως δείκτης παχυσαρκίας, είναι ακριβέστερο να υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος [βάρος σε κιλά/(ανάστημα σε μέτρα)²] και να συγκρίνεται με τα τοπικά πρότυπα από ειδικούς πίνακες. Στα παχύσαρκα άτομα ο δείκτης μάζας σώματος είναι μεγαλύτερος του 30 (από 25-30 το άτομο θεωρείται υπέρβαρο). Από κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι άνδρες έχουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο, ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες 2,5 φορές. Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, ο οποίος αυξάνεται περαιτέρω λόγω συχνής συνύπαρξης υπερλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης [31].

1.4.3 Λοιποί προδιαθεσικοί παράγοντες

Εκτός από τους προαναφερθέντες προδιαθεσικούς παράγοντες που θεωρούνται μείζονος σημασίας, υπάρχουν και άλλοι, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Ακολουθεί μία επιγραμματική αναφορά στους κυριότερους από αυτούς

- Χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων:

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου παρουσιάζεται αυξημένος στις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, ειδικά όταν είναι παχύσαρκες και καπνίστριες. Στις περιπτώσεις αυτές αυξάνεται η πηκτικότητα του αίματος και επιταχύνεται η αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Μεταξύ των παρενεργειών που προκαλούνται από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων συμπεριλαμβάνεται και η αρτηριακή υπέρταση. Έχει διαπιστωθεί ότι η αρτηριακή πίεση αυξάνεται κατά 10-15 χιλιοστά στήλης υδραργύρου σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων για 2-3 χρόνια.

- Η α λιποπρωτεΐνη - [Lp(a)], το ινωδογόνο και η ομοκυστεΐνη,

αποτελούν ουσίες που κυκλοφορούν στο αίμα και που έχουν αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη σημασία σε ό,τι αφορά τη συμβολή τους στην αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Οι παραπάνω ουσίες θα πρέπει να προσδιορίζονται στο αίμα ασθενών που προσβάλλονται από πρώιμη στεφανιαία νόσο και στις περιπτώσεις που η στεφανιαία νόσος δεν μπορεί να αποδοθεί στους κλασικούς προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. [32].

- Άγχος:

Το άγχος συνδέεται στενά με τη στεφανιαία νόσο. Ειδικότερα, το ψυχολογικό στρες είναι συχνά μια σοβαρή αιτία για τη στηθάγχη και μπορεί να επιδεινώσει ειδικά τη στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, ο θυμός και η εχθρικότητα έχουν επίσης αποδειχθεί ότι επηρεάζουν αρνητικά και συνδέονται με την άσχημη κυκλοφορία του αίματος, επισημαίνοντας τη σημασία αυτών των φαινομένων για την αιτιολογία της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, και άλλες μορφές του άγχους έχουν επιπτώσεις: το συμπεριφορικό/ψυχοκοινωνικό στρες έχει αποδειχθεί ότι συμμετέχει στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου και το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να συνδέεται με την νευροενδοκρινική διαμεσολάβηση

Η επονομαζόμενη προσωπικότητα τύπου A, που περιλαμβάνει άτομα αγχώδη, ενεργητικά, φιλόδοξα και κατέχοντα υπεύθυνες θέσεις, συνδυάζεται με διπλάσια συχνότητα προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε σχέση με τα μη αγχώδη, παθητικά άτομα (που συνιστούν την προσωπικότητα τύπου B [33].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο .ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

2.1 Ορισμός Οξέως Εμφράγματος Μυοκαρδίου

Το «Έμφραγμα του Μυοκαρδίου» περιγράφει τον κυτταρικό θάνατο των μυϊκών κυττάρων της καρδιάς. Ο «θάνατος» αυτός οφείλεται κατά κύριο λόγο στην εκτεταμένη και επίμονη ισχαιμία της περιοχής, η οποία τείνει συνηθέστερα να οφείλεται σε διαταραχές που αφορούν την ελλιπή οξυγόνωση του αίματος [34,35].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε το έμφραγμα από τα συμπτώματα, τις ηλεκτροκαρδιογραφικές ανωμαλίες και τα ένζυμα. Ωστόσο, η εξέλιξη πιο ευαίσθητων βιοδεικτών σε συνδυασμό με τις απεικονιστικές εξετάσεις συντέλεσαν σημαντικά στην ακριβέστερη διάγνωση νέκρωσης περιοχών του μυοκαρδίου και στην ανάγκη αναθεώρησης του ορισμού.

2.2 Ταξινόμηση του εμφράγματος του μυοκαρδίου

Τύπου 1: Αυτόματο έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετιζόμενο με ισχαιμία λόγω πρωτοπαθούς στεφανιαίου συμβάματος όπως διάβρωση της πλάκας ή και ρήξη, ρωγή ή διαχωρισμός.

Τύπου 2: Έμφραγμα του μυοκαρδίου λόγω ισχαιμίας είτε λόγω αυξημένης ζήτησης οξυγόνου είτε λόγω μειωμένης παροχής οξυγόνου πχ. Σπασμός στεφανιαίας αρτηρίας, στεφανιαία εμβολή, αναιμία, αρρυθμίες, υπέρταση ή υπόταση.

Τύπου 3: Αιφνίδιος, μη αναμενόμενος καρδιακός θάνατος, περιλαμβανομένης καρδιακής ανακοπής συχνά με συμπτώματα ενδεικτικά ισχαιμίας του μυοκαρδίου, συνοδευόμενα από υποτιθέμενη νέα ανάσπαση του ST ή νέο ΑΑΣ (αποκλεισμό αριστερού σκέλους), ή υποτιθέμενη νέα απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας, όπως τεκμηριώνεται με αγγειογραφία ή και παθολογοανατομικά, ενώ ο θάνατος επέρχεται πριν να γίνει δυνατή η λήψη δειγμάτων αίματος ή κατά το χρόνο πριν από την εμφάνιση των καρδιακών βιοχημικών δεικτών στο αίμα.

Τύπου 4^α: Έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετιζόμενο με διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI)

Τύπου 4β: Έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετιζόμενο με θρόμβωση stent όπως τεκμηριώνεται από αγγειογραφία ή νεκροτομή

Τύπου 5: Έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετιζόμενο με αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα (CABG) [36].

2.3 Διάγνωση - Αρχική Διάγνωση

1. Η ταχεία διάγνωση και η πρώιμη διαστρωμάτωση κινδύνου των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο με οξύ προκάρδιο άλγος είναι σημαντικές για τον

προσδιορισμό των ασθενών στους οποίους έγκαιρες παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την έκβαση (βαθμός βεβαιότητας Α).

2. Η αρχική υποψία εγείρεται από την εμφάνιση έντονου προκάρδιου άλγους που διαρκεί > 15 min και δεν ανταποκρίνεται στην υπογλώσσια νιτρογλυκερίνη. Σημαντικά υποβοηθητικά στοιχεία είναι το προηγούμενο ιστορικό στεφανιαίας νόσου και η αντανάκλαση του πόνου στον τράχηλο, τη γνάθο ή το αριστερό χέρι. Ωστόσο, ο πόνος μπορεί να μην είναι έντονος και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, η κλινική συμπτωματολογία συχνά περιλαμβάνει δύσπνοια, ζάλη, ιδρώτα ή λιποθυμία, ενώ στις γυναίκες ο πόνος μπορεί να έχει άτυπους χαρακτήρες (βαθμός βεβαιότητας Β).

3. Κατά τη φυσική εξέταση οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν σημεία από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ωχρότητα, εφίδρωση) και συχνά, υπόταση ή ελάττωση της διαφορικής πίεσης. Μπορεί, επίσης, να διαπιστωθούν άρρυθμος σφυγμός, βραδυκαρδία ή ταχυκαρδία, τέταρτος ή και τρίτος τόνος και υγροί ρόγχοι στις βάσεις (βαθμός βεβαιότητας Γ).

4. Η αρχική κλινική υποψία πρέπει να οδηγεί ταχέως σε ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο και αιμοληψία για τον προσδιορισμό των επιπέδων μυοκαρδιακών ενζύμων και τροπονινών στον ορό (βαθμός βεβαιότητας Β).

5. Για τη διάγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι απαραίτητα τόσο τα κλινικά, όσο και τα ηλεκτροκαρδιογραφικά και βιοχημικά ευρήματα (βαθμός βεβαιότητας Β).

6. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) μπορεί να είναι ασαφές κατά τις πρώτες ώρες και για το λόγο αυτό πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά διαστήματα και εάν είναι εφικτό, να συγκρίνεται με παλαιότερα ΗΚΓτα (βαθμός βεβαιότητας Β).

7. Από τους βιοχημικούς δείκτες μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα έχουν το ισοενζύμου MB της κρεατινοφωσφορικής κινάσης (CKMB) και η τροπονίνη I (βαθμός βεβαιότητας Α).

Η κλινική εικόνα είναι πολύ σημαντική, αλλά συνήθως δεν αρκεί για να ορίσει την επέλευση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Εν τούτοις, πιο πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι το οξύ, έντονο και αγωνιώδες οπισθοστερνικό άλγος, που διαρκεί πάνω από 30 min και επιμένει παρά τη χρήση νιτρογλυκερίνης χαρακτηρίζει το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αρκετοί ασθενείς αρνούνται ότι έχουν πόνο και περιγράφουν «βάρος», «πλάκωμα», «σφίξιμο», «δυσφορία», «ενόχληση» στο στήθος ή ενίοτε στο «στομάχι» ή την «πλάτη». Εν τούτοις, η λήψη ιστορικού από έμπειρο κλινικό μπορεί να εντοπίσει ένα πληθυσμό ασθενών με ασαφή, αλλά υπαρκτά

συμπτώματα, ιδίως υπό μορφή δυσπεψίας [37]. Σημαντική πρόοδο κατά τη δεκαετία του 1960 αποτέλεσε η ανίχνευση της αύξησης στον ορό της οξαλοξικής τρανσαμινάσης, η οποία υποδήλωνε τη νέκρωση του μυοκαρδίου. Η ανίχνευση του ενζύμου αυτού λίγο μόνο χρησιμοποιείται πλέον. Περαιτέρω πρόοδο αποτέλεσε η ανίχνευση της αύξησης της γαλακτικής αφυδρογονάσης του ορού, η οποία διαρκεί επί μακρότερον. Antman Πολύ πιο ειδική είναι η ανίχνευση του ισοενζύμου MB της κρεατινοφωσφορικής κινάσης. Τα τελευταία έτη, ως πιο ειδικοί δείκτες της νέκρωσης του μυοκαρδίου έχουν επικρατήσει οι τροπονίνες T και I (Πίνακας 1)

Πίνακας 1: Συχνότερα χρησιμοποιούμενοι βιοχημικοί δείκτες ορού για τη διάγνωση του οξέος εμφράγματος

Ουσία	Χρόνος για διαγνωστικά επίπεδα (ώρες)	Χρόνος για μέγιστα επίπεδα (ώρες)	Χρόνος επιστροφής στο φυσιολογικό (ώρες)	Χρόνος για διαγνωστικά επίπεδα (ώρες)	EY/EΙΔ %
Μυογλοβίνη	1-4	6-7	24 ώρες		
CK-MB	3-12	24	48-72 ώρες	3-12	96/98
Γαλακτική αφυδρογονάση	10	24-48	10-14 ημέρες	10	
Τροπονίνη I	3-12	24	5-10 ημέρες	3-12	~100
Τροπονίνη T	3-12	12-48	5-14 ημέρες	3-12	~100

Από Antman και Braunwald 2001 [37]

Υπάρχουν ενδείξεις για το ότι με βάση τα επίπεδα των τροπονινών, το τυπικό έμφραγμα μπορεί να διακριθεί τόσο από την ελάχιστη μυοκαρδιακή βλάβη (minimal myocardial damage), που αποδίδεται σε περιφερικές εμβολές αιμοπεταλίων που συσσωρεύονται πάνω στην ασταθή πλάκα, όσο και από την κλασική ασταθή στηθάγχη. Στην κλασική ασταθή στηθάγχη οι τροπονίνες δεν αυξάνουν, ενώ κατά τον [38] η ελάχιστη μυο- καρδιακή βλάβη χαρακτηρίζεται από επίπεδα TnT < 0,2 ng/dl και TnI < 1,0 ng/dl και το έμφραγμα από υψηλότερα, αντιστοίχως, επίπεδα. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, το έμφραγμα δεν διαγιγνώσκεται στην οξεία φάση, αλλά διαπιστώνεται αργότερα. Π.χ., στο Ισραήλ έχει αναφερθεί ότι ποσοστό 39,8% των εμφραγμάτων που διαπιστώθηκαν σε καρδιολογική εξέταση δεν είχε διαγνωσθεί προηγουμένως (5), ενώ αντίστοιχες

μελέτες από τις ΗΠΑ αναφέρουν, επίσης, υπολογίσιμο ποσοστό (30%) [39]. Στους διαβητικούς το έμφραγμα είναι ανώδυνο σε ποσοστό μέχρι και 20%.

2.4 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST τμήματος (STEMI)

Η επίπτωση του STEMI ποικίλλει ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, ενώ φαίνεται να έχει ελαττωθεί μεταξύ 1997 και 2005 από 121 σε 77 περιστατικά ανά 100.000/έτος [40,41].

Σήμερα οι ειδικοί φαίνεται να συμφωνούν ότι ο όρος ‘οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου’ θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει απόδειξη μυοκαρδιακής νέκρωσης στα πλαίσια κλινικής εικόνας συμβατής με οξεία μυοκαρδιακή ισχαιμία [42].

Η διάγνωση του STEMI βασίζεται στην παρουσία από το ιστορικό οπισθοστερνικού άλγους (στηθάγχη) που διαρκεί περισσότερο από 20 λεπτά, ενώ υπάρχουν και κατηγορίες ασθενών που προσέρχονται προς αναζήτηση ιατρικής βοήθειας αναφέροντας λιγότερο τυπικά συμπτώματα (ηλικιωμένοι, γυναίκες, σακχαροδιαβητικοί). Άμεση πρέπει να είναι η διενέργεια ηλεκτοκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) 12 απαγωγών (εντός 10 λεπτών από την πρώτη επαφή με ιατρικό προσωπικό) και η ερμηνεία του. Οι τυπικές ΗΚΓ αλλοιώσεις σε ασθενή με STEMI είναι οι ανασπάσεις του ST τμήματος, οι οποίες μετρούμενες στο σημείο J θα πρέπει να υπάρχουν σε τουλάχιστον δύο συνεχόμενες απαγωγές και να είναι $>0,25$ mV σε άρρενες ηλικίας κάτω των 40 ετών και $>0,2$ mV στους άνω των 40 ή $>0,15$ mV στις γυναίκες για τις απαγωγές V2-V3, ενώ για τις υπόλοιπες απαγωγές θα πρέπει να είναι $>0,1$ mV. Τέλος, η ανεύρεση θετικών βιοδεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης όπως η τροπονίνη I και T 15 και η κρεατινική φωσφοκινάση (CK-MB) θα επιβεβαιώσει την διάγνωση, σε καμία περίπτωση όμως δεν θα πρέπει να καθυστερήσει την έναρξη της θεραπείας όταν υπάρχουν οι χαρακτηριστικές ΗΚΓ αλλοιώσεις με την αντίστοιχη κλινική εικόνα, διότι η αύξηση των επιπέδων των βιοδεικτών απαιτεί χρονικό διάστημα λίγων ωρών για να εμφανιστεί [41].

Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα του STEMI ανέρχεται στο 7% και η θνητότητα στο εξάμηνο υπολογίζεται στο 12%, ενώ υπολογίζοντας τους ασθενείς που

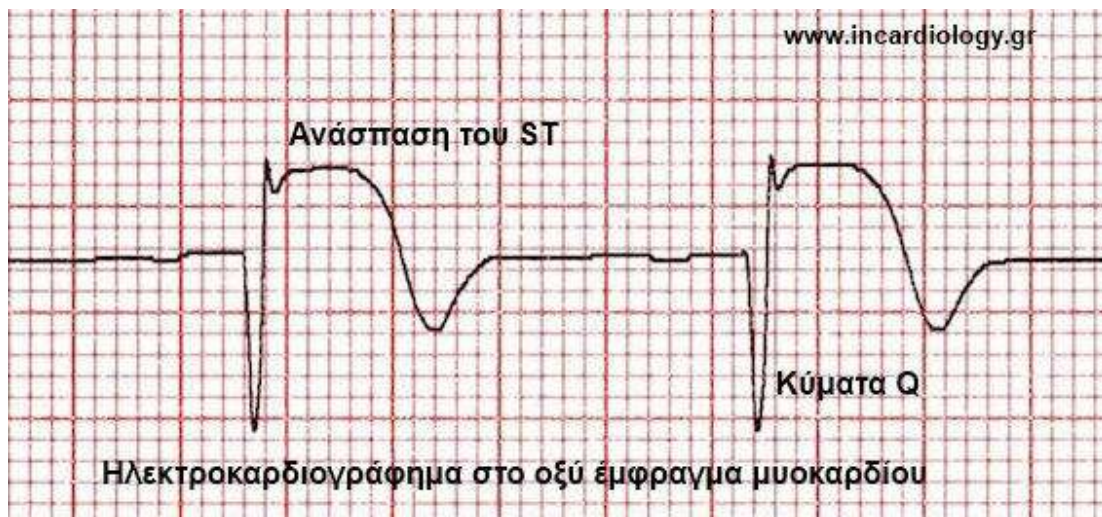
πεθαίνουν πριν φτάσουν στο νοσοκομείο η ολική θνητότητα του STEMI φθάνει το 30%. Δικαίως, λοιπόν, θεωρείται μια από τις πιο επείγουσες καταστάσεις στην Καρδιολογία λόγω της αυξημένης επίπτωσης αλλά και θνητότητάς του [43-45].

Οι εξελίξεις στην Καρδιολογία τα τελευταία χρόνια οδήγησαν στη σημαντική μείωση της θνητότητας των ασθενών με STEMI. Η μείωση αυτή οφείλεται αφενός στην μείωση της επίπτωσης της νόσου και αφετέρου στην ελάττωση της θνητότητας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών με STEMI. Η θεραπεία και η ιατρική προσέγγιση πέρασαν από διάφορα στάδια μέχρι να επιτευχθεί η μείωση της θνητότητας. Στις αρχές του 20ου αιώνα η αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου περιοριζόταν στον αυστηρό κλινοστατισμό με ταυτόχρονη κλινική παρακολούθηση και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα αναφερόταν μεταξύ 20-40%. Αργότερα με την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας και τη συνεχή ΗΚΓκη και αιμοδυναμική παρακολούθηση των ασθενών η θνητότητα μειώθηκε στο 15%, ενώ την τελευταία 25ετία η θρομβόλυση, η χρήση αντιαιμοπεταλιακών και η πρωτογενής αγγειοπλαστική οδήγησε στην μείωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας στο 7% [41,46].

