

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
Α΄ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ  
ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ**

**ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

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

Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗ ΧΡΗΣΤΟΥ

## Εξεταστική Επιτροπή

- ..... , Επιβλέπων
- .....
- .....

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

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία τ. Κ... ..... με τίτλο : "Η Αξιολογηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια" είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

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) \_\_\_\_\_
- ..

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Εισαγωγή	1
	<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1	Άγχος	4
1.1.	Αξιολόγηση του άγχους	6
1.2.	Θεραπεία άγχους	7
2	Κατάθλιψη	10
2.1.	Θεραπεία κατάθλιψης	13
3	Ποιότητα ζωής	17
3.1.	Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	21
3.2	Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής	24
4	Καρδιακή ανεπάρκεια	27
	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
	Σκοπός	
1	Υλικό και μέθοδος	38
2	Αποτελέσματα	42
3	Συζήτηση αποτελεσμάτων	64
	Συμπεράσματα	81
	Περίληψη ελληνική	83
	Περίληψη αγγλική	84
	Βιβλιογραφία	85
	Παράρτημα	104

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χρόνια νοσήματα, κυρίως εκείνα που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια συνεπάγονται πολλές και σημαντικές σωματικές, ψυχοκοινωνικές αλλαγές όπως επίσης αλλαγές του τρόπου ζωής που συχνά πυροδοτούν την εκδήλωση διαταραχών από την ψυχική σφαίρα.<sup>1,2,3</sup>

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται σημαντικά με την καρδιακή ανεπάρκεια.<sup>3</sup> Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κυμαίνεται από 30% έως 50%. Ο συνδυασμός άγχους-κατάθλιψης και καρδιακής ανεπάρκειας επιφέρει πλήθος αρνητικών επιπτώσεων στη ζωή των ασθενών, όπως αδυναμία συμμόρφωσης προς τη θεραπευτική αγωγή, ανικανότητα αντιμετώπισης συμπτωμάτων από τη σωματική διάσταση της νόσου, αποτυχία πρόληψης επιπλοκών,<sup>2</sup> αύξηση θνησιμότητας, αύξηση του κόστους νοσηλείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και τέλος φτωχότερη ποιότητας ζωής.<sup>3,4,5</sup>

Η καρδιακή ανεπάρκεια προσβάλλει περίπου 6,6 εκατομμύρια Αμερικανούς άνω των 18 ετών και 15 εκατομμύρια ασθενείς σε 51 χώρες που εκπροσωπούνται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας. Επαναλαμβανόμενες νοσηλείες συμβαίνουν περίπου στα μισά από τα άτομα μέσα σε 6 μήνες μετά την αρχική εισαγωγή ενώ συννοσηρότητα συνήθως συνυπάρχει σε αυτούς τους ασθενείς. Πράγματι, η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας, που αναμένεται να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.<sup>6</sup>

Η θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της πρόγνωσης. Ένας άλλος εξίσου σημαντικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή των πασχόντων προκειμένου να επιτευχθεί το υψηλότερο επίπεδο στην ποιότητα της ζωής εντός βέβαια των συγκεκριμένων περιορισμών που επιβάλλονται από την ασθένεια.<sup>2</sup>

Πλήθος παραγόντων υπονομεύουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι τα σωματική και γνωστική

εξασθένιση, τα προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της νόσου. Η επίδραση άλλων μεταβλητών στην ποιότητα ζωής όπως νευροχημικοί παράγοντες και οι κυτοκίνες, είναι προς το παρόν ασαφείς. Ανάλογα με τον βαθμό της υποκείμενης ευαλωτότητας, οι ανωτέρω παράγοντες είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αίσθημα απόγνωσης- αβοηθητότητας, κατάθλιψης και συνεπώς σε φτωχή ποιότητα ζωής.<sup>2</sup>

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, εφαρμόζονται διάφορα εργαλεία, εκ των οποίων το επικρατέστερο είναι η Minnesota Questionnaire. Το κυριότερο μειονέκτημα είναι ότι, οι μετρήσεις είναι δύσκολο να συγκριθούν σε άλλες ασθένειες και με τον γενικό πληθυσμό επειδή έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση συγκεκριμένων πτυχών της συγκεκριμένης ασθένειας.<sup>2</sup>