Οι ασθενείς με κλινική εικόνα STEMI που προσέρχονται εντός 12 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων με επιμένουσα ανάσπαση του ST τμήματος χρήζουν άμεσης θεραπείας επαναιμάτωσης, η οποία επιτυγχάνεται είτε με την θρομβόλυση είτε με την πρωτογενή αγγειοπλαστική. Η ελαχιστοποίηση των καθυστερήσεων στην έναρξη της θεραπείας επαναιμάτωσης σχετίζεται με μεγάλο κλινικό όφελος για τον ασθενή και διάσωση μεγαλύτερου ποσοστού από το μυοκαρδίο που βρίσκεται σε κίνδυνο [47].

2.4.1 Ηλεκτροκαρδιογραφική διάγνωση

1. Στο ΗΚΓ διαγνωστικά του εμφράγματος θεωρούνται το κύμα Q και η παρατεταμένη ανάσπαση του τμήματος ST (βαθμός βεβαιότητας B).



Εικ.2

http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/stefaniaia_emfragma_diagnosi.html
[48]

2. Το κύμα Q θεωρείται παθολογικό εικ.2 αν η διάρκειά του είναι πάνω από 0,03 sec και το βάθος του πάνω από 25% του επομένου κύματος R στις απαγωγές I, II, aVL, aVF, V2, V3, V4, V5 ή V6. Στην απαγωγή III το κύμα Q πρέπει να αξιολογείται σε συνάρτηση με τις άλλες «κατώτερες» απαγωγές (II και aVF), ενώ στις απαγωγές V1-V3 ακόμη και μικρότερα κύματα Q ή η απώλεια των επαγμάτων R μπορεί να είναι δηλωτικά εμφράγματος (βαθμός βεβαιότητας Γ), [49].

3. Παθολογική θεωρείται η ανάσπαση του τμήματος ST όταν είναι πάνω από 2 mm στις απαγωγές V1-V3 ή πάνω από 1 mm σε όλες τις άλλες απαγωγές και όταν δεν υποχωρεί αφ' εαυτής ή μετά τη λήψη νιτροδών ταχείας δράσης (βαθμός βεβαιότητας Γ).

4. Το πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου ορίζεται από τις απαγωγές V1-V6. Αν καταλαμβάνει όλες τις απαγωγές αυτές, θεωρείται πρόσθιο εκτεταμένο, αν καταλαμβάνει μόνο τις V1-V2 διαφραγματικό(septal), αν καταλαμβάνει μόνο τις V1-V4 πρόσθιο διαφραγματικό και αν καταλαμβάνει μόνο τις απαγωγές V2-V5 πρόσθιο. Το έμφραγμα που ορίζεται από τις απαγωγές I, aVL, και V5, V6 εντοπίζεται στο πλάγιο τοίχωμα (βαθμός βεβαιότητας Γ).

5. Έμφραγμα που αναγνωρίζεται στις απαγωγές (II), III και aVF θεωρείται κατώτερο έμφραγμα μυοκαρδίου. Το έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας διαγιγνώσκεται με την ανεύρεση ανάσπασης του ST στις δεξιές προκάρδιες απαγωγές και ιδίως τη V4R. Το οπίσθιο έμφραγμα αναγνωρίζεται από κύμα Q στις πλάγιες-οπίσθιες απαγωγές (V7, V8, V9), που δημιουργεί κατοπτρικά υψηλό κύμα R και θετικό κύμα T στην

απαγωγή V1 και ενίοτε στη V2 (βαθμός βεβαιότητας Γ). [50]. Παρακάτω στον πίνακα 2 αναφέρεται η αρχική εκτίμηση του ΗΚΓ με ανάσπαση κ κατάσπαση ST και τα σωστά βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν για την σωστή και γρήγορη έκβαση με αποτέλεσμα την επιβίωση του ασθενούς.

Πίνακας 2: Αρχική Εκτίμηση Ηλεκτροκαρδιογραφήματος
Ανάσπαση ST (>1 mm σε >2 απαγωγές) ή νέος/πιθανόν νέος αριστερός σκελικός αποκλεισμός (LBBB) (Οξύ Έμφραγμα): • Χρόνος από την έναρξη συμπτωμάτων < 12 ώρες • επιλογή στρατηγικής επαναιμάτωσης (θρομβόλυση/αγγειοπλαστική) • έναρξη επικουρικής θεραπείας: IV β-αναστολέας/νιτρογλυκερίνη/ηπαρίνη (άμεσα), per os AMEA μετά 6 ώρες ή όταν η ΑΠ έχει σταθεροποιηθεί Κατάσπαση ST ή δυναμική αναστροφή των T (Ασταθής Στηθάγχη/Υπενδοκάριο Έμφραγμα): • έναρξη επικουρικής θεραπείας: ηπαρίνη, ασπιρίνη, αναστολείς IIb/IIIa, νιτρογλυκερίνη, β-αναστολείς • ασθενής υψηλού κινδύνου (εμμένοντα συμπτώματα, υποτροπιάζουσα ισχαιμία, χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως, διάχυτες αλλοιώσεις στο ΗΚΓ, παλαιό έμφραγμα/"bypass"/αγγειοπλαστική): καθετηριασμός/επαναγγείωση Μη-διαγνωστικό ΗΚΓ • κριτήρια ασταθούς στηθάγχης ή θετική τροπονίνη: • επικουρική θεραπεία (ηπαρίνη, ασπιρίνη, αναστολείς IIb/IIIa, νιτρογλυκερίνη) • ασθενής υψηλού κινδύνου: καθετηριασμός/επαναγγείωση • απουσία κριτηρίων ασταθούς στηθάγχης ή τροπονίνη αρνητική: • παρακολούθηση στη μονάδα προκάρδιου άλγους (ΤΕΠ/Καρδιακή Μονάδα): επανάληψη ΗΚΓ/CK ή τροπονίνης μετά 6-12 ώρες, υπερηχοκαρδιογράφημα ή σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με θάλλιο: • εάν θετικά: αντιμετώπιση ως οξύ ισχαιμικό σύνδρομο • εάν όλα αρνητικά: εξιτήριο, μετά από αρνητική δοκιμασία κοπώσεως

http://www.ifet.gr/guidelines/coronary_2.htm [51]

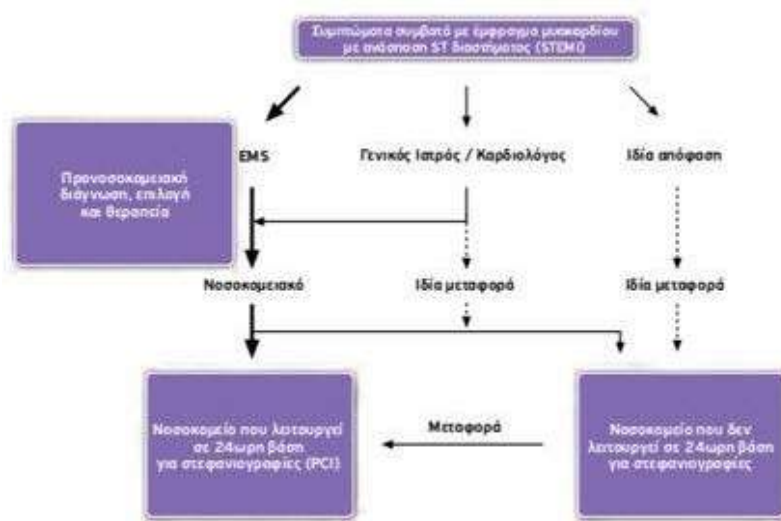
2.5 Θεραπευτική Αντιμετώπιση OEM

Με έναν κατά τι αυθαίρετο τρόπο, η θεραπευτική αντιμετώπιση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST διαστήματος (STEMI) μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις:

1. Πρώτη επαφή με τον γιατρό και άμεση αντιμετώπιση/επιλογή
2. Προνοσοκομειακή ή έγκαιρη νοσοκομειακή φροντίδα (έναρξη θεραπείας επαναιμάτωσης το συντομότερο δυνατόν)
3. Μετέπειτα νοσοκομειακή θεραπεία κατά την οποία αντιμετωπίζονται οι επιπλοκές που συνήθως ανακύπτουν.
4. Έναρξη εφαρμογής μέτρων δευτερογενούς πρόληψης πριν από την έξοδο στο νοσοκομείο.

2.5.1 Άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση

Η βέλτιστη θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST διαστήματος (STEMI) θα πρέπει να βασίζεται στην εφαρμογή ενός ιατρικού συστήματος άμεσης αντιμετώπισης που εποπτεύει ένα δίκτυο μεταξύ νοσοκομείων που διαθέτουν διάφορα επίπεδα τεχνολογίας και που συνδέονται με έναν αποτελεσματικό σύστημα μεταφοράς με ασθενοφόρα (ή με ελικόπτερα) [52].



Σχ. 2 Προνοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση

<http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines> [53].

2.5.2 Αρχική διαστρωμάτωση και έγκαιρη διαστρωμάτωση κινδύνου

- Ιστορικό θωρακικού άλγους/ δυσφορία
- Ανάσπαση ST ή υποψία νέου αριστερού σκελικού αποκλεισμού. Συχνά απαιτούνται επαναλαμβανόμενα καρδιογραφήματα.
- Αυξημένοι δείκτες νέκρωσης του μυοκαρδίου (CK-MB, τροπονίνες). Δεν θα πρέπει κανείς να αναμένει τα αποτελέσματα πριν ξεκινήσει θεραπεία επαναιμάτωσης.
- Δισδιάστατο ηχοκαρδιογράφημα για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο μείζονος οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου ή άλλα αίτια θωρακικού πόνου/δυσφορίας [54].

2.5.3 Ανακούφιση του άλγους, της δύσπνοιας και του άγχους

- Ενδοφλέβια οπιοειδή (4-8 mg μορφίνης με επιπλέον δόσεις των 2 mg με μεσοδιάστημα 5-15 λεπτών)
- O₂ (2-4 L/min) σε περίπτωση δύσπνοιας ή άλλων συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας.
- Αγχολυτικά στην περίπτωση ασθενών που εμφανίζουν ιδιαίτερο άγχος

2.6 Αποκατάσταση της Στεφανιαίας ροής και επαναιμάτωση του μυοκαρδιακού ιστού

Σε ασθενείς που εμφανίζουν τα κλινικά συμπτώματα εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος εντός 12 ωρών μετά από την εκδήλωση των αρχικών συμπτωμάτων και που παρουσιάζουν ανάσπαση ST ή νέο αποκλεισμό αριστερού σκέλους. Θα πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατόν μηχανική (αγγειοπλαστική) ή φαρμακευτική επαναιμάτωση.

Η πρωτογενής αγγειοπλαστική θα πρέπει να εκτελείται σε όλες τις περιπτώσεις εντός 2 ωρών μετά την πρώτη επαφή με τον ιατρό. Σε ασθενείς που εμφανίζονται έγκαιρα με ιδιαίτερο υψηλό επίπεδο κινδύνου για το μυοκάρδιο, η καθυστέρηση θα πρέπει να είναι μικρότερη (<90λεπτά) [25].

2.6.1 Διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση

Σε ασθενείς η χρήση stent απλών ή φαρμακοεκλυτικών και η κατάλληλα επικουρική θεραπεία επιτρέπει στο γιατρό να εκτελέσει PCI ενός ή πολλών αγγείων

με υψηλή πιθανότητα επιτυχίας και αποδεκτό κίνδυνο. Ο κίνδυνος θανάτου που σχετίζεται με αγγειοπλαστική ρουτίνας 0,3% έως 1% περίπου.

Η PCI μπορεί να θεωρηθεί εναλλακτική της CABG για την ανακούφιση των συμπτωμάτων σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, η PCI συγκριτικά με τη φαρμακευτική θεραπεία δεν παρέχει όφελος επιβίωσης στη σταθερή στηθάγχη, αλλά η PCI είναι αποτελεσματική πιο συχνά από ό,τι η φαρμακευτική θεραπεία στη μείωση των συμβαμάτων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (στηθάγχη, δύσπνοια και ανάγκη νέας νοσηλείας ή περιορισμός της ικανότητας άσκησης). Οι εξελίξεις στην επεμβατική τεχνολογία έχουν βελτιώσει τα ποσοστά τόσο της αρχικής όσο και της μακροπρόθεσμης επιτυχίας της διαδερμικής επαναγγείωσης.[25]

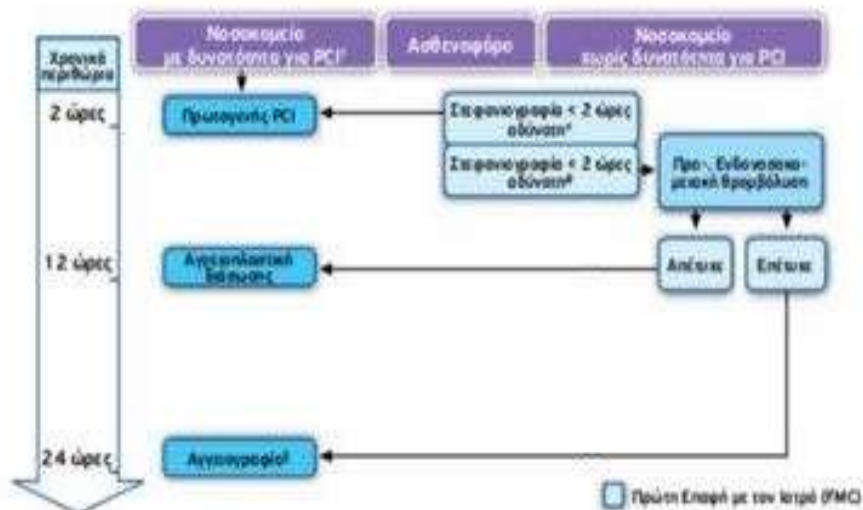
Επαναγγείωση έναντι φαρμακευτικής θεραπείας

Εκτός από τον πληθυσμό κινδύνου που είναι γνωστό ότι οφείλεται προγνωστικά από την επαναγγείωση, μπορεί να επιλέγει αρχικά η φαρμακευτική προσέγγιση για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η επαναγγείωση μπορεί να συνιστάται σε ασθενείς με κατάλληλη ανατομία, οι οποίοι δεν υποκρίνονται επαρκώς στην φαρμακευτική θεραπεία ή για μεμονωμένους ασθενείς οι οποίοι, ανεξαρτήτως ηλικίας, επιθυμούν να παραμείνουν σωματικά δραστήριοι (εκτελώντας τακτική σωματική άσκηση [25]).

Η επαρκής απόκριση στη θεραπεία πρέπει να αξιολογείται σε συνεννόηση με τον ασθενή. Η βέλτιστη φαρμακευτική θεραπεία δευτερογενούς πρόληψης, όπως η χρήση αντιαιμοπεταλιακών, οι στατίνες, οι β αποκλειστές, οι αναστολές ΜΕΑ θα πρέπει να συνεχίζονται μετά την επαναγγείωση, ανεξάρτητα από την ανάγκη για αντιστηθαγχική θεραπεία.

Η επιλογή της μεθόδου επαναγγείωσης θα πρέπει να βασίζεται στα εξής .:

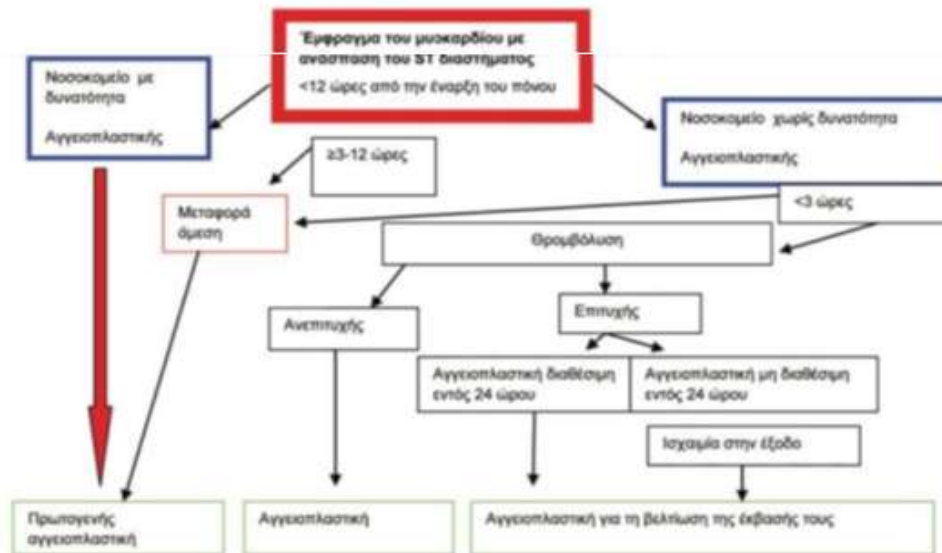
1. Κίνδυνος περιεγχειριτικής νοσηρότητας και θνητότητας
2. Πιθανότητα επιτυχίας, που συμπεριλαμβάνει παράγοντες όπως η τεχνική καταλληλότητα βλαβών για αγγειοπλαστική ή χειρουργική παράκαμψη.
3. Κίνδυνος επαναστένωσης ή απόφραξης του ,μοσχεύματος
4. Πληρότητα της επαναγγείωσης
5. Ύπαρξη διαβήτη



Εικ 3. Στρατηγικές επαναιμάτωσης [25]

2.7 Πρωτογενής Αγγειοπλαστική

Πρωτογενής χαρακτηρίζεται η αγγειοπλαστική η οποία εφαρμόζεται στην οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς να έχει προηγηθεί θρομβολυτική αγωγή. Επιπλέον, με την πρωτογενή αγγειοπλαστική μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος αιμορραγικών επιπλοκών που συνδέονται με τη θρομβολυτική αγωγή. Ειδικότερα, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίδουν η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία και το Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολογίας, [6,56] η πρωτογενής αγγειοπλαστική θα πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατόν και ο στόχος θα πρέπει να είναι από την είσοδο στο Τμήμα Επειγόντων μέχρι τον καθετηριασμό να μην μεσολαβεί χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 90 λεπτών. Όσον αφορά στο χρόνο ο οποίος έχει μεσολαβήσει από την έναρξη των συμπτωμάτων, εάν είναι μικρότερος από 3 ώρες και η χρονική καθυστέρηση για την έναρξη της αγγειοπλαστικής σε σχέση με την έναρξη της θρομβόλυσης είναι μικρότερη της μιας ώρας, τότε θα πρέπει να προτιμάται η αγγειοπλαστική σαν στρατηγική επαναιμάτωσης (Εικ. 3), [25].



ΕΙΚΟΝΑ 1. Θεραπευτική στρατηγική επαναμείωσης στο έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανύψωση του ST διαστήματος.

Εικ.4 [56]

Στην αντίθετη περίπτωση, θα πρέπει να προτιμάται η θρομβόλυση. Από την άλλη μεριά, εάν η συνολική διάρκεια των συμπτωμάτων υπερβαίνει τις 3 ώρες τότε η πρωτογενής αγγειοπλαστική είναι πάντα η καλύτερη λύση δεδομένης της μείωσης της αποτελεσματικότητας της θρομβόλυσης μετά από την παρέλευση των πρώτων αυτών ωρών. Παρά το γεγονός ότι η πρωτογενής αγγειοπλαστική απαιτεί μεγαλύτερη κινητοποίηση και συγχρονισμό από τη θρομβόλυση και είναι πιο χρονοβόρος ιατρική πράξη, όταν και οι δύο επιλογές είναι διαθέσιμες φαίνεται ότι προσφέρει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, [56].

Μια μετα-ανάλυση 23 τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών ($n = 7739$) έδειξε ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με πρωτογενή αγγειοπλαστική έναντι εκείνων που υπεβλήθησαν σε θρομβόλυση εμφάνισαν σε μικρότερο βαθμό πρόωρο θάνατο (7% vs 9%, $p=0.0002$), επαναστένωση του αγγείου βλάβης (3% vs 7%, $p<0.0001$) και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (1% vs 2%, $p=0.0004$) [57]. Προϋπόθεση για τη διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής αποτελεί η ύπαρξη έμπειρης ομάδας επεμβατικών καρδιολόγων και ειδικά εκπαιδευμένου παραϊατρικού προσωπικού. Αποδεικνύεται ότι κέντρα με μεγάλο αριθμό καρδιακών καθετηριασμών στο ενεργητικό τους έχουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας στις πρωτογενείς αγγειοπλαστικές. Αριθμός τυχαιοποιημένων μελετών αναδεικνύει την υπεροχή της έγκαιρης πρωτογενούς αγγειοπλαστικής έναντι της εν ενδονοσοκομειακής θρομβόλυσης σε μεγάλα κέντρα με ικανή εμπειρία, όσον αφορά την αποκατάσταση της βατότητας του αγγείου βλάβης, την επαναστένωση του αγγείου και την υπολειπόμενη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας [58]. Το σχετικό όφελος από

την εφαρμογή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής είναι έκδηλο όταν οι ασθενείς θεραπεύονται νωρίς μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η καθυστέρηση άφιξης στο νοσοκομείο [57]. Τόσο τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες όσο και μεγάλες βάσεις δεδομένων αναδεικνύουν τη συσχέτιση καθυστέρησης για την έναρξη της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής με άσχημη κλινική έκβαση. Καταγράφονται διάφορες χρονικές περίοδοι καθυστέρησης στο χρόνο από την έναρξη της συμπτωματολογίας μέχρι την πρώτη επαφή με ιατρικό προσωπικό. Η πρωτογενής αγγειοπλαστική όντως θεωρείται πλέον θεραπεία εκλογής αντί της θρομβόλυσης. Η μελέτη PAMI έδειξε ότι η θνητότητα στην ομάδα της αγγειοπλαστικής ήταν 2,6% και στην ομάδα της θρομβόλυσης 6,5% και ότι οι ασθενείς υψηλού κινδύνου ωφελήθηκαν περισσότερο. Τα αποτελέσματα ήταν ευνοϊκότερα ιδίως με τη χορήγηση αναστολέων των υποδοχέων IIb/IIIa. Το επιπλέον πλεονέκτημα της αγγειοπλαστικής έναντι της θρομβόλυσης είναι ότι τα αποτελέσματά της είναι ευνοϊκά ακόμη και στις 12 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων ενώ της θρομβόλυσης περιορίζονται στις 6 ώρες [59]. Σε ασθενείς που αποτυγχάνει ή δεν είναι κατάλληλη η αγγειοπλαστική για την επαναιμάτωση, έχει θέση η αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αλλά με πιθανότερο μεγαλύτερο κίνδυνο. Δύο έρευνες που αφορούσαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη μετά από αποτυχία της αγγειοπλαστικής, η νοσοκομειακή θνητότητα ανερχόταν στη μεν μία στο 1,8% και στην άλλη 5,9% [12]. Η πρωτογενής αγγειοπλαστική θα πρέπει να είναι η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος (STEMI) σε νοσοκομεία με δυνατότητα εκτέλεσης αγγειοπλαστικής από έμπειρη ομάδα, καθώς και για τα νοσοκομεία που μπορούν να διακομίσουν τον ασθενή εντός 90 λεπτών από την έναρξη του πόνου.

Ασθενείς με αντενδείξεις για θρομβόλυση θα πρέπει να διακομίζονται άμεσα για πρωτογενή αγγειοπλαστική. Η υπεροχή της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής έναντι της θρομβόλυσης έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία για το χρονικό διάστημα μεταξύ της 3ης και της 12ης ώρας μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, καθώς διασώζεται περισσότερο μυοκάρδιο. Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης μειζόνων καρδιακών συμβαμάτων μετά από θρομβόλυση αυξάνει σε περίπτωση καθυστερημένης προσέλευσης, ενώ παραμένει σταθερή μετά από πρωτογενή αγγειοπλαστική. Εντός 3ωρου από την εμφάνιση στηθάγχης ή άλλων συμπτωμάτων, και οι δυο στρατηγικές επαναιμάτωσης είναι το ίδιο αποτελεσματικές στη μείωση του μεγέθους του εμφράκτου και της θνητότητας. Συνεπώς, η θρομβόλυση είναι ακόμα μια

εναλλακτική λύση έναντι της αγγειοπλαστικής, αν μπορεί να χορηγηθεί εντός 3 ωρών. Η πρωτογενής αγγειοπλαστική μείωσε σημαντικά την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων συγκριτικά με τη θρομβόλυση. Συμπερασματικά, προτιμάται η πρωτογενής αγγειοπλαστική έναντι της θρομβόλυσης τις 3 πρώτες ώρες για την πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και μεταξύ 3 και 12 ωρών για τη σωτηρία μυοκαρδίου και την πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αγγειοπλαστική διάσωσης (rescue PCI) συνιστάται, αν η θρομβόλυση αποτύχει εντός 45-60 min μετά την έναρξη της χορήγησης. Μετά από επιτυχή θρομβόλυση, η χρήση της στεφανιογραφίας ρουτίνας και αγγειοπλαστικής (adjunct PCI), αν αυτή είναι εφικτή, μετά τις πρώτες 2-3 ώρες και εντός 24 ώρου συνιστάται ακόμα και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς χωρίς έκδηλη ισχαιμία για τη βελτίωση της έκβασής τους. Αντίθετα η διευκολυνόμενη (facilitated) αγγειοπλαστική με διενέργεια της αγγειοπλαστικής αμέσως μετά τη χορήγηση θρομβόλυσης (μισής ή ολόκληρης της δόσης) δεν συνιστάται πλέον διότι ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο και επιπλοκές. Αγγειοπλαστική σε ασθενείς που δεν έγινε επαναιμάτωση τις πρώτες 12 ώρες, ίσως έχει θέση με βάση τη θεωρία του ανοικτού αγγείου. Δεν υπάρχει προς το παρόν ομοφωνία για τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών αυτών που προσέρχονται καθυστερημένα [60]. Το 2009 έγιναν 2.056 πρωτογενείς αγγειοπλαστικές στην Ελλάδα (η πλειονότητα στην περιοχή της Αθήνας) σε σύνολο 8.000 οξέων εμφραγμάτων. Ο χρόνος εφαρμογής τους ήταν κοντά στους προτεινόμενους από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, [61]. Μια μετα-ανάλυση από τον Keeley [58] και συνεργάτες του έδειξε ότι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με PCI είχαν σημαντικά μειωμένη πιθανότητα θανάτου, μη θανατηφόρου δεύτερου εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου από ό, τι εκείνοι που έλαβαν θρομβολυτική θεραπεία [58]. Οι Zijlstra et al [62] εξέτασαν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με PCI ή θρομβόλυση και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, σε 5 έτη μετά την επέμβαση, η αγγειοπλαστική προσφέρει μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας, με λιγότερους θανάτους (13% έναντι 24%) και μείωση της επανέμφραξης (6% vs 22%), [62]. Ο χρόνος που μεσολαβεί από την άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη της χορήγησης θρομβολυτικής θεραπείας ή του καρδιακού καθετηριασμού με διενέργεια αγγειοπλαστικής με μπαλόνι ή τοποθέτηση stents αποτελούν βασικούς δείκτες μέτρησης για την επαναιμάτωση των στεφανιαίων αρτηριών. Έχει επίσηςδειχθεί ότι το αποτέλεσμα είναι ευνοϊκότερο όταν ο χρόνος που μεσολαβεί από την απόφραξη έως τη διάνοιξη είναι μικρότερος. Έχουν γίνει εκτεταμένες προσπάθειες για τη

συγκέντρωση στοιχείων που αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση των καθυστερήσεων [63]. Συνολικά οφέλη της πρωτογενούς PCI μειώνονται με την αύξηση της καθυστέρησης στην επαναιμάτωση, και φαίνεται ότι η μείωση αυτή είναι πιο αργή από αυτή της θρομβόλυσης. Έτσι τρέχουσες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν PPCI ως κύρια μέθοδο επαναιμάτωσης για ασθενείς που διακομίζονται σε νοσοκομείο με τις κατάλληλες δεξιότητες και υποδομή [63].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

3.1 Γενικά -Ορισμός

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα «άγχω», το οποίο σημαίνει πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω και από το ρήμα «άγχομαι» το οποίο σημαίνει πνίγομαι, αυτοκτονώ με αγχόνη όπως επίσης από το ουσιαστικό «αγχόνη» το οποίο σημαίνει βρόγχος, σκοινί για απαγχονισμό, κρέμασμα, πνίξιμο. Από την ετυμολογία της λέξεως συμπεραίνεται ότι, το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση όπου το άτομο αισθάνεται σαν να πνίγεται [64]. Ο φημισμένος εξπρεσιονιστής ζωγράφος των ανθρώπινων συναισθημάτων, Edvard Munch, [65] διάλεξε να απεικονίσει τον άνθρωπο στον πασίγνωστο πίνακά του "Η κραυγή" (1893), εικ.4 παγκόσμιο εικαστικό σύμβολο για το ΑΓΧΟΣ, με το στόμα ορθάνοιχτο, ακριβώς γιατί η αίσθηση ότι "αναπνέω και πάλι ο αέρας δεν φτάνει", είναι συχνότατο σύμπτωμα της αγχώδους διαταραχής.



Η αγωνία και ο φόβος συμπληρώνονται από τα τρομαγμένα μάτια που φαίνεται να έρχονται σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο (που τοποθετείται έξω από το πλάνο - και αυτό το κάνει τρομακτικότερο, θυμίζοντας την προσμονή του ακαθόριστου και επικείμενου κακού - πανάγχος), καθώς και τη θέση των χεριών στο πρόσωπο, που προσπαθούν κλείνοντας τα αυτιά, να αποκλείσουν έξω από τα όρια του εαυτού, κάποια εφιαλτική πραγματικότητα (συμβολισμένη στην κραυγή). Ο Επίκτητος (55 - 135 μ.Χ.) χαρακτηρίζει το άγχος όχι ως φόβο αρρώστιας, πόνου ή θανάτου, αλλά ως φόβο του φόβου [66]. Ο ψυχολόγος Liddel έγραφε το 1949 πως το άγχος συνοδεύει πάντα σαν σκιά τη νόσηση 25. Όλοι βιώνουμε άγχος: μια διάχυτη, δυσάρεστη, ασαφή αίσθηση ανησυχίας, που συνοδεύεται συχνά από μία ποικιλία νευροφυτικών συμπτωμάτων (Pfisterer M, 2003)

Η ονομασία "φόβος" σχετίζεται ετυμολογικά με την λέξη "φάος" (= φως). Ο φόβος είναι ένα βασικό συναίσθημα που προκαλείται από τη συνειδητοποίηση ενός πραγματικού ή πλασματικού κινδύνου. Ο φόβος είναι πρωτογενές συναίσθημα, που κινητοποιείται από σαφή και πραγματική απειλή. Είναι ένας μηχανισμός προστασίας του οργανισμού. Όταν όμως ο φόβος συνεχίζει να υφίσταται, ενώ δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος, τότε μετατρέπεται σε φοβία και γίνεται εμπόδιο στην φυσιολογική αντιμετώπιση της καθημερινότητας του ατόμου. Η διαφορά του φόβου από τη φοβία που αισθάνεται ένα άτομο είναι ίσως το πρώτο στάδιο το έπομενο στάδιο είναι η αποδοχή. Η αντίδραση στο ερέθισμα που οδηγεί στη ενεργοποίηση του φόβου δεν είναι δεδομένη. Ο φόβος είναι μία υγιής αντίδραση, όταν όμως μετατρέπεται σε φοβία, πρέπει να αντιμετωπιστεί ιατρικά. Πολλές φορές τα άτομα που διακατέχονται από φοβίες, αντιμετωπίζουν δυσκολία ακόμη και στην απλή καθημερινότητα τους, μιά βόλτα, ένα μικρό ταξίδιο, ακόμη και μιά φιλική επίσκεψη μπορεί να μετατραπεί σε μια επώδυνη διαδικασία που τους καταρακώνει. Τα επακόλουθα της φοβίας είναι πολλά: πανικός, τρόμος, φρίκη. Οι αντιδράσεις είναι ακούσιες, και πολλές φορές εκτός ελέγχου στη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει το αίτιο που το προκαλεί. Τέλος υπάρχουν και σωματικές αντιδράσεις, που μεταφράζονται σε δύσπνοια, ταχυκαρδία, κ.α. Η φοβία είναι μορφή υπερβολικού ή παθολογικού φόβου που επιμένει στο χρόνο και προέρχεται από συγκεκριμένο ερέθισμα. Το άγχος και ο φόβος αποτελούν τις συναισθηματικές απαντήσεις του ατόμου κατά την εκτίμηση επερχόμενου κινδύνου [68].

Το άγχος διαφοροποιείται από το φόβο, ο οποίος είναι μια απάντηση σε εξωτερικό

κίνδυνο ή απειλή που το άτομο μπορεί να αντιλαμβάνεται ακόμη και σε φαντασιακό επίπεδο. Ο φόβος περιλαμβάνει την υποκειμενική, ψυχολογική διάσταση με συγκεκριμένη ένταση και διάρκεια καθώς και τις αυτονομικές δράσεις, όπως αύξηση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, αύξηση της αιματικής ροής στους μύες, έτσι ώστε το άτομο να προετοιμαστεί για να αμυνθεί σωματικά απέναντι στην απειλή ή στον κίνδυνο.

Σύμφωνα με σύστημα ταξινόμησης DSM – IV, [69] το άγχος περικλείει ένα σύνολο διαταραχών (αγχώδεις διαταραχές) οι οποίες διακρίνονται σε: γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή από οξύ στρες. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό.

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό στη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια, παροδικά και χωρίς να συνδέονται με διαταραχές στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρά και επίμονα συμπτώματα που προκαλούν σημαντική συναισθηματική φόρτιση, διαταραχή στην λειτουργικότητα και μείωση στη ποιότητα ζωής τους.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες σε γενικό πληθυσμό, ηλικίας 18-65 ετών, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σε διάστημα ενός έτους στο 18% του γενικού πληθυσμού και γενικά σε κάποια στιγμή στη ζωή των ατόμων σε ποσοστό από 10,4% έως 28,8% του γενικού πληθυσμού. Γενικά από το 1 /5 έως 1/12 των ασθενών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα έχει συμπτώματα μιας αγχώδης διαταραχής. Η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή εμφανίζεται να είναι η πιο συχνή αγχώδης διαταραχή που εμφανίζουν οι ασθενείς στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υποδεικνύοντας την υψηλή χρήση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας [70].

Το 25% έως 70% των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών γενικού νοσοκομείου πάσχουν από ψυχικές διαταραχές με συχνότερες το άγχος και την κατάθλιψη [66]. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα στα τέσσερα άτομα στον κόσμο θα προσβληθεί από ψυχονοητικές ή νευρολογικές διαταραχές κάποια στιγμή στη ζωή του [71]. Υπολογίζεται ότι περίπου το 7% του

συνολικού πληθυσμού της γης εμφανίζουν αυτή τη στιγμή τέτοιες διαταραχές, τοποθετώντας έτσι τις ψυχονοητικές διαταραχές μεταξύ των κυριότερων αιτιών νόσησης και αναπηρίας παγκοσμίως. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001 από την Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), υπολογίζεται ότι στη χώρα μας πάσχουν από κάποια ψυχονοητική διαταραχή περίπου 750.000 άτομα [72]. Σύμφωνα με στοιχεία του 2004, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 8,89% του πληθυσμού της ηλικίας 18-65 ετών, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό υπολογίζεται στο 10% [73]. Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα έρευνα στην ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή πήραν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών. Από την Ελλάδα έλαβε μέρος η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 24% των ασθενών των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το 9 % των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ, παρουσίαζαν σημαντική ψυχοπαθολογία αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. Πιθανολογείται ότι στον Ελληνικό πολιτισμό τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν ιδιαίτερο τρόπο έκφρασης των ψυχικών διαταραχών [74].

3.3 Αγχώδεις και Φοβικές Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν ένα φάσμα κλινικών συνδρόμων που χαρακτηρίζονται από νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζουν περίπου το 13,6% έως 28,8% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια ζωής τους [73,75]. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ) είναι μία σχετικά συχνή και εξουθενωτική αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία.[76]. Παρόλο που η παθολογική ανησυχία είναι το βασικό χαρακτηριστικό της ΔΓΑ, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα και αυτά είναι συχνά τα συμπτώματα εκδήλωσης [77]. Οι αγχώδεις διαταραχές συγκαταλέγονται μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών με το μεγαλύτερο επιπολασμό και κόστος και οδηγούν σε σημαντική λειτουργική

εξασθένιση και εξαιρετικά αυξημένη χρησιμοποίηση πόρων υγειονομικής περίθαλψης [77,78].

.

3.3.1 Πώς ταξινομούνται οι αγχώδεις διαταραχές;

Έχουν αναπτυχθεί δύο συστήματα ταξινόμησης και διάγνωσης ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο:

- το σύστημα που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση, αναθεώρηση κειμένου (DSM-IV-TR), (APA 2000) - το σύστημα που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) παρουσιάζεται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10η έκδοση (ICD-10), [71]. Η ICD-10 ταξινομεί όλους τους τύπους νόσων και διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, ενώ το DSM-IV ταξινομεί μόνο ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που υπάρχουν ορισμένες διαφορές μεταξύ αυτών των 2 συστημάτων σε ό, τι αφορά την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, οι δημιουργοί τους συνεργάστηκαν και έτσι οι ορισμοί και τα κριτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πανομοιότυπα [79]. Ενώ η ICD-10 είναι το επίσημο σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται στην Ευρώπη και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου, η ταξινόμηση DSM-IV χρησιμοποιείται συχνά σε ερευνητικές μελέτες, επομένως σε αυτόν το χώρο παραθέτονται που αφορούν και τα δύο συστήματα ταξινόμησης [79]. Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες ταυτοποιήθηκαν πάρα πολλοί τύποι αγχωδών διαταραχών. Το DSM-IV ταυτοποιεί 12 κατηγορίες αγχωδών διαταραχών, οι οποίες υπάρχουν επίσης στην ICD-10 [11,71]. Ως κατηγορία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξίσου συχνές με ή ακόμη πιο συχνές από τις διαταραχές διάθεσης (που περιλαμβάνουν τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή - ΜΚΔ), [73,80]. Η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής είναι περίπου 13,6% έως 28,8%, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0% έως 20,8% [80].