**Σκοπός** της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη το πρώτο που περιλαμβάνει την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το άγχος, την κατάθλιψη, την καρδιακή ανεπάρκεια και την ποιότητα ζωής και το δεύτερο μέρος που αποτελείται από το σκοπό της μελέτης, το υλικό, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1. ΆΓΧΟΣ

Το άγχος με βάση την Αρχαία Ελληνική γλώσσα προέρχεται από το ρήμα άγχω που σημαίνει σφίγγω, πνίγω, στραγγαλίζω. Αποτελεί μια ψυχοσωματική κατάσταση κατά την οποία το άτομο νιώθει πίεση, φόβο, ανησυχία, κ.α.

Το άγχος ταξινομείται σε φυσιολογικό και παθολογικό. Στην πρώτη περίπτωση είναι εποικοδομητικού χαρακτήρα διότι βοηθά το άτομο να οργανωθεί καλύτερα προκειμένου να αντιμετωπίσει έναν επερχόμενο κίνδυνο ενώ αντιθέτως στη δεύτερη περίπτωση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως "καταστροφικό" διότι είναι υψηλής και παρατεταμένης έντασης ενώ παράλληλα παρακωλύει τη λειτουργικότητα του ατόμου.<sup>7,8,9</sup>

Ως προς το βιολογικό υπόστρωμα το άγχος φαίνεται ότι πηγάζει από τον υποφλοιώδη ή πρωτόγονο εγκέφαλο και συγκεκριμένα από το μεταιχμιακό σύστημα. Το μεταιχμιακό σύστημα περιβάλλεται από τον εγκεφαλικό φλοιό και αποτελείται από τον θάλαμο, την αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο και τον υποθάλαμο. Το μεταιχμιακό σύστημα παίζει ρόλο στην κινητοποίηση του ατόμου, το συναίσθημα και τη μνήμη όπως επίσης μεταβιβάζει ερεθίσματα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η διέγερση του συμπαθητικού (τμήμα του αυτόνομου νευρικού συστήματος) παράγει συμπτώματα που γίνονται αντιληπτά ως άγχος. Από το μεταιχμιακό σύστημα, τα νευρικά σήματα μεταβιβάζονται στον εγκεφαλικό φλοιό. Στις συνειρμικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, το άτομο σχηματοποιεί σκέψεις γύρω από το άγχος. Με αυτόν τον τρόπο, συναισθήματα, βιολογικές αποκρίσεις του οργανισμού και σκέψεις αποτελούν μέρος της εμπειρίας του άγχους.<sup>10</sup>

Ο φόβος διαφέρει από το άγχος και προσφέρει πλεονέκτημα όσον αφορά την επιβίωση. Όταν ένα άτομο βλέπει έναν κροκόδειλο, ο φόβος τον παρακινεί να απομακρυνθεί. Αντιθέτως, το άγχος δεν είναι τόσο εστιασμένο και δεν οφείλεται σε κάτι πραγματικό. Ακόμα και όταν το άτομο γνωρίζει την πηγή άγχους, η ένταση του αισθήματος δυσφορίας συνήθως δεν αντιστοιχεί στον πραγματικό κίνδυνο. Το άγχος και ο φόβος συνοδεύονται από την ίδια βιολογική απόκριση του οργανισμού, που περιλαμβάνει διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η οποία είναι:<sup>10</sup>

- Αυξημένη καρδιακή συχνότητα
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Μυδρίαση
- Ψυχρό δέρμα
- Ανόρθωση τριχών
- Μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος

Οι κυριότερες αγχώδεις διαταραχές με κοινό χαρακτηριστικό το άγχος είναι οι εξής :<sup>10</sup>

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία χωρίς Διαταραχή Πανικού
- Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή από Οξύ Στρες
- Διαταραχή Άγχους οφειλόμενη σε σωματική πάθηση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες

Η αιτιολογία του άγχους θεωρείται ότι αποτελεί συνδυασμό παραγόντων. Αναλυτικότερα, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν γενετικό υπόστρωμα, το οποίο επιβεβαιώνεται από μελέτες διδύμων και οικογενειών καθώς και άλλες γενετικές μελέτες. Η κληρονομικότητα δεν αποτελεί την αποκλειστική αιτιολογία των αγχώδων διαταραχών. Οι εμπειρίες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και η επιστήμη διερευνά ακόμα τον τρόπο με τον οποίον το γονιδίωμα κι οι εμπειρίες αλληλεπιδρούν στις αγχώδεις διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανό να συνυπάρχουν με άλλες νοσηρές καταστάσεις, όπως με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή σωματικά νοσήματα.<sup>10</sup>

Από συμπεριφορική σκοπιά η εμπειρία μπορεί να διδάξει στα άτομα διάφορους τρόπους απόκρισης σε στρεσογόνες καταστάσεις. Οι εμπειρίες κάποιου, τόσο στη παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή, καθορίζουν τη φύση των καταστάσεων που του προκαλούν άγχος. Η γνωστική λειτουργία μπορεί να τροποποιήσει το πόσο συχνά ένα άτομο σκέφτεται τα ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος. Εάν κάποιος εστιάζει τις σκέψεις του σε στρεσογόνα γεγονότα,



τότε αυτό το άτομο θα είναι πιο ευάλωτο στο άγχος. Η ευφυΐα και η τάση για ενδοσκόπηση σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης άγχους.<sup>10</sup>

### 1.1. Αξιολόγηση του άγχους

Η αξιολόγηση του άγχους απαιτεί συστηματική διερεύνηση καθώς πολύ συχνά μπορεί να συνοδεύει άλλες σωματικές παθήσεις και για αυτό το λόγο μπορεί να παρακωλύεται η διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπισή του. Παράλληλα, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι δυνατόν να πυροδοτούν την εκδήλωση άγχους ή ακόμα να επιδεινώνουν μια ήδη εγκατεστημένη αγχώδη διαταραχή. Εάν συνυπάρχει χρόνιο νόσημα η όλη κατάσταση φαίνεται να αποτελεί φαύλο κύκλο καθώς το παθολογικό άγχος που χαρακτηρίζεται από επίμονη αναστάτωση του ασθενούς επηρεάζει σημαντικά την λειτουργικότητα του ατόμου.<sup>7-9</sup>

Αρχικά, απαιτείται διερεύνηση εάν η αιτία του άγχους είναι οργανική διότι πολλές ασθένειες είναι δυνατό να προκαλέσουν άγχος, όπως νευρολογικές (25%) ενδοκρινολογικές (25%), καρδιαγγειακές (12%), ανοσολογικές/κολλαγόνου (12%), λοιμώδεις (12%) και η λήψη φαρμάκων (14%). Κατόπιν, απαιτείται ψυχιατρική αξιολόγηση του ασθενούς με λήψη ατομικού και οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού με παράλληλη διερεύνηση άλλων αγχωδών διαταραχών, όπως κρίσεων πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, κατάθλιψης, κá.<sup>7-10</sup>

Άλλοι επίσης σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να διερευνώνται κατά την αξιολόγηση του άγχους είναι η προσωπικότητα του ατόμου, ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την κατάσταση όπως επίσης οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες για το λόγο ότι μπορεί να επηρεάσουν την εκδήλωση και τη διαχείριση του άγχους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μηχανισμοί διαχείρισης δηλ., οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να ελέγξουν μια κατάσταση που απειλεί την ψυχική τους ισορροπία και οι στρατηγικές άμυνας δηλ., οι συνειδητές στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να ανακουφίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα. Άλλοι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση του άγχους είναι το μέγεθος και το αιφνίδιο του ψυχοπιεστικού παράγοντα στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής, όπως για παράδειγμα εάν έχει να

αντιμετωπίσει μια οικονομική κρίση. Τέλος, η ποιότητα και η επάρκεια του διαθέσιμου υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού συστήματος, κυρίως ως προς την ποσότητα, τη συχνότητα και την αμοιβαιότητα της υποστηρικτικής αλληλεπίδρασης ασκούν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του άγχους.<sup>7-10</sup>