Σύμφωνα με το DSM-IV οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν τις κάτωθι διαταραχές: [81]

- *Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία:*
 - ο Προσβολές πανικού που επαναλαμβάνονται ξαφνικά χωρίς κάποιο προφανές ερέθισμα

- Ο ασθενής πιθανόν να αποφεύγει ενεργά καταστάσεις στις οποίες προβολές πανικού προδιαθέτουν να συμβούν
- Το άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί τις οργανικές εκδηλώσεις άγχους
- *Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ή (ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή)*
 - Παρουσία εμμονών, επαναλαμβανόμενων, ανεπιθύμητων και ενοχλητικών σκέψεων, εικόνων που προκαλούν σοβαρό άγχος (για παράδειγμα σκέψεις σχετικά με τη μόλυνση, αμφιβολίες σχετικά με τις ενέργειες, ψυχοφθόρες θρησκευτικές, επιθετικές, ή σεξουαλικές σκέψεις)
 - Καταναγκασμούς: επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή ψυχικές ενέργειες που εκτελούνται για να μειωθεί το άγχος που δημιουργείται από τις εμμονές. (για παράδειγμα, τον έλεγχο, το πλύσιμο, καταμέτρηση, ή επανάληψη)
- *Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες*
 - Εμφανίζεται μετά από ένα τραυματικό γεγονός στο οποίο ο ασθενής ανταποκρίνεται με έντονο φόβο, αίσθημα ανικανότητας ή τρόμου. Οι ασθενείς ξαναζούν το γεγονός στη μνήμη, αποφεύγουν να θυμούνται το γεγονός και βιώνουν συναισθηματικό μούδιασμα και συμπτώματα αυξημένης εγρήγορσης
 - Το άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί την αναβίωση του τραύματος
- *Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς*
 - Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν τα άτομα που δεν εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής και ο κλινικός δεν μπορεί να αξιολογήσει επαρκώς την αιτιολογία.
- *Διαταραχή από Οξύ στρες*
 - Τα συμπτώματα εμφανίζονται 3 ημέρες με ένα μήνα μετά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός. Το άτομο μπορεί να ήταν είτε άμεσα εμπλεκόμενο είτε απλός παρατηρητής ή έχει εκτεθεί επανειλημμένα σε λεπτομέρειες του γεγονότος ή μαθαίνει ότι κάτι τραυματικό συνέβη σε κάποιο μέλος της οικογένειάς του
- *Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή*
 - Ανεξέλεγκτη και υπερβολική ανησυχία που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες (για τουλάχιστον έξι μήνες) για έναν αριθμό

καθημερινών ή συνηθισμένων γεγονότων ή δραστηριοτήτων. Συνήθως συνοδεύεται από οργανικές εκδηλώσεις, όπως για παράδειγμα πονοκεφάλους και διαταραχές στο στομάχι.

- Το άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί την αβεβαιότητα
- *Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση*
- *Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες*
 - Προκαλούμενες από ΑΛΚΟΟΛ διαταραχές. α)εξάρτηση, στέρηση ,τοξίκωση, ντελίριο τοξίκωσης , ντελίριο στέρησης, άνοια, αμνησιακή διαταραχή ,ψυχωτική διαταραχή με παραληρητικές ιδέες η ψευδαισθήσεις, διαταραχή της διάθεσης ,αγχώδη διαταραχή, σεξουαλική δυσλειτουργία,, διαταραχή ύπνου.
 - 2. Συνδεόμενες διαταραχές με Αμφεταμίνες, Κάνναβη, Κοκαΐνη, Οποιοιδή ίδια με παραπάνω , πλην άνοιας.
 - 3.Συνδεόμενες διαταραχές με καφεΐνη, νικοτίνη.
 - 4.Εισπνεόμενες ουσίες ,ίδια με 1,πλήν σεξουαλική δυσλειτουργία.
 - 5.Προκαλούμενες διαταραχές από ηρεμιστικά –υπνωτικά φάρμακα
Ίδια με 1.
 - 5.Ψευδαισθησιογόνα—άλλες ουσίες
- *Διαταραχή άγχους του αποχωρισμού*
 - Συνήθως εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες – ένα στα δύο παιδιά που θα έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή αυτή θα είναι σχετιζόμενη με άγχος αποχωρισμού – αλλά μπορεί να υπάρχει σε ένα πολύ μικρότερο ποσοστό και σε ενήλικες (7%).
- *Ειδική φοβία*
 - Υπερβολικός και αδικαιολόγητος φόβος απέναντι σ' ένα οριοθετημένο αντικείμενο ή κατάσταση που συνήθως συνδέεται με αποφυγή αυτού του αντικειμένου (για παράδειγμα, ένα ζώο, αίμα, ενέσεις, ύψη, κεραυνοί, οδήγηση, πτήση ή κλειστά μέρη)
- *Κοινωνική Φοβία:*
 - Υπερβολικός ή μη ρεαλιστικός φόβος για κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις στις οποίες θα εκτεθεί σε άγνωστο κόσμο
 - Το άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί την αμηχανία και την εξέταση

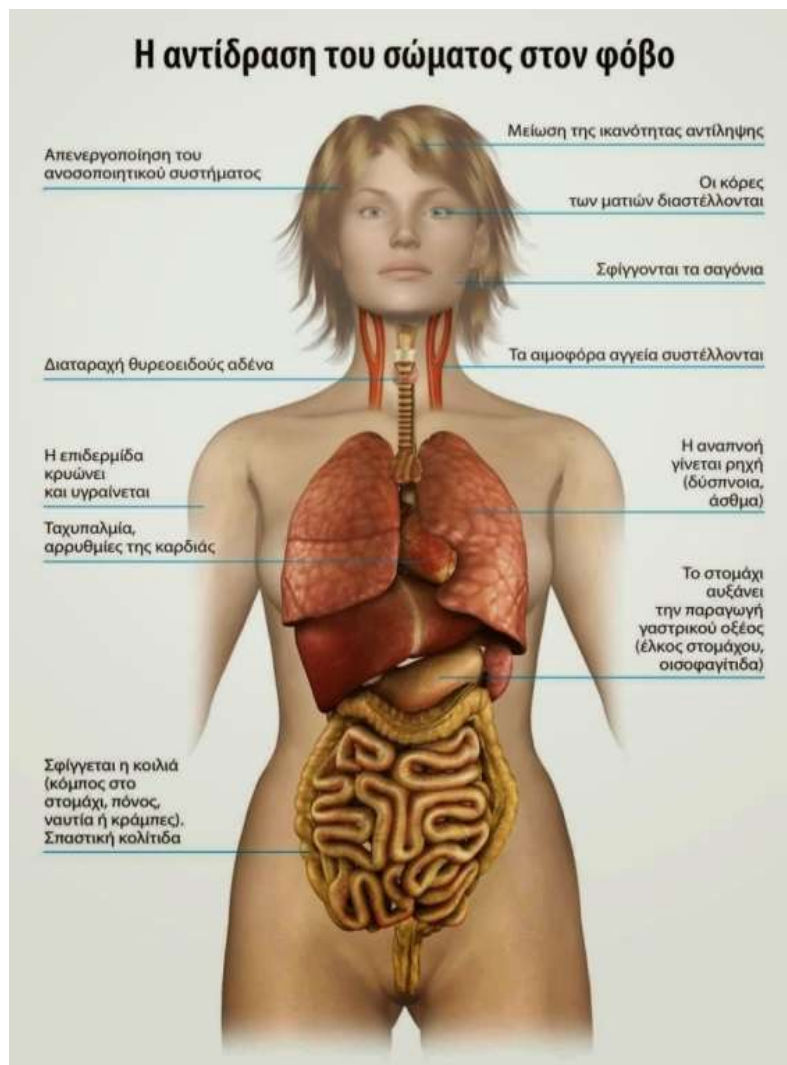
Ποια είναι τα συμπτώματα μιας αγχώδους διαταραχής; [82]

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής άγχους, αλλά γενικά περιλαμβάνουν:

- Συναισθήματα πανικού, φόβου και ανησυχίας
- Προβλήματα ύπνου
- Κρύα ή ιδρωμένα χέρια ή/και πόδια
- Δύσπνοια
- Ταχυπαλμία
- Αδυναμία να παραμείνει το άτομο ακίνητο και να ηρεμήσει
- Ξηροστομία
- Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα χέρια ή τα πόδια
- Ναυτία
- Μυϊκή ένταση
- Ζάλη

3.3.2 Φοβίες (Φοβικές διαταραχές)

Ετυμολογικά η ονομασία "φόβος" σχετίζεται με την λέξη "φάος" (= φως). Ο φόβος είναι ένα βασικό συναίσθημα που προκαλείται από τη συνειδητοποίηση ενός πραγματικού ή πλασματικού κινδύνου. Είναι ένας μηχανισμός που προστασίας του οργανισμού. Όταν όμως ο φόβος συνεχίζει να υφίσταται, ενώ δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος, τότε μετατρέπεται σε φοβία και γίνεται εμπόδιο στην φυσιολογική αντιμετώπιση της καθημερινότητας του ατόμου. Η διαφορά του φόβου από τη φοβία που αισθάνεται ένα άτομο είναι ίσως το πρώτο στάδιο το έπομενο στάδιο είναι η αποδοχή. Η αντίδραση στο ερέθισμα που οδηγεί στη ενεργοποίηση του φόβου δεν είναι δεδομένη. Ο φόβος είναι μία υγιής αντίδραση, όταν όμως μετατρέπεται σε φοβία, πρέπει να αντιμετωπιστεί ιατρικά. Πολλές φορές τα άτομα που διακατέχονται από φοβίες, αντιμετωπίζουν δυσκολία ακόμη και στην απλή καθημερινότητα τους, μιά βόλτα, ένα μικρό ταξίδι, ακόμη και μιά φιλική επίσκεψη μπορεί να μετατραπεί σε μια επώδυνη διαδικασία που τους καταρακώνει. Τα επακόλουθα της φοβίας είναι πολλά: πανικός, τρόμος, φρίκη. Οι αντιδράσεις είναι ακούσιες, και πολλές φορές εκτός ελέγχου στη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει το αίτιο που το προκαλεί. Τέλος υπάρχουν και σωματικές αντιδράσεις, που μεταφράζονται σε δύσπνοια, ταχυκαρδία, εικ5 κ.α.



Εικ, 5 ο χάρτης του Emotion Code του Bradley Nelson και αποτυπώνει με ακρίβεια τσυμβαίνει στο σώμα μας όταν φοβόμαστε. [83]

Η φοβία είναι μια ειδική κατηγορία φόβου δυσανάλογα έντονη σε σχέση με το γεγονός που την προκάλεσε. Τα άτομα τα οποία έχουν κάποια φοβία συνήθως είναι σε θέση να καταλάβουν πως άλλοι άνθρωποι δεν φοβούνται τα ίδια πράγματα με εκείνο και πως οι φόβοι του δεν είναι βάσιμοι.

3.3.3 Ειδική Φοβία

Η ειδική φοβία χαρακτηρίζεται από έναν έντονο φόβο ενός αντικειμένου ή μιας ορισμένης κατάστασης, τα οποία, ωστόσο, είναι αβλαβή και ακίνδυνα. Η ειδική φοβία συνοδεύεται από έντονο και υπερβολικό φόβο όταν το άτομο βρίσκεται απέναντι σε ένα ειδικό αντικείμενο ή κατάσταση ή απλά και μόνο στη σκέψη. Το άγχος που νιώθει το άτομο όταν βρίσκεται απέναντι σε ένα φοβικό ερέθισμα αυξάνεται όσο πιο κοντά βρίσκεται σε αυτό και δύσκολα μπορεί να διαφύγει από αυτό [84].

Έντονοι φόβοι σχετικά με συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, οι οποίοι διαταράσσουν τη ζωή του ατόμου. Κοινωνική φοβία : Ισχυρός και επίμονος φόβος για τις καταστάσεις κοινωνικών συναναστροφών. Το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα τον περιεργαστούν προσεκτικά και ότι θα τον κρίνουν αρνητικά. Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: Είναι οι συνεχείς ανεπιθύμητες σκέψεις που έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να εκτελεί περίπλοκες τυποποιημένες επαναληπτικές ενέργειες στην προσπάθειά του να ελέγξει ή να εκδιώξει τις επίμονες σκέψεις. Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή: Έπεται κάποιου εξαιρετικά τραυματικού γεγονότος και μπορεί να προκαλέσει σημαντική αναπηρία στο άτομο.

Είναι συχνό φαινόμενο όσοι πάσχουν από κάποια ειδική φοβία να φοβούνται μήπως τυχόν και λιποθυμήσουν πράγμα που στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει. Ασθενείς με φοβία αίματος είναι επιρρεπείς στην λιποθυμία ή λιποθυμούν πραγματικά ακόμα και στη φανταστική επαφή με τα φοβογόνα αντικείμενα, στο άκουσμα της λέξης "αίμα" ή στον ήχο των νοσοκομειακών σειρήνων. Έτσι, αποφεύγουν να επισκεφθούν τον οδοντίατρο, να μουν στη διαδικασία εξετάσεων αίματος αλλά και στη διαδικασία χειρουργικών επεμβάσεων που θα μπορούσαν να τους σώσουν τη ζωή [85].

3.4 Άγχος και σωματική νόσος

Η σχέση άγχους και σωματικής νόσου είναι πολύ σημαντική και έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της διεθνούς βιβλιογραφίας, κατά τις τελευταίες δεκαετίες. [86]. Το άγχος έχει καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και ανάρρωση από τη σωματική νόσο. Για παράδειγμα, το άγχος μπορεί να επιβραδύνει την απόφαση του ασθενούς για επέμβαση με αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του [87]. Υψηλής έντασης άγχος δημιουργεί ψυχοφυσιολογικές διαταραχές που παρακωλύουν την προετοιμασία για την επέμβαση, την αναισθησία και τη μετεγχειρητική ανάρρωση ενώ παράλληλα αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη σοβαρού μετεγχειρητικού πόνου [87]. Επίσης, οι φοβίες είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ευκολότερα στο χώρο του νοσοκομείου λόγω του περιβάλλοντος (απλή φοβία) ή λόγω ύπαρξης άλλων ατόμων (κοινωνική φοβία). Ειδικότερα, λόγω του συνωστισμού αναζωπυρώνονται φοβίες που σχετίζονται με το φόβο παρατήρησης του ατόμου από άλλα άτομα με έντονα αισθήματα αμηχανίας και ντροπής. Ο φόβος 'των ξένων' που αναλαμβάνουν τη φροντίδα συνήθως συνοδεύει το άγχος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα,

προηγούμενες δραστηριότητες και λειτουργικούς ρόλους. [88,89]. Αρχικά το άτομο στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το γεγονός που του προκαλεί άγχος κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, όπως μετάθεση, απώθηση, άρνηση ενώ αργότερα υιοθετεί μια ωριμότερη στάση, διαπραγματεύεται και αποδέχεται τη νόσο ή ακόμα αναζητά τρόπους αντιμετώπισης.[90]. Η λήψη ιστορικού και η ψυχιατρική αξιολόγηση του ασθενούς παρέχει πολύτιμες πληροφορίες. Για την αξιολόγηση του άγχους πρέπει να διερευνώνται οι εξής παράμετροι: α) οι βιολογικές αιτίες, β) οι ψυχιατρικές αιτίες, γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου και δ) οι κοινωνικές αιτίες [91]. Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια, οι κυριότερες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους, αδρά ταξινομημένες είναι: τα νευρολογικά νοσήματα κατά 25%, οι ενδοκρινοπάθειες κατά 25%, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 12%, τα ανοσολογικά νοσήματα κατά 12%, τα λοιμώδη νοσήματα κατά 12%, όπως επίσης και άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά 14%. [91]. Όταν υπάρχει σωματική νόσος (π.χ. άσθμα) η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της μπορεί να πυροδοτήσουν άγχος. Η εκδήλωση του άγχους μπορεί να συνδέεται με συγκεκριμένα συμπτώματα που καταδεικνύουν το πάσχον σύστημα (πχ καρδιά) ή συγκεκριμένα ευρήματα (αρρυθμία στο ΗΚΓ).

Η σχέση μεταξύ στρες και εμφράγματος μυοκαρδίου έχει ελεγχθεί και αξιολογηθεί σε μεγάλο βαθμό από την επιστημονική κοινότητα. Συγκεκριμένα, οι Schroder et al., [92] ερεύνησαν με ποιο τρόπο το στρες μπορούσε να ανιχνευθεί από τις διάφορες ιατρικές εξετάσεις στις οποίες υπόκεινται τα άτομα είτε προ είτε μετεμφραγματικά. Το μετεμφραγματικό στρες που παρουσιάζεται στους ασθενείς ελέγχεται από πολλές απόψεις για να εντοπιστεί η πηγή πρόκλησής του. Έρευνα του Toth καταλήγει στο ότι άνδρες και γυναίκες βιώνουν παρόμοια επίπεδα άγχους, κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Η προδιαθεσική προσωπικότητα της στεφανιαίας νόσου έχει χαρακτηριστεί στον 20ο αι. ως ο τύπος A, όπως προαναφέραμε, ένας συνδυασμός χαρακτήρων όπου εμφανίζονται οι συμπεριφορές ανθεκτικότητας ανταγωνιστικότητας, ανυπομονησίας και εκδηλωμένης επιθετικότητας. Παρ'όλα αυτά οι επιδημιολογικές ενδείξεις τις τελευταίες δεκαετίες θεώρησαν την εχθρικότητα ή τον θυμό του τύπου A ως υπεύθυνους παράγοντες της στεφανιαίας νόσου. Άλλοι παράμετροι πάλι γνωστοί ή ύποπτοι της στεφανιαίας νόσου και θνησιμότητας από αυτή συμπεριλαμβάνουν οικονομικές και εκπαιδευτικές ανισότητες τη χαμηλή κοινωνική ένταξη και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα [93, 94].

.3.5 Διαφορική διάγνωση του άγχους στον καρδιολογικό ασθενή

Η αξιολόγηση του άγχους σε έναν καρδιολογικό ασθενή στο γενικό νοσοκομείο αποτελεί συχνά δύσκολη υπόθεση. Είναι δυσχερής η εκτίμηση εάν ο ασθενής έχει άγχος που προκαλείται από μια καρδιακή νόσο ή μια πρωτογενή αγχώδη διαταραχή ή εάν συνυπάρχουν και τα δύο [95].

Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει η διαφορική διάγνωση σε έναν ασθενή του γενικού νοσοκομείου με πόνο στο στήθος και έντονο άγχος. Δεν είναι σπάνιο σε μια μονάδα επειγόντων να παραπέμπεται για ψυχιατρική εκτίμηση ένας ασθενής με έμφραγμα μυοκαρδίου πριν διερευνηθεί καρδιολογικά, εάν παρουσιάζει έντονη αγχώδη αντίδραση, διαμαρτύρεται ζωηρά για τους πόνους στο στήθος και γενικά εμφανίζει εκδραμάτιση των συμπτωμάτων λόγω προσωπικότητας [96].

Το άγχος και η έντασή του, είναι απαραίτητο να αξιολογείται και να μετράται σε ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα, προκειμένου να μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου για επερχόμενη επιδείνωση της πορείας της νόσου αυτών των ασθενών [97,98].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Το άγχος αποτελεί μία αίσθηση έντονου φόβου και εσωτερικής αναστάτωσης, η οποία συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενδείξεις, όπως η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η δύσπνοια, το τρέμουλο, η ζάλη, το σφίξιμο (μυϊκή τάση), ο πόνος και άλλες. Το άγχος σε αντίθεση με το συναίσθημα του φόβου, δεν προκαλείται συνήθως από κάποια αντικειμενική απειλή ή κίνδυνο, αλλά σχετίζεται με καταστάσεις και ερεθίσματα που βιώνει καθημερινά το άτομο στην προσωπική και κοινωνική του ζωή και τα οποία, αρχικά τουλάχιστον, είναι δύσκολα αναγνωρίσιμα από το ίδιο ως πηγές άγχους. Το άγχος και η έντασή του, είναι απαραίτητο να αξιολογείται και να μετράται σε ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα προκειμένου να μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου, να αυξηθεί το ποσοστό επιβίωσης και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους καθώς και το ψυχοπαθολογικό προφίλ ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Υλικό και Μέθοδος

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 100 ασθενείς που προσήλθαν στο Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας και θα υποβάλλονταν σε διαδέρμικη παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία. Εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, κυρίως μέσω της εξασφάλισης της συγκατάθεσης των υποψηφίων συμμετεχόντων στη μελέτη, μετά από ενημέρωσή τους. Σε όλους τους υποψηφίους συμμετέχοντες γνωστοποιήθηκε – τόσο προφορικά όσο και γραπτά- ότι η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και ότι θα τηρείτο ανωνυμία. Το Νοσοκομείο, από το οποίο αιτήθηκε και δόθηκε η άδεια εκπόνησης της μελέτης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ) δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά.

Μεθοδολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι): της Κλίμακας Ελέγχου Συμπτωμάτων (Symptom Checklist-SCL- 90-R). Το όνομα του τεστ είναι το ακρώνυμο του Symptom Check List, δηλαδή Λίστα Ελέγχου 90 Συμπτωμάτων. Το SCL-90-R είναι ένα αρκετά απλό μέσο σε σύγκριση με το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Αποτελείται από έναν κατάλογο 90 συμπτωμάτων πολλών ειδών ψυχοπαθολογίας. Το SCL-90-R έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην Ελληνική από τον Σ. Ντόνια, Α. Καραστεργίου και Ν. Μάνο. [Ντόνιας, Σ., [99]. Η κλίμακα είναι έγκυρη και η εγκυρότητα κριτηρίου είναι ικανοποιητική [100]. Έχει επίσης διαπιστωθεί ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των κλιμάκων με τις συναφείς υποκλίμακες του M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)[101].

Το ερωτηματολόγιο SCL-90 περιλαμβάνει 90 ερωτήσεις και 9 επιμέρους κλίμακες που ομαδοποιούνται ως εξής:

- Άγχος, 17 ερωτήσεις: 2, 17, 19, 23, 33, 39, 44, 57, 59, 60, 64, 66, 72, 78, 80, 86, 89
- Διαπροσωπική ευαισθησία, 9 ερωτήσεις: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
- Επιθετικότητα, 6 ερωτήσεις: 11, 24, 63, 67, 74, 81
- Κατάθλιψη, 13 ερωτήσεις: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
- Παρανοειδής ιδεασμός, 6 ερωτήσεις: 8, 18, 43, 68, 76, 83
- Σωματοποίηση, 12 ερωτήσεις: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
- Φοβικό άγχος, 7 ερωτήσεις: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
- Ψυχαναγκαστικότητα, 10 ερωτήσεις: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
- Ψυχωτισμός, 10 ερωτήσεις: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Σε κάθε κλίμακα αθροίζονται οι απαντήσεις και διαιρούνται με τον αριθμό των ερωτήσεων, οπότε η βαθμολογία κάθε κλίμακας λαμβάνει τιμές 0 έως 4. Επιπλέον, προκύπτουν οι εξής τρεις δείκτες:

- Γενικός δείκτης συμπτωμάτων που λαμβάνει τιμές 0 έως 4 και προκύπτει από το άθροισμα όλων των απαντήσεων και τη διαίρεση με το 90.
- Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων που λαμβάνει τιμές 1 έως 4 και προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων «λίγο», «μέτρια», «αρκετά» και «υπερβολικά» και τη διαίρεση με τον αντίστοιχο αριθμό των ερωτήσεων.
- Σύνολο θετικών συμπτωμάτων που λαμβάνει τιμές 0 έως 90 και προκύπτει από το άθροισμα όλων των απαντήσεων «λίγο», «μέτρια», «αρκετά» και «υπερβολικά».

Η αύξηση των βαθμολογιών στις κλίμακες και στους δείκτες δηλώνουν χειρότερη κατάσταση. Οι βαθμολογίες στις κλίμακες και στους δείκτες χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκαν ως

ανεξάρτητες μεταβλητές.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μια ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες στις κλίμακες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις 9 κλίμακες του SCL-90 παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Σε όλες τις κλίμακες ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν $>0,74$ γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 1. Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις 9 κλίμακες του SCL-90.

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Άγχος	0,90
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,74
Επιθετικότητα	0,88
Κατάθλιψη	0,87
Παρανοειδής ιδεασμός	0,79
Σωματοποίηση	0,91
Φοβικό άγχος	0,81
Ψυχαναγκαστικότητα	0,83
Ψυχωτισμός	0,81

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 100 ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε διαδέρμικη παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Η μέση ηλικία ήταν 53,5 έτη και η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (58%) που διαμένουν εκτός Αθήνας (63%). Επιπλέον, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (69%) με παιδιά (78%) και εργαζόμενοι (73%). Οι μισοί ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (AEI/ TEI), ενώ το 63% είχε μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 601-1500€.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικό	N	Ποσοστό
Φύλο		
Γυναίκες	58	58
Άνδρες	42	42
Ηλικία	53,5 ^a	12,5 ^b
Τόπος διαμονής		
Εκτός Αθήνας	37	37
Αθήνα	63	63
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	19	19
Έγγαμοι	69	69
Διαζευγμένοι	8	8
Χήροι	4	4
Παιδιά		
Όχι	22	22
Ναι	78	78
Αριθμός παιδιών	1,5 ^a	1,0 ^b
Απασχόληση		
Ιδιωτικός τομέας	31	31
Δημόσιος τομέας	21	21
Ελεύθερος επαγγελματίας	21	21
Άνεργος	27	27
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	4	4
Γυμνάσιο	12	12
Λύκειο	28	28
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (AEI/ TEI)	50	50
Μεταπτυχιακό	5	5
Διδακτορικό	1	1
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)		
0-300	3	3
301-600	9	9

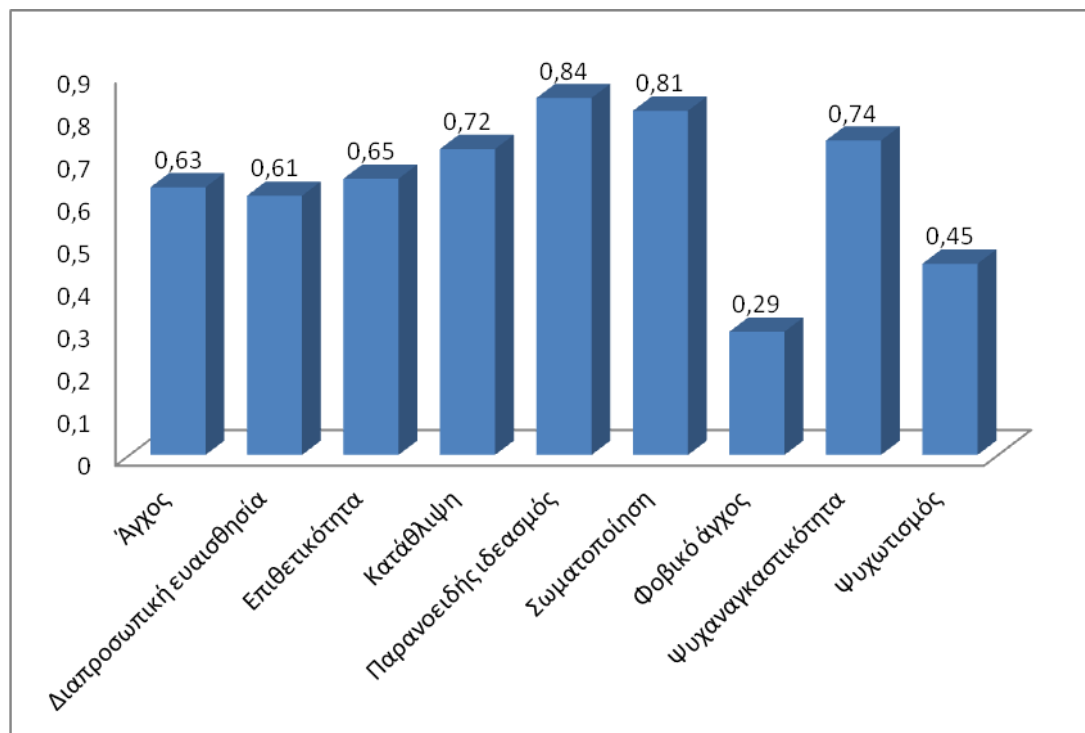
601-900	17	17
901-1200	27	27
1201-1500	19	19
1501-1800	9	9
1801-2100	9	9
2101-2400	4	4
>2400	3	3

^α μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Τα περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των κλιμάκων και των δεικτών του SCL-90 παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των βαθμολογιών των κλιμάκων του SCL-90. Στα γραφήματα 2 έως 13 παρουσιάζονται τα ιστογράμματα απόλυτων συχνοτήτων των βαθμολογιών των κλιμάκων και των δεικτών του SCL-90.

Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των κλιμάκων και των δεικτών του SCL-90.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Άγχος	0,63	0,60	0,47	0	2,76
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,61	0,47	0,44	0	2,11
Επιθετικότητα	0,65	0,79	0,33	0	3,67
Κατάθλιψη	0,72	0,61	0,61	0	2,54
Παρανοειδής ιδεασμός	0,84	0,69	0,67	0	3,00
Σωματοποίηση	0,81	0,74	0,54	0	3,25
Φοβικό άγχος	0,29	0,45	0,14	0	2,57
Ψυχαναγκαστικότητα	0,74	0,64	0,50	0	2,60
Ψυχωτισμός	0,45	0,49	0,30	0	2,40
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,65	0,51	0,57	0,08	2,37
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,52	0,41	1,40	1,00	2,80
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	34,75	20,43	32,00	7	86

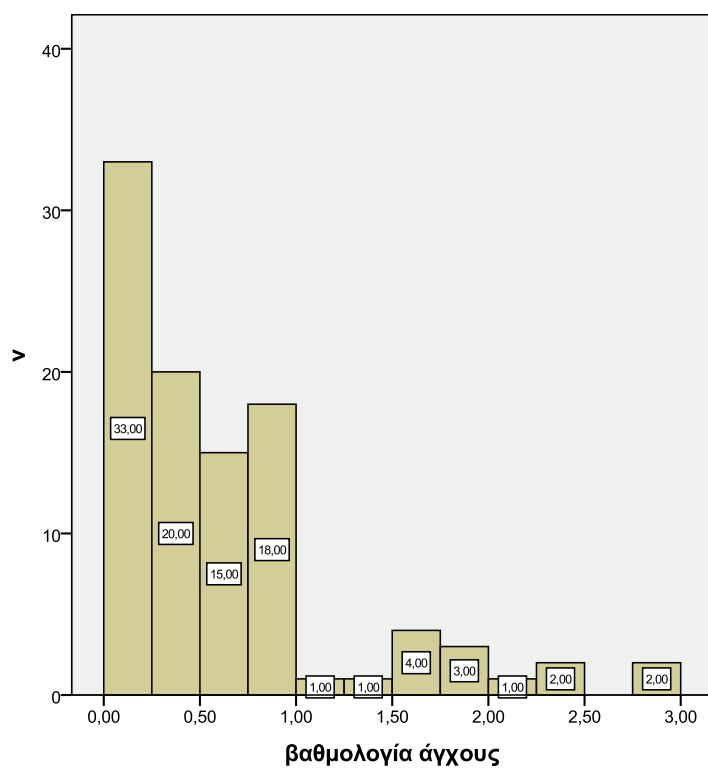


Γράφημα 1. Οι μέσες τιμές των βαθμολογιών των κλιμάκων του SCL-90.

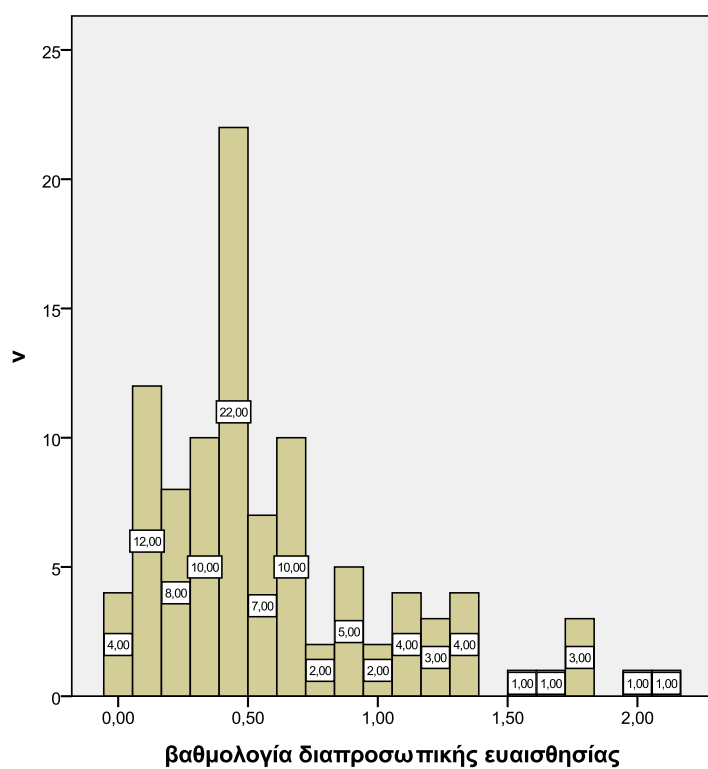
Ξεκινώντας από την κλίμακα με την μεγαλύτερη μέση βαθμολογία, δηλαδή από την κλίμακα με την χειρότερη κατάσταση, η ταξινόμηση είναι η εξής:

- Παρανοειδής ιδεασμός
- Σωματοποίηση
- Ψυχαναγκαστικότητα
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα
- Άγχος
- Διαπροσωπική ευαισθησία
- Ψυχωτισμός
- Φοβικό

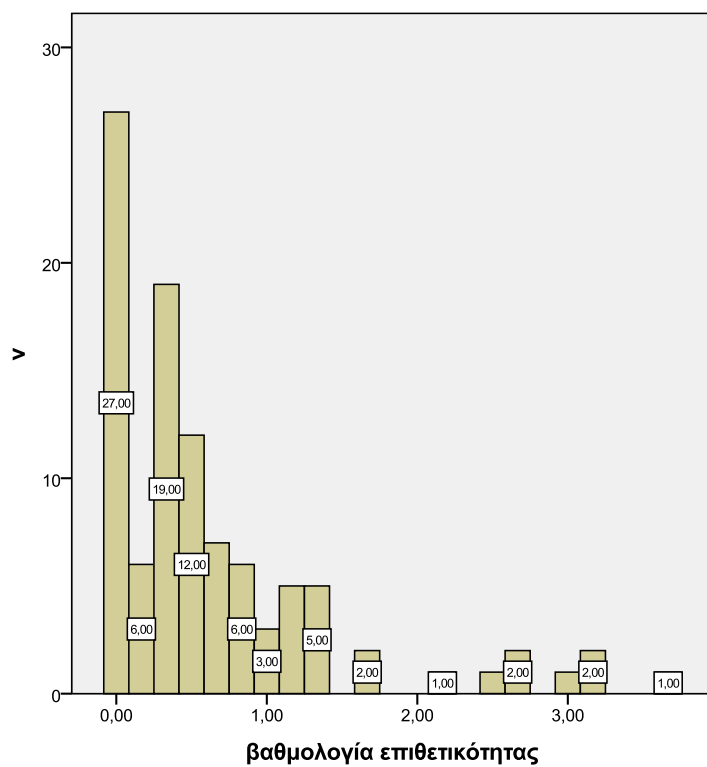
άγχος



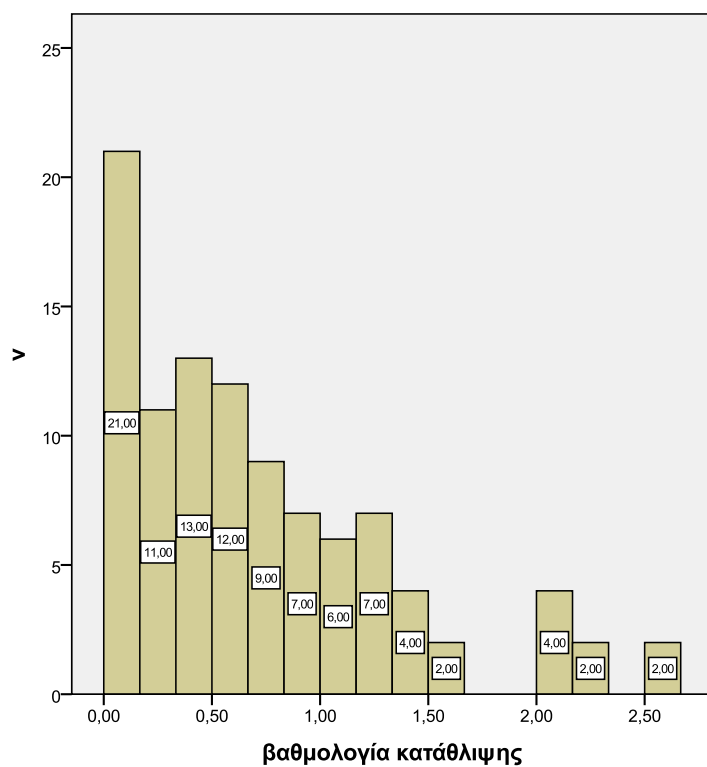
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας άγχους.



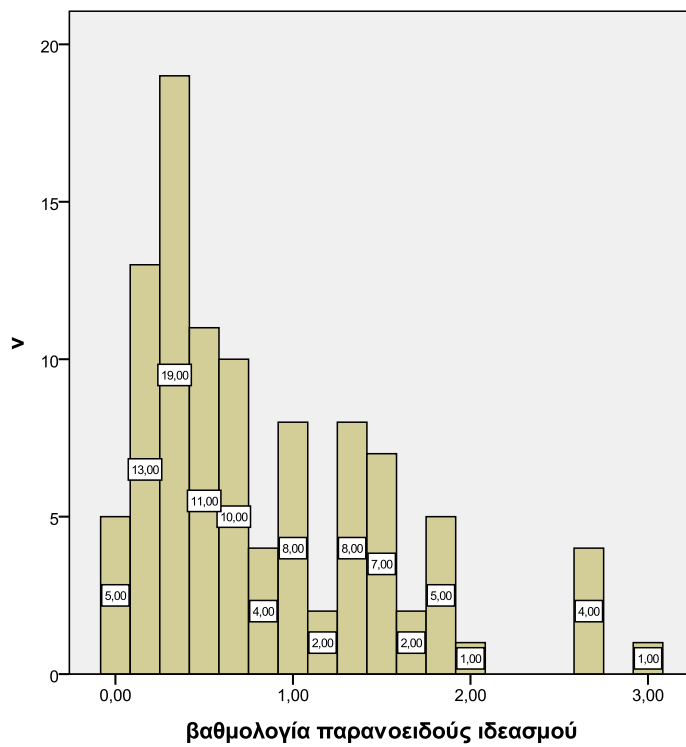
Γράφημα 3. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας διαπροσωπικής ευαισθησίας.