## 1.2. Αντιμετώπιση του άγχους

Οι αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας ασθενών που βιώνουν άγχος χωρίζονται σε τρία επίπεδα. Πρώτον, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης του άγχους, οι αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας είναι να μην προκαλέσουν οι ασθενείς κακό στον εαυτό τους και να μειωθούν τα συμπτώματα άγχους. Δεύτερον, κατά τη φάση σταθεροποίησης, οι ασθενείς πρέπει να μάθουν να εκφράζουν με λέξεις τα συναισθήματά τους, να συνειδητοποιούν την ανταπόκριση τους στο στρές και να δοκιμάζουν νέες μεθόδους για μείωση του άγχους. Τέλος, στην κοινότητα, οι ασθενείς θα πρέπει να αναπτύξουν προσαρμοστικές μεθόδους αντιμετώπισης του στρές, να αρχίσουν να χρησιμοποιούν συστήματα υποστήριξης και να επιδεικνύουν κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.<sup>10</sup>

Η αντιμετώπιση του άγχους βασίζεται κυρίως στην αιτιολογία του, για παράδειγμα το οργανικό άγχος θα πρέπει να αντιμετωπισθεί αιτιολογικά, (π.χ. αρρυθμίες στο ΗΚΓ, υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές). Όταν όμως, το άγχος είναι εντός του πλαισίου ψυχιατρικής διαταραχής χρήζει συστηματικότερης αντιμετώπισης και λήψη φαρμακευτικής αγωγής.<sup>7-9</sup>

Όταν θεωρηθεί ότι το άγχος είναι μέρος φυσιολογικής προσαρμογής του ασθενούς σε μια σωματική νόσο του, η ενημέρωση του ασθενή συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση του άγχους. Είναι προτιμότερο να βοηθηθεί ο ασθενής να ξεπεράσει το άγχος του, αναπτύσσοντας μεθόδους αντιμετώπισης χωρίς να καταφεύγει στη λήψη φαρμάκων. Πράγματι, η καλύτερη προσέγγιση στη θεραπεία του άγχους για αυτούς τους ασθενείς είναι η προαγωγή προσαρμοστικών μεθόδων αντιμετώπισης του στρές.<sup>7-10</sup>

Οι κύριες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του άγχους, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς.<sup>7-11</sup>

**Βενζοδιαζεπίνες** μπορούν να χρησιμοποιηθούν εφάπαξ αλλά και ως συστηματική αγωγή ενώ συχνά συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία του άγχους που συνοδεύει την κατάθλιψη. Η εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες, δεν είναι συχνή ενώ ο κίνδυνος εθισμού είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε ασθενείς που κάνουν ήδη κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.<sup>7-11</sup>

Η διδασκαλία του ασθενή που λαμβάνει βενζοδιαζεπίνες περιλαμβάνει την προτροπή αποφυγής κατανάλωσης αλκοόλ και ενημέρωση ότι, τα αντιόξινα και η παρουσία τροφής στο στομάχι προκαλούν βραδύτερη απορρόφηση των βενζοδιαζεπινών στο αίμα. Επίσης, οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν την οδήγηση ή καταστάσεις που απαιτούν μυϊκό συντονισμό, ως μέτρο ασφαλείας, μέχρι να διαπιστώσουν τον τρόπο επίδρασης των φαρμάκων σε αυτούς. Η λήψη αυτών των φαρμάκων αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη και ότι πρέπει να αναφέρουν προκαταβολικά στον ιατρό εάν σκοπεύουν να μείνουν έγκυοι. Συνιστάται αποφυγή απότομης διακοπής λήψης βενζοδιαζεπινών ενώ η δοσολογία πρέπει να ελαττώνεται σταδιακά για την αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.<sup>10</sup>

**Αντικαταθλιπτικά :** Έχουν ένδειξη σε εγκατεστημένη αγχώδη διαταραχή. Ασθενείς με άγχος, και ειδικά με κρίσεις πανικού, εμφανίζουν εύκολα μια "αντίδραση υπερευαισθησίας" με νευρικότητα, αϋπνία και αυξημένη ανησυχία στην αρχή της θεραπείας τους με αντικαταθλιπτικά στα οποία αναπτύσσουν ανοχή μέσα σε 7-10 ημέρες. Γι' αυτό το λόγο είναι σκόπιμο η θεραπεία να ξεκινά με χαμηλές δόσεις και να γίνεται σταδιακή και αργή αύξηση της δόσης.<sup>7-11</sup>

**Β-αναστολείς :** Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στην