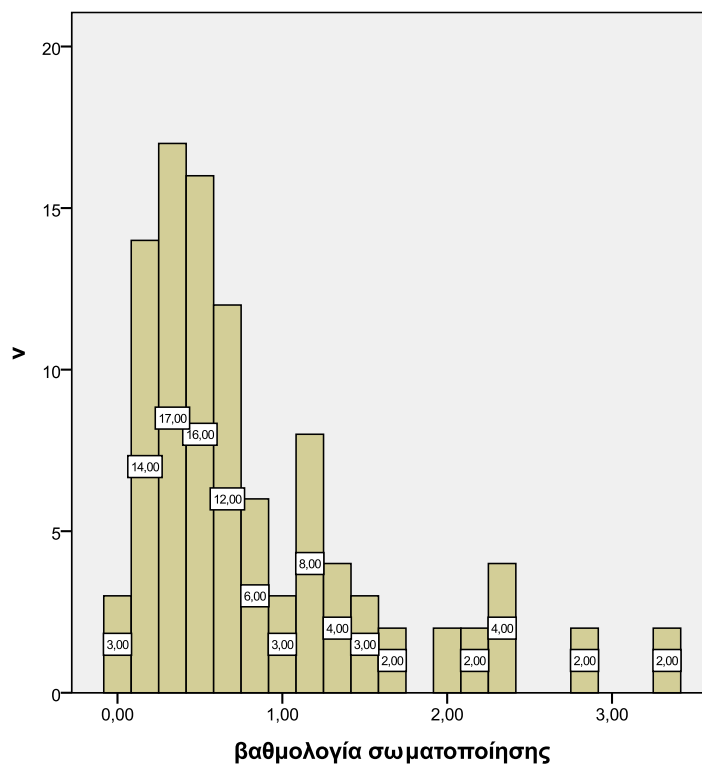
Γράφημα 4. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας επιθετικότητας.



Γράφημα 5. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας κατάθλιψης.

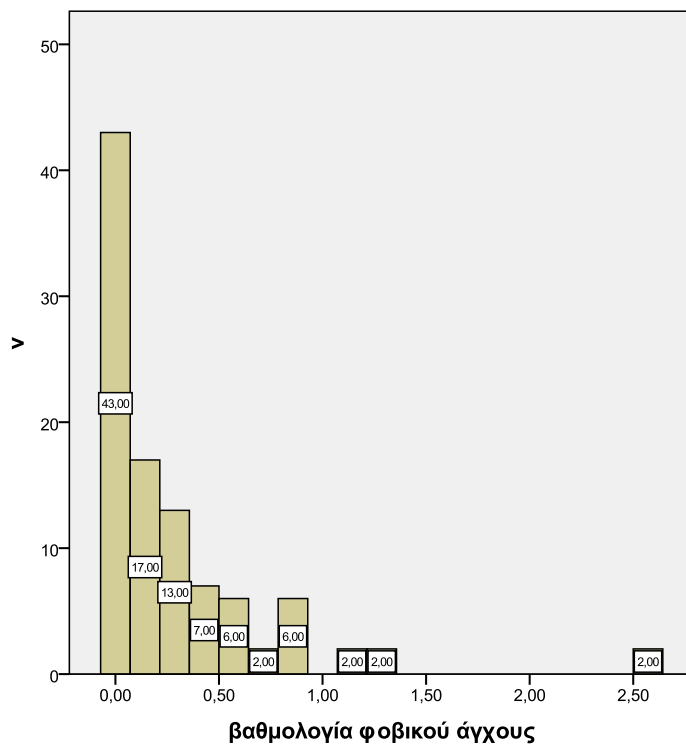


Γράφημα 6. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας παρανοειδούς ιδεασμού.

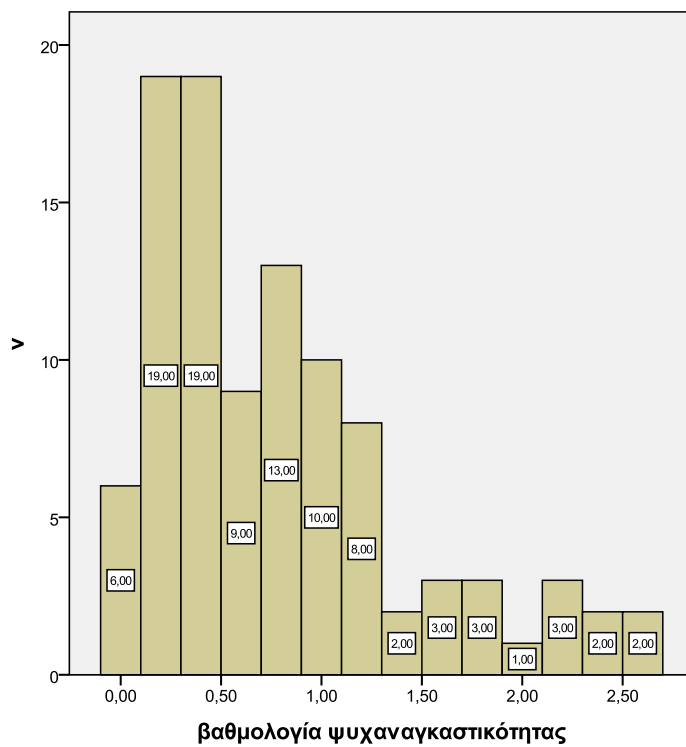


Γράφημα

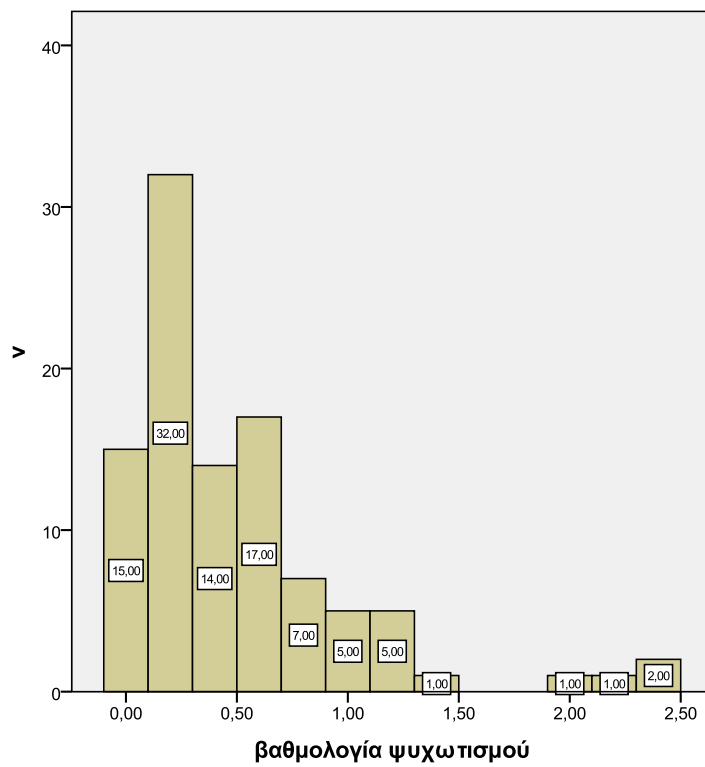
7. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας σωματοποίησης.



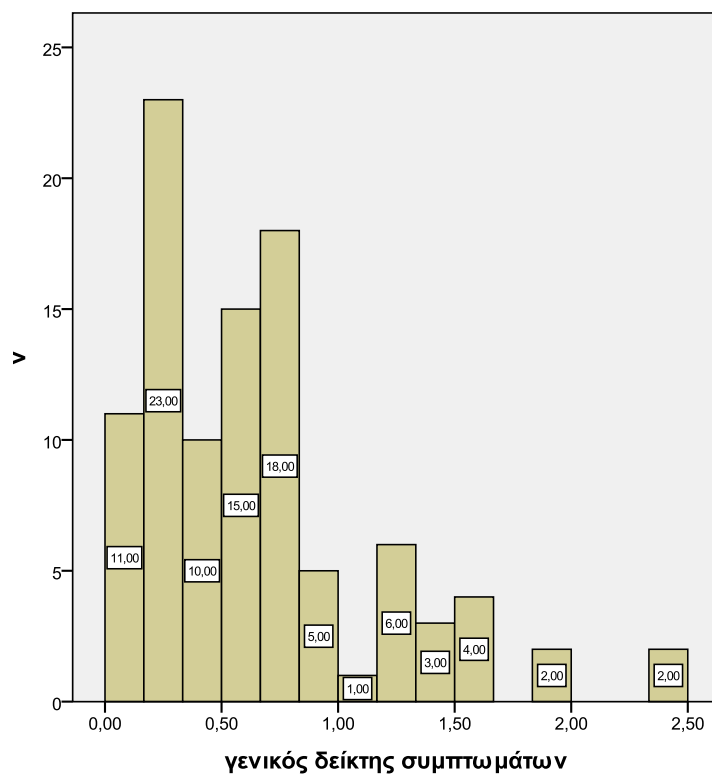
Γράφημα 8. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας φοβικού άγχους.



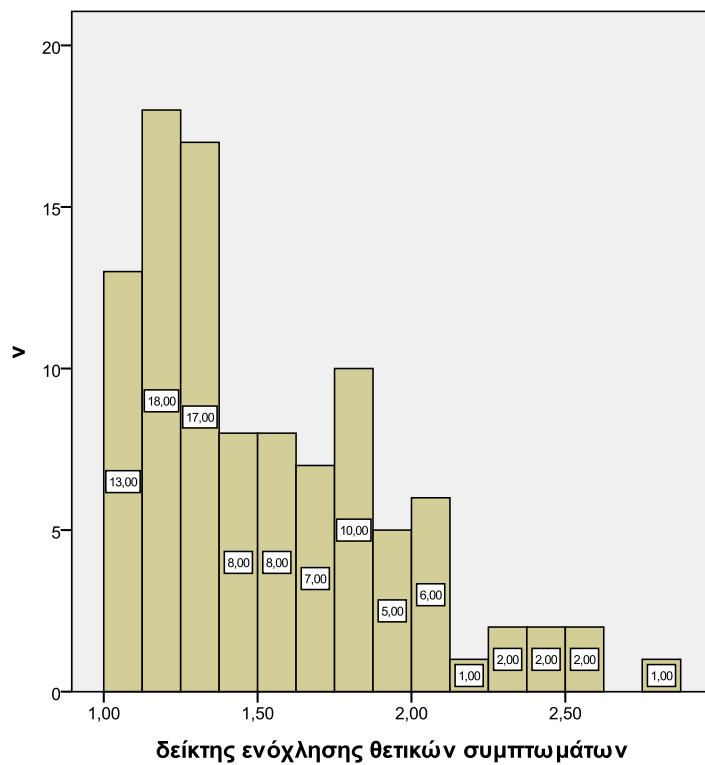
Γράφημα 9. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ψυχαναγκαστικότητας.



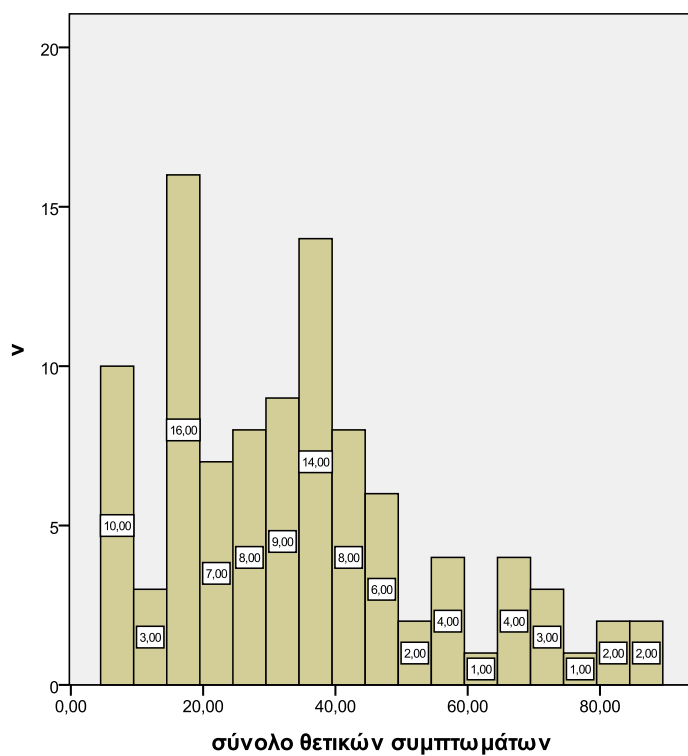
Γράφημα 10. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ψυχωτισμού.



Γράφημα 11. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.



Γράφημα 12. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.



Γράφημα 13. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων του συνόλου θετικών συμπτωμάτων.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία άγχους παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία άγχους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία άγχους	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,04^a
Γυναίκες	0,73	0,66	
Άνδρες	0,49	0,49	
Ηλικία	0,36 ^b		<0,001^b
Τόπος διαμονής			0,16^a
Εκτός Αθήνας	0,52	0,52	
Αθήνα	0,69	0,64	
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,60	0,61	
Έγγαμοι	0,64	0,61	
Παιδιά			0,5 ^a
Όχι	0,55	0,46	
Ναι	0,66	0,64	
Εργαζόμενοι			0,02^a
Όχι	0,93	0,77	
Ναι	0,52	0,49	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,13 ^γ		0,21 ^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,19 ^γ		0,05^γ

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας άγχους και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία άγχους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα	Τιμή p
----------------------	---------------	--------------	--------

		εμπιστοσύνης για τον b	
Ηλικία	0,02	0,01 έως 0,03	<0,001
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	0,32	0,10 έως 0,54	0,004
Εισόδημα	-0,08	-0,14 έως -0,02	0,007

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας άγχους.
- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία άγχους σε σχέση με τους άνδρες.
- Η μείωση του εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας άγχους.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 24% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας άγχους.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5 ^a
Γυναίκες	0,64	0,48	
Άνδρες	0,57	0,47	
Ηλικία	0,04 ^b		0,7 ^b
Τόπος διαμονής			0,16^a
Εκτός Αθήνας	0,52	0,48	
Αθήνα	0,66	0,47	
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,62	0,46	
Έγγαμοι	0,60	0,48	
Παιδιά			0,5 ^a
Όχι	0,66	0,52	

Ναι	0,59	0,47	
Εργαζόμενοι			0,006^a
Όχι	0,82	0,45	
Ναι	0,53	0,46	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,15 ^γ		0,1^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,18 ^γ		0,07^γ

^a έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας διαπροσωπικής ευαισθησίας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,27	0,06 έως 0,484	0,01

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 10% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία επιθετικότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία επιθετικότητας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία επιθετικότητας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^α
Γυναίκες	0,65	0,84	
Άνδρες	0,64	0,74	
Ηλικία	-0,03 ^β		0,8 ^β
Τόπος διαμονής			0,23 ^α
Εκτός Αθήνας	0,52	0,74	
Αθήνα	0,72	0,82	
Οικογενειακή κατάσταση			0,24 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,51	0,74	
Έγγαμοι	0,71	0,82	
Παιδιά			0,7 ^α
Όχι	0,60	0,87	
Ναι	0,66	0,77	
Εργαζόμενοι			0,5 ^α
Όχι	0,74	0,99	
Ναι	0,61	0,72	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,06 ^γ		0,5 ^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	0,01 ^γ		0,9 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας επιθετικότητας και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, δεν εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία κατάθλιψης παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική	Τιμή p
----------------	-----------------	--------	--------

	κατάθλιψης	απόκλιση	
Φύλο			0,07^a
Γυναίκες	0,82	0,61	
Άνδρες	0,59	0,59	
Ηλικία	0,26 ^β		0,009^β
Τόπος διαμονής			0,1^a
Εκτός Αθήνας	0,60	0,52	
Αθήνα	0,80	0,65	
Οικογενειακή κατάσταση			0,9 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,73	0,59	
Έγγαμοι	0,72	0,62	
Παιδιά			0,4 ^a
Όχι	0,64	0,53	
Ναι	0,75	0,63	
Εργαζόμενοι			0,001^a
Όχι	1,03	0,65	
Ναι	0,61	0,55	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,15 ^γ		0,1^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,24 ^γ		0,017^γ

^a έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας κατάθλιψης και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,02	0,01 έως 0,03	0,001
Γυναίκες σε σχέση με άντρες	0,28	0,05 έως 0,51	0,02
Εισόδημα	-0,09	-0,16 έως -0,03	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κατάθλιψης.
- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες.
- Η μείωση του εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κατάθλιψης.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 18% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κατάθλιψης.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8 ^a
Γυναίκες	0,85	0,69	
Άνδρες	0,82	0,69	

Ηλικία	-0,07 ^β		0,5 ^β
Τόπος διαμονής			0,3 ^α
Εκτός Αθήνας	0,74	0,62	
Αθήνα	0,89	0,73	
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,82	0,65	
Έγγαμοι	0,85	0,71	
Παιδιά			0,9 ^α
Όχι	0,84	0,68	
Ναι	0,84	0,69	
Εργαζόμενοι			0,05 ^α
Όχι	1,06	0,74	
Ναι	0,75	0,65	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,10 ^γ		0,2 ^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,10 ^γ		0,3 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας παρανοειδούς ιδεασμού και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,31	0,01 έως 0,61	0,046

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 3% της μεταβλητότητας της

βαθμολογίας παρανοειδούς ιδεασμού.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία σωματοποίησης παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία σωματοποίησης.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία σωματοποίησης	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Γυναίκες	0,86	0,75	
Άνδρες	0,71	0,73	
Ηλικία	0,40 ^β		<0,001 ^β
Τόπος διαμονής			0,08 ^α
Εκτός Αθήνας	0,64	0,59	
Αθήνα	0,89	0,81	
Οικογενειακή κατάσταση			0,9 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,80	0,72	
Έγγαμοι	0,80	0,76	
Παιδιά			0,1 ^α
Όχι	0,65	0,44	
Ναι	0,84	0,80	
Εργαζόμενοι			0,01 ^α
Όχι	1,11	0,96	
Ναι	0,69	0,62	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,13 ^γ		0,2 ^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,15 ^γ		0,1 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας σωματοποίησης και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματοποίησης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,02	0,01 έως 0,03	<0,001
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,40	0,11 έως 0,70	0,008
Κάτοικοι Αθήνας σε σχέση με κατοίκους εκτός Αθήνας	0,27	0,00 έως 0,54	0,049

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματοποίησης.
- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματοποίησης σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Οι κάτοικοι Αθήνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματοποίησης σε σχέση με τους κατοίκους εκτός Αθήνας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 22% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματοποίησης.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία φοβικού άγχους παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία φοβικού άγχους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία φοβικού άγχους	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5 ^α
Γυναίκες	0,32	0,37	
Άνδρες	0,26	0,55	
Ηλικία	0,27 ^β		0,007^β
Τόπος διαμονής			0,4 ^α
Εκτός Αθήνας	0,24	0,33	
Αθήνα	0,32	0,51	
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,33	0,39	
Έγγαμοι	0,27	0,49	
Παιδιά			0,8 ^α
Όχι	0,31	0,37	
Ναι	0,29	0,48	
Εργαζόμενοι			0,23 ^α
Όχι	0,38	0,39	
Ναι	0,26	0,48	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,14 ^γ		0,1^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	0,11 ^γ		0,1^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας φοβικού άγχους και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

Πίνακας 16. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία φοβικού άγχους.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,001 έως 0,02	0,024
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,16	-0,25 έως -0,06	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας φοβικού άγχους.
- Η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας φοβικού άγχους.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας φοβικού άγχους.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,05^a
Γυναίκες	0,83	0,71	
Άνδρες	0,60	0,51	
Ηλικία	0,06 ^b		0,5 ^b
Τόπος διαμονής			0,9 ^a
Εκτός Αθήνας	0,74	0,76	
Αθήνα	0,74	0,57	
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,76	0,67	
Έγγαμοι	0,73	0,63	
Παιδιά			0,4 ^a

Όχι	0,84	0,74	
Ναι	0,71	0,61	
Εργαζόμενοι			0,001^α
Όχι	1,07	0,75	
Ναι	0,61	0,55	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,21 ^γ		0,04^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,11 ^γ		0,3 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας ψυχαναγκαστικότητας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,45	0,18 έως 0,72	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 9% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ψυχαναγκαστικότητας.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ψυχωτισμού παρουσιάζονται στον πίνακα 19.

Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ψυχωτισμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία ψυχωτισμού	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2^a
Γυναίκες	0,51	0,50	
Άνδρες	0,38	0,48	
Ηλικία	0,19 ^b		0,05^b
Τόπος διαμονής			0,2^a
Εκτός Αθήνας	0,36	0,35	
Αθήνα	0,50	0,56	
Οικογενειακή κατάσταση			0,5 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,50	0,53	
Έγγαμοι	0,43	0,48	
Παιδιά			0,4 ^a
Όχι	0,54	0,57	
Ναι	0,43	0,48	
Εργαζόμενοι			0,04^a
Όχι	0,62	0,47	
Ναι	0,39	0,49	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,12 ^γ		0,2^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,18 ^γ		0,07^γ

^a έλεγχος t

^b συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ βαθμολογίας ψυχωτισμού και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20.

Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ψυχωτισμού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,15	-0,25 έως -0,05	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ψυχωτισμού.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 12% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ψυχωτισμού.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 21.

Πίνακας 21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία γενικού δείκτη συμπτωμάτων	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^a
Γυναίκες	0,71	0,50	
Άνδρες	0,55	0,51	
Ηλικία	0,25 ^b		0,01^b
Τόπος διαμονής			0,1^a
Εκτός Αθήνας	0,55	0,45	
Αθήνα	0,70	0,53	
Οικογενειακή κατάσταση			0,9 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	0,64	0,49	
Έγγαμοι	0,65	0,52	
Παιδιά			0,8 ^a
Όχι	0,62	0,47	
Ναι	0,65	0,52	
Εργαζόμενοι			0,002^a

Όχι	0,89	0,53	
Ναι	0,55	0,47	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,14 ^γ		0,1^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,20 ^γ		0,05^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ γενικού δείκτη συμπτωμάτων και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,00 έως 0,02	0,04
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,29	0,09 έως 0,51	0,006
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,11	-0,21 έως -0,01	0,04

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.
- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία του γενικού δείκτη συμπτωμάτων σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 17% της μεταβλητότητας του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 23.

Πίνακας 23. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2^α
Γυναίκες	1,57	0,44	
Άνδρες	1,46	0,36	
Ηλικία	0,18 ^β		0,07^β
Τόπος διαμονής			0,4 ^α
Εκτός Αθήνας	1,47	0,42	
Αθήνα	1,54	0,41	
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	1,48	0,42	
Έγγαμοι	1,54	0,42	
Παιδιά			0,2^α
Όχι	1,42	0,37	
Ναι	1,55	0,42	
Εργαζόμενοι			0,001^α
Όχι	1,74	0,49	
Ναι	1,44	0,35	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,08 ^γ		0,5 ^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,09 ^γ		0,4 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 24.

Πίνακας 24. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	0,30	0,12 έως 0,47	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 12% της μεταβλητότητας του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το σύνολο θετικών συμπτωμάτων παρουσιάζονται στον πίνακα 25.

Πίνακας 25. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το σύνολο θετικών συμπτωμάτων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία συνόλου θετικών συμπτωμάτων	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^a
Γυναίκες	37,7	20,2	
Άνδρες	30,6	20,2	
Ηλικία	0,20 ^b		0,04^b
Τόπος διαμονής			0,08^a
Εκτός Αθήνας	30,0	19,4	
Αθήνα	37,5	20,7	
Οικογενειακή κατάσταση			0,6 ^a

Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	36,2	22,2	
Έγγαμοι	34,1	19,7	
Παιδιά			0,7 ^α
Όχι	36,5	22,7	
Ναι	34,3	19,8	
Εργαζόμενοι			0,01^α
Όχι	42,9	18,9	
Ναι	31,7	20,2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,14 ^γ		0,2^γ
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)	-0,17 ^γ		0,09^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ συνόλου θετικών συμπτωμάτων και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το σύνολο θετικών συμπτωμάτων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Κάτοικοι Αθήνας σε σχέση με κατοίκους εκτός Αθήνας	8,3	0,3 έως 16,2	0,04
Άνεργοι σε σχέση με εργαζόμενους	10,1	18,9 έως 1,3	0,025
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,08	-0,14 έως -0,02	0,007

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι κάτοικοι Αθήνας είχαν περισσότερα θετικά συμπτώματα σε σχέση με τους κατοίκους εκτός Αθήνας.
- Οι άνεργοι είχαν περισσότερα θετικά συμπτώματα σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση του συνολικού αριθμού θετικών συμπτωμάτων.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας του σύνολου θετικών συμπτωμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να προσδιορίσει το άγχος και το φοβικό άγχος και τα χαρακτηριστικά των ψυχολογικών προβλημάτων, των καρδιολογικών ασθενών. Για τη διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων έγινε χρήση του S.C.L.-90-R .

Τα αποτελέσματα του S.C.L.-90-R των ασθενών μας επιβεβαιώνουν τις αρχικές μας υποθέσεις ότι δηλαδή οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν επιβαρυνμένο ψυχοπαθολογικό προφίλ. Από τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και από άλλες έρευνες σχετικά με την ψυχοπαθολογία των ατόμων που υποβάλλονται, σε επεμβατικές καρδιολογικές εξετάσεις (στεφανιογραφία, αγγειοπλαστική κ.α.) τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας προκύπτουν ιδιαίτερα υψηλά [102].

Η έρευνά μας επιβεβαίωσε τη διεθνή βιβλιογραφία. Ξεκινώντας από τους υψηλότερους μέσους όρους, διαπιστώσαμε ότι η κατάθλιψη βρίσκεται στην πρώτη θέση . Παρατηρώντας τους μέσους όρους της έρευνάς μας διαπιστώνουμε ένα έντονα ψυχοπαθολογικό προφίλ, αρκετά πάνω από τις φυσιολογικές τιμές .

Οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης;

Σε κάθε επιστημονική στατιστική ο σχολιασμός αρχίζει κλασσικά με την περιγραφή των αποτελεσμάτων σε σχέση με το φύλο. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών; Ναι! Φυσικά και υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως: α) στις ορμόνες αναπαραγωγής, β) στα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, και γ) στους διαφορετικούς κοινωνικούς και εργασιακούς

συντελεστές που επικρατούν στην σύγχρονη καθημερινότητα των δύο φύλων. Επίσης υπάρχουν διαφορές και στο βιολογικό και ανοσολογικό επίπεδο που αφορούν τόσο στα ποσοστά εμφάνισης των διαφόρων ασθενειών, όσο και στην ένταση και την πορεία τους. Στις παθήσεις που εμφανίζονται τέτοιες διαφορές ανήκουν και οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές του άγχους και της κατάθλιψης. Παρατηρούμε ότι η «απλή φοβία», η «κοινωνική φοβία» και η «γενικευμένη διαταραχή άγχους» είναι διπλάσιες στις γυναίκες, οι «κρίσεις πανικού» και η «αγοραφοβία» υπερτριπλάσιες, η δε «μετατραυματική διαταραχή στρες» δεν είναι μόνο διπλάσια σε σχέση με τους άνδρες, αλλά είναι και πολύ πιο έντονη και διαρκεί περισσότερο. Η έρευνα με τίτλο «Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers among healthy adults: The Attica Study» διεξήχθη από ειδικούς της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Α' Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Ψυχιατρικής) καθώς και του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου (Τμήμα Διατροφής - Διαιτολογίας) [103]. Σε αυτήν συμμετείχαν 453 άνδρες ηλικίας 19 ως 89 ετών, καθώς και 400 γυναίκες (18-84 ετών) από την Αττική. Οι ειδικοί διερεύνησαν τη σύνδεση μεταξύ του άγχους και ορισμένων δεικτών φλεγμονής ή πήξης (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, αμυλοειδές Α, ιντερλευκίνη 6, παράγοντας νέκρωσης των όγκων α, λευκά αιμοσφαίρια, ομοκυστεΐνη, ινωδογόνο), τα υψηλά επίπεδα των οποίων συνδέονται με πρόκληση προβλημάτων στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η βαρύτητα του θέματος αναδεικνύεται σε όλο το μεγαλείο της αν τα προηγούμενα ευρήματα συνδυαστούν με τις απαντήσεις σε ό,τι αφορούσε το άγχος. Μόλις το 12% των ανδρών και το 6% των γυναικών δήλωσαν ότι αισθάνονται σπάνια άγχος, ενώ την ίδια στιγμή το 46% των ανδρών και το 61% των γυναικών ανέφεραν ότι αισθάνονται άγχος αρκετές φορές, το 30% των ανδρών και 24% των γυναικών συχνά και το 12% των ανδρών και 9% των γυναικών πολύ συχνά. [103].

Στην έρευνα μας η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας άγχους. Το άγχος είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που βιώνουν ηλικιωμένα άτομα. Είναι το αποτέλεσμα σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Η ψυχολογική διάσταση του άγχους συνοδεύεται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, τρόμο, ταχυκαρδία, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία. Σε έρευνα του περιοδικού Interscientific Health Care (2009) Vol 1, Issue 2, 61-66 με τίτλο Άγχος

και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα βρέθηκε ότι οι αγχώδεις και οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν σοβαρό πρόβλημα στην Τρίτη Ηλικία, το οποίο συχνά υποεκτιμάται [104]. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα του άγχους και της κατάθλιψης σε μία ομάδα υπερηλίκων ασθενών που επισκέπτονται τα ΚΑΠΗ επαρχιακής πόλης. Σε 165 ηλικιωμένους επισκέπτες των ΚΑΠΗ, 20 γυναίκες και 121 άνδρες, και σε 20 ακόμα άτομα που αρνήθηκαν να συμπληρώσουν φύλο και ηλικία, διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds [105] για το άγχος και την κατάθλιψη. Συνολικά, 4 άτομα αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 75, 59 $\pm$ 6,29 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή συχνότητα και των δύο διαταραχών, σε ποσοστό σημαντικά υψηλότερο του γενικού πληθυσμού. Υπήρξε ελαφρά υπεροχή των γυναικών στη σοβαρότητα της διαταραχής, όχι όμως στατιστικά σημαντική. Επισημαίνεται η αυξημένη ανάγκη για παρέμβαση στους υπερήλικες σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ψυχαναγκαστικότητας σε σχέση με τους εργαζόμενους.

Η ανεργία είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας. Η απώλεια της εργασίας, φέρνει μεγάλες αλλαγές στη ζωή μας. Όταν χάνουμε τη δουλειά δε χάνουμε μόνο το εισόδημά μας αλλά τις προσωπικές σχέσεις στη δουλειά και την καθημερινή δομή. Στην ανεργία συνήθως δεν έχουμε μόνο την απώλεια του εισοδήματος και ασφάλειας. Έχουμε τα ίδια συναισθήματα που νιώθουμε όταν έχουμε ένα διαζύγιο ή θάνατο αγαπημένου προσώπου. Παρατεταμένο στρες που συνδέεται με απώλεια εισοδήματος μπορεί να προκαλέσει: κούραση, ανησυχία, υπέρ-επαγρύπνηση και βιασύνη, αύξηση των ποσοστών θανάτου, μεγάλα ποσοστά πανικού, κατάχρηση τοξικών ουσιών, σεξουαλική ανεπάρκεια, αύξηση στην κατάθλιψη και στις αυτοκτονίες, απώλεια προσωπικού ελέγχου, μείωση εμπιστοσύνης και προσωπικής επίδρασης, περιορισμό εξουσιοδότησης, αύξηση καρδιακών παθήσεων και καρκίνου, υποχονδρία και αύξηση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης στην παρούσα έρευνα η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση του συνολικού αριθμού θετικών συμπτωμάτων άγχους καθώς και οι κάτοικοι Αθήνας είχαν περισσότερα θετικά συμπτώματα σε σχέση με τους κατοίκους εκτός Αθήνας. Ο γρήγορος ρυθμός της σύγχρονης ζωής των μεγαλουπόλεων, το έντονο άγχος που διαβρώνει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές εργασίες τους, εμφανίζοντας δυσκολίες προσαρμογής, σε ένα μεγάλο

βαθμό μέσα από διαρκείς αλλαγές που συντελούνται σε όλους τους τομείς, οδηγούν σε τεράστια ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Συμπεράσματα -Προτάσεις

Αναμφίβολα τα παραπάνω αποτελέσματα της στατικής ανάλυσης δείχνουν πως το στρες υπάρχει έντονα στη ζωή των ανθρώπων και δει αυτών που συνδέονται με καρδιακά προβλήματα και θα πρέπει να υποβληθούν σε διαθερμική παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός, καθώς καλείται να ακούσει, να προστατέψει και να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε του ζητήσει βοήθεια. Αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία θα στηριχτούν οι μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας. Μπορούμε να παρέμβουμε παρέχοντας φροντίδα ώστε να βοηθήσουμε το άτομο στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης για την μείωση και την αποτελεσματική διαχείριση του στρες. Εμείς ως επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιολογούμε τις προσωπικές αντιλήψεις των ασθενών σε θέματα υγείας και να τους αντιμετωπίζουμε ανάλογα με τις ανάγκες τους. Σκοπός είναι ο άρρωστος να νιώθει ασφαλής και φιλικός απέναντι μας. Ο σημερινός νοσηλευτής συμμετέχει στην εξακρίβωση και στον εντοπισμό των προβλημάτων του ασθενή καθώς μοιράζεται μαζί του τις περισσότερες ώρες σε σχέση με κάθε άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο νοσηλευτής με την εμπλοκή του σε προγράμματα αγωγής υγείας, την άσκηση κοινοτικού νοσηλευτικού έργου, αλλά και την παροχή εκπαίδευσης υγείας στο ίδιο το άτομο που πάσχει, μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη του εμφράγματος στην ευρύτερη κοινότητα, αλλά και την αποφυγή των υποτροπών και των επιπλοκών στον εμφραγματία [106].

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος μαζί με το φοβικό άγχος είναι συναισθηματικά βιώματα που αποτελούνται από σύνθετες δυνάμεις, γνωστικές, βιολογικές και δυνάμεις συμπεριφοράς που ανακύπτουν ύστερα από αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους καθώς και το ψυχοπαθολογικό προφίλ ασθενών με στεφανιαία νόσο που θα προσέλθουν στο Π.Γ.Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας

Υλικό & Μέθοδος: Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 100 ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε διαδέρμικη παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο της κλίμακας ελέγχου συμπτωμάτων S.C.L.-90-R. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 100 ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε διαδέρμικη παρέμβαση στα στεφανιαία αγγεία. Η μέση ηλικία ήταν 53,5 έτη και η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (58%) που διαμένουν εκτός Αθήνας (63%). Επιπλέον, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (69%) με παιδιά (78%) και εργαζόμενοι (73%). Οι μισοί ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ ΤΕΙ), ενώ το 63% είχε μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 601-1500€. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ☐ Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας άγχους.
- ☐ Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία άγχους σε σχέση με τους άνδρες.
- ☐ Η μείωση του εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας άγχους.
- ☐ Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία διαπροσωπικής ευαισθησίας σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- ☐ Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κατάθλιψης.
- ☐ Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες.
- ☐ Η μείωση του εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κατάθλιψης.

- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία παρανοειδούς ιδεασμού σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματοποίησης.
- Οι άνεργοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματοποίησης σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Οι κάτοικοι Αθήνας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματοποίησης σε σχέση με τους κατοίκους εκτός Αθήνας
- Οι κάτοικοι Αθήνας είχαν περισσότερα θετικά συμπτώματα σε σχέση με τους κατοίκους εκτός Αθήνας.
- Οι άνεργοι είχαν περισσότερα θετικά συμπτώματα σε σχέση με τους εργαζόμενους.
- Η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετιζόταν με αύξηση του συνολικού αριθμού θετικών συμπτωμάτων

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συμπεραίνεται ότι το προφίλ των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι αρκετά επιβαρυνμένο. Το φύλο, η ηλικία, η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου καθώς και όσοι διαμένουν εκτός Αθηνών έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους.

ABSTRACT

Introduction: The anxiety with the anxiety of fear are sentimental experiences which are composed by composite powers conscientious, biological and powers which determine the behavior. All the kinds of these powers are the result of the interaction between the person and the habitat.

Purpose: Of this survey is to investigate the levels of anxiety and anxiety of fear while the psychological and pathological figure of patients who ail by the coronary disease syndrome and at the part they are hospitalized at the cardiologic department of Asclepius hospital.

Material and the method: The population which is investigated, contains 100 patients who undergo at transferal operation at coronary rasculars. For the collection of datas, is used the psychometric tool of the control scale about the symptoms S.C.L-90- R. The analysis of data, is realized with the help of statistic packet about the sociological sciences. IBM. SPSS 21.0 (Statistical Package for social sciences.)

Results: The population which is examined includes 100 patients who they put themselves at trandermal operation at coronary vessels. The average of age (GPA)

was 53,5 and the majority of patients were women (58%) who the place of their residence is out of Athens at province. Moreover, the biggest part of the examined patients were married (69%) with kids (78%) and have their job (73%). The half of them at the past, they have finished university and one percentage of 63% has monthly income for its family between 601- 1500 euro. According to the results of multivariate linear regression arise the following :

- The augmentation of age which interrelation with the augmentation of stress grading.
- The women have biggest scale – score of stress concerning the men
- The reduction of income concerning with the augmentation of stress grading
- The unemployed people disposed bigger score of interpersonal sensibility in connection with the person who have their employment.
- The augmentation of age leading to the presentation of depression more often
- The women have higher score of depression concerning the men
- The reduction of income leading to the augmentation at score of depression
- The unemployed people have higher score of paranoid idiom in connection with the people who work. The augmentation of stage related with the augmentation at score of corps/ body / somatization.
- The people without job disposed bigger scale of body/ corps/ somatization as compared with the people with job.
- The residents of Athens had higher grade of body/ corps/ somatization in comparison with the residents of province. The residents of Athens have more positive symptoms.
- The unemployed people have more positive symptoms against those people who work.
- The decrease of educational level is connected with the aggrandizement of the over all positive symptoms.

Conclusions: From the results of this study was arised that the profile of patients with coronary disease, is very burdened .The sex, the age, the unemployment. The reduction of income , the decrease of educational level and the fact that those who live out of Athens, they disposed very high level of anxiety – stress and anxiety fear.

1. World Health Organization. Cardiovascular Diseases fact sheet number 17. Updated January 2015 Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Last accessed 7 March 2016.
2. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome.
3. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001.
4. Lader M, Marks I. Clinical anxiety-The handbook of Clinical Adult Psychology.
5. Kawachi I, Colditz G, Ascherio A, Rimm E, Giovannucci E, Stampfer M, et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 1994.
6. Blumenthal J, Feger B, Smith P, Watkins L, Jiang W, Davidson J, et al. Treatment of Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease: Rationale and Design of the UNWIND Randomized Clinical Trial. *Am Heart*.
7. Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*.
8. Chou R, Arora B, Dana T, Fu R, Walker M, Humphrey L. Screening Asymptomatic Adults for Coronary Heart Disease With Resting or Exercise Electrocardiography: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 88. AHRQ Publication No. 11-05158-EF.
9. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. Stable Coronary Artery Disease (Management of) ESC Clinical Practice Guidelines Reference.
10. Khonsari S, Subramanian P, Chinna K, Latif L, Ling L, Gholami O. Effect of a reminder system using an automated short message service on medication adherence following acute coronary syndrome. *Eur J Cardiovasc*.
11. Reus V, Fochtmann L, Bucstein O, Eyler E, Hilty D, Horvitz M, et al. APA Official Work Group on Psychiatric Evaluation. The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults The American Journal of Psychiatry in 2015 (doi: 10.1176/appi.ajp.2015.1720501). Third Edition .
12. Φούσας Σ, Μανώλης Α. Επιπλοκές αγγειοπλαστικής. Επεμβατική καρδιολογία. σελ 59-64 Λίτσας Αθήνα 1995.
13. Hahalis G, Tsigkas G, Xanthopoulou I, Deftereos S, Ziakas A, Raisakis K, et al. Transulnar compared with transradial artery approach as a default strategy for coronary procedures: a randomized trial. The transulnar or transradial

- Instead of Coronary. Tranfermoral Angiographies Study. Circ Cardiovasc Interv. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
14. ESC guidelines desk reference cardiovascular medicine .Ενότητα IV: Στεφανιαία νόσος, σελ 53- 105. Ενότητα XIII: Έμφραγμα του μυοκαρδίου σελ 313-319. Συγκεντρωτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες 2010, Κεφάλαιο 2- Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου σε ασθενείς που εμφανίζουν ανάσπαση του ST διαστήματος, Ελληνική Μετάφραση [https:// cycardio .files.wordpress.com/2015/06/esc-guidelines-2010-metafrasi-ceb5cebaceb 5-book-web.pdf](https://cycardio.files.wordpress.com/2015/06/esc-guidelines-2010-metafrasi-ceb5cebaceb5-book-web.pdf).
 15. Thomas J, David F, Corcoran B Fox KAA. Acute coronary syndromes: presentation-clinical spectrum and management. Heart 2000;84:93-100. Coronary artery disease: physiology and prognosis European Heart Journal, Volume 38, Issue 25, 1 July 2017, Pages 1990 – 1992, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx226> , Published: 26 May 2017.
 16. Λεμπιδάκης Δ, Λουλακάκης Μ, Χαμηλός Μ, Σκαλίδης Ε. Στεφανιαία νόσος: Ένας κατά συρροή δολοφόνος ζει δίπλα μας. [http://www.hcs.gr](http://www.hcs.gr/default.aspx) /default.aspx page 37.
 17. Κότσαλου Ε, Κότσαλος Α, Αναστασάκη Α, Δημακόπουλος Ν και Ζακόπουλος Ν. Συχνότητα στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 χωρίς στηθαγγχικά ενοχλήματα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2012 11 (3), 453-467.
 18. Πολυκανδριώτη Μ.. Ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Βήμα Ασκληπιού 9 2010 σελ 395-397.
 19. Ridker P, Cook N, Lee I, Gordon D, Gaziano J, Manson J, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. N Engl.
 20. Βουγιούκα Κ, Καπάδοχος Θ. Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο στους ηλικιωμένους ασθενείς. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 14, Τεύχος 1 (Ιανουάριος - Μάρτιος 2015).
 21. Πίτσαβος Χ, Παναγιωτάκος Δ, Στεφανάδης Χ. Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Εκδόσεις Κωστάκη.
 22. Στεφανάδης Χ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδόσεις Πασχαλίδη.
 23. Ελισάφ Μ, Πίτσαβος Χ, Λυμπερόπουλος Ε, Τζιόμαλος Κ, Αθυρος Β. Αναθεωρημένες Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση των Δυσλιπιδαιμιών. Ελληνική Επιθεώρηση Αθηροσκλήρωσης.
 24. Reiner Z, Alberico L, Catapano , Backer G, Graham I, Taskinen M, et al. ESC/ EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias European Heart Journal (2011) 32, 1769–1818 doi:10.1093/eurheartj/ehr158.
 25. Ρίχτερ Δ. Λοιποί παράγοντες κινδύνου. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2000.
 26. Βενετίκου Μ. «Νευροφυσιολογία της πρόσληψης τροφής-Ενότητα 7». Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2014. Διαθέσιμο από τη δικτυακή διεύθυνση: ocr.teiath.gr.
 27. Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία «Η Πρόληψη της Στεφανιαίας νόσου στην Κλινική Πράξη». Ελληνική καρδιολογική Επιθεώρηση, 43, 1-2, 2002.

28. Φούρα Γ. Παθητικό κάπνισμα -Ας προστατέψουμε τα παιδιά μας. Στους ρυθμούς της καρδιάς 2005.
29. Πισσαρίδης Μ. Η υπέρταση. Καρδιά και αγγεία. 2006.
30. Λαμπαδιάρη Β, Δημητριάδης Γ. Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακά νοσήματα. Νεότερα δεδομένα για την παθογένεια και τη θεραπεία. Εξελίξεις στην καρδιολογία 2007. Προοπτικές 2008 σελ 170-174.
31. Λιάπης Σ, Κατσιλάμπρος Ν. Επιδράσεις της παχυσαρκίας στη δομή και τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Καρδιά και αγγεία 2006.
32. Χριστοπούλου-Κόκκινου Β. Η ομοκυστεΐνη ως παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών νόσων και θρομβώσεων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001.
33. Ρίχτερ Δ. Λοιποί παράγοντες κινδύνου. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση 2000. Τόμος Γ53-Γ57.
34. Βαρδής, Π, Γουδέβενος Ι, Ελισάφ Μ. Βασική Κλινική Καρδιολογία. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 2005.
35. Μπροκαλάκη Η, Φώτος Ν, Παπανουδάκη Ε, Γαλάνης Π, Γιακουμιδάκης Κ. & Ελευσινιώτης Γ. Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας. Νοσηλευτική 2012; 47 73-82. Διατίθεται στο: http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=213.
36. Thygesen K, Alpert J, Jaffe A, Maarten L, Bernard R, Harvey D, et al. Third universal definition of myocardial infarction. European Heart Journal 2012, 33, 2551–2567.
37. Gazes PC. Clinical cardiology. Chapman and Hall. New York 1997, 4η Guidance on the use of coronary artery stents. Technology Appraisal 71. National Institute for Health and Clinical Excellence.
38. Fox KAA. Acute coronary syndromes: presentation-clinical spectrum and management. Heart 2000 ; 84:93-100.
39. Margolis J, Kannel W, Feinleib M. Clinical features of unrecognized myocardial infarction: 18 year follow-up, the Framingham Study. Am J Cardiol 1973; 32:1-7
40. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, Belder M, Knot J, Aaberge L, et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction.
41. Steg P, James S, Atar D, Badano L, Lundqvist C, Borger M, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart.
42. Thygesen K, Alpert J, Jaffe A, Simoons M, Chaitman B. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart.
43. Mandelzweig L, Battler A, Boyko V, Bueno H, Danchin N, Filippatos, et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004.
44. Savonitto S, Ardissino D, Granger C, Morando G, Prando M, Mafrici A, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndromes.

45. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*.
46. Norris R, Bensley K, Caughey D, Scott P. Hospital mortality in acute myocardial infarction.
47. Luepker R, Raczynski J, Osganian S, Goldberg R, Finnegan J, Hedges J, et al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease: The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Trial. *JAMA* 2000; 284:60–67.
48. Διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/stefaniaia_emfragma_diagnos.html.
49. Bayes de Luna A. Clinical electrocardiography: A textbook. Futura Publishing Co, Inc, Mt Cisco, Νέα Υόρκη, 1993; σελ. 298-300.
50. Mehta S, Eikelboom J, Natarajan M. Impact of right ventricular involvement on mortality and morbidity in patients with inferior myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*.
51. Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ ΑΕ). Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και θεραπεία του Εμφράγματος του Μυοκαρδίου, Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας, Αθήνα 2012. [http://www.ifet.gr/guidelines/Guidelines images/coronary.pdf](http://www.ifet.gr/guidelines/Guidelines%20images/coronary.pdf).
52. Borja I, Stefan J, Stefan A, Manuel J, Chiara B, Héctor B, et al. ESC Guidelines 2017 for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>, Published: 26 August 2017.
53. ESC guidelines desk reference cardiovascular medicine. Συγκεντρωτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες 2010. Κεφάλαιο 2. Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου σε ασθενείς που εμφανίζουν ανόσπαση του ST διαστήματος. Ελληνική Μετάφραση. Προνοσοκομειακή θεραπευτική αντιμετώπιση [http://www.escardio.org/ Guidelines Clinical-Practice-Guidelines.Πρόσβαση 17 Δεκεμβρίου 2017](http://www.escardio.org/GuidelinesClinical-Practice-Guidelines.Πρόσβαση 17 Δεκεμβρίου 2017).
54. Κυπαρίσση Μ. Οξεία Στεφανιαία Σύνδρομα ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ [https://anesthesia.gr/download/TOMOS -12/tefhos 24/7.pdf](https://anesthesia.gr/download/TOMOS-12/tefhos%2024%2F.pdf).
55. Μαλαμή Δ, Λυμπέρη Β. Η Αντιμετώπιση των Οξέων Στεφανιαίων Συνδρόμων, σήμερα στη Νοτιοδυτική Ελλάδα *Hospital Chronicles* 2012, Volume 7, Supplement 1: 20–25 έκδοση, σελ. 114-1251.
56. Antman E, Anbe D, Armstrong P, Bates E, Green L, Hand M, et al. Executive summary: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction).

57. Boersma E.Primary Coronary Angioplasty vs.Thrombolysis Group. Does time matter? A pooled analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital brinolysis in acute myocardial infarction patients.Eur Heart.
58. Keeley E,Boura J,Grines L. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials.
59. Τσιάμης Ε,Τούτουζας Κ,Στεφανάδης Χ.Οξεία Ισχαιμικά Σύνδρομα.Παθήσεις της Καρδιάς,σελ. 194-252.
60. Silber S,Albertsson P,Avilés F,Camici P,Colombo A,Hamm C,et al.Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology.The Task force for percutaneous coronary intervention of the European Society of Cardiology. Guidelines for percutaneous coronary interventions.Eur Heart. .
61. Pipilis A,Andrikopoulos G,Goudevenos J.Strategic Steps to Improve Reperfusion in Acute Myocardial Infarction in Greece.Hellenic J Cardiol 49 (3), 123-124. May-Jun 2008.
62. Zijlstra F,Hoorntje J,De Boer M.Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction.
63. Tarantini G,Napodano M,Turrini P,Ramondo A,Daliento L,Nava A,et al. Three-dimensional electroanatomic voltage mapping increases accuracy of diagnosing arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy /dysplasia. Circulation.
64. Δασκαλόπουλος Θ,Ψυχίατρος«ΑΓΧΟΣ - ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ»Διαδικτυακή σελίδα:
http://psigr.tripod.com/menu_anxiety.html.
65. Έντβαρτ Μουνκ,Η Κραυγή,1893,Όσλο,Nasjonalgalleriet. Από τη Βικιπαίδεια,την ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BD%CF%84%CE%B2%CE%B1%CF%81%CF%84_%CE%9C%CE%BF%CF%85%CE%BD%CE%BA.
66. Omato J,Hand M.Warning signs of a heart attack.
67. Pfisterer M.Right ventricular involvement in myocardial infarction and cardiogenic shock.
68. Pitsavos C,Panagiotakos D, Papageorgiou C, Tsetsekou E, Soldatos C, Stefanadis C. Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study. Atherosclerosis
69. APA Work Group on Psychiatric Evaluation.The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults.The American Journal of Psychiatry in 2015 (doi: 10.1176/appi.ajp.2015.1720501).Third Edition .
70. Τσαρουχά Σ.«Σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας που αφορούν στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων- άγχους (ANXIETY) »
http://www.nursingcareplans.gr/nursingcareplans/wpcontent/uploads/2015/05/17_ANXIETY.pdf.
71. WHO,2001World Health Report-Mental Health-New Understanding-New hope.3.

72. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Από την προκατάληψη στη συμβίωση, Αθήνα 2001.
73. Kessler R,Berglund P,Demler O,Jin R,Merikangas K,Walters E.Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry.
74. Αυγουστάτος Γ«Επιδημιολογία των αγχωδών διαταραχών»
http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/04/blog-post_2049.html.
75. Washington DC.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition,Text Revision).American Psychiatric Association 2000.
76. Ballenger J.Consensus statement on generalised anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry.
77. Wittchen H,Kessler R,Beesdo K,Krause P,Hofler M,Hoyer J.Generalised anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management J Clin Psychiatry.
78. Lieb R,Becker E,Altamura C.The epidemiology of generalised anxiety disorder in Europe. Euro Neuropsychopharm.
79. Sadock B,Sadock V.Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 1. 7th ed. Philadelphia,PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
80. Kessler RC.The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder the ICPE surveys. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Psychol.
81. Julian L.Measures of Anxiety. Arthritis Care & Research.2011
82. Καλπάκογλου Θ. – Άγχος και Πανικός, Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία.Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
83. Science Wiki,Φόβος
<http://el.science.wikia.com/wiki/%CE%A6%CF%8C%CE%B2%CE%BF%CF%82>.
84. Τζελέπη Ε.Φοβίες,2008.Psychology net..Διαθέσιμο από:
<http://www.psychologynet.gr/article.php?item=61> .
85. ΜητσοπούλουΤ,(2013).ΑΓΧΟΣ:Φοβίες (ή φοβικές διαταραχές). Θέση, [internet].Διαθέσιμο από:
<http://www.thesy.gr/thesy/%CE%B5%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%AF%CE%B1-%CE%B1%CE%AF%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CF%83%CE%B7%CF%82%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%8D%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF/>.
86. Αλεβίζος Β.Άγχος.Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις.Εκδ.Βήττα, Αθήνα, 2008.
87. Κουτελέκος Ι.Άγχος και χειρουργική επέμβαση.Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.
88. Σολδάτος Κ.Άγχος και κατάθλιψη:Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική.25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο,2005 περίληψη.
89. Σεφεριάδης Δ «Ψυχοθεραπεία σε οργανικές νόσους»,ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ,Διαδικτυακή σελίδα:http://www.dimseferiadis.com/index.php?option=com_content&task=view&id=94 &Itemid=117.

90. Brown E.H Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία.Επιμέλεια:Κυρίτση Ελένη, Εκδ., Λαγός, Αθήνα,2009.
91. Σολδάτος Κ.Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική. Πρακτικά 25ου Ιατρικού Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεί Αθηνών, Αθήνα 1999, σελ.103-109.
92. Schroder K,Voller H,Dingerkus H,Munzberg H,Dissman R,Linderer T. Comparison of the diagnostic potential of four echocardiographic stress tests shortly after acute myocardial infarction: submaximal exercise, transesophageal atrial pacing,dipyridamole, and dobutamine-atropine.The American Journal of Cardiology.1996, Vol 77 Supp 11, pp 909-914.
93. Freeman L,Nixon P.Emotional state and coronary artery disease: a literature Review. Holistic, pp145-154.
94. Manuck S.The pathogenicity of behaviour and its neuroendocrine mediation: an example from coronary artery disease.Psychosom.
95. Duits A,Boeke S,Taams M.Prediction of quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery a review and evaluation of multiple, recent studies.Psychosom.
96. Ζέρβας Γ.Αγχώδεις διαταραχές.Μέσα στο συγγ. Σολδάτος Κ.Λύκουρας. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Τόμος Α΄, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα,2007.
97. Steptoe A,Brydon L.Emotional triggering of cardiac events. Neurosci Biobehav Rev 2009, Vol 33, Supp 2 pp 63-70.
98. Barlow D.Anxiety and its disorders:The nature and treatment of anxiety and panic.New York,NY:Guilford Press.1988
99. Ντώνιας Σ,Καραστεργίου Α & Μάνος, Ν.Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική,2,42-48.
100. Derogatis L.SCL-90-R:Administration, scoring and procedures Manual-II for the revised version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale series. Townson, MD: Clinical Psychometric Research,1992.
101. Framingham J.Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) <https://psychcentral.com/lib/minnesota-multiphasic-personality-inventory-mmipi/> .
102. Douglas S,Daly B,Kelley C,O'Toole E,Montenegro H.Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use after a Disease Management Intervention. Am J Crit Care. 2007, Vol 16, Supp 5, pp 447-457.
103. Pitsavos C,Panagiotakos D,Papageorgiou C,Tsetsekou E,Soldatos C, Stefanadis C.Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study.Atherosclerosis.
104. Ρούπα Ζ,Τάτσιου Ι,Τσικλιταρά Α,Κουλούρη Α,Νίκας Μ,Μπισκίνη Ι και συν.Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα Interscientific Health Care 2009; 61-66 .
105. Bedford A,Deary J.THE PERSONAL DISTURBANCE SCALE (DSSI/sAD): DEVELOPMENT, USE AND STRUCTURE.Person.individ. Of5 Vol. 22, No. 4, pp. 493-510, 1997.

106. Χατζηπαλής Ε. Έμφραγμα Μυοκαρδίου. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 2008.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία.....

ΟΔΗΓΙΕΣ Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενοχλήση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Πρέπει να βάλετε σε κύκλο **μόνον** έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από: 1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάστε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή στημένητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεστε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζεστή ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρική/ότητα όταν μένετε μόνος/η;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος/η ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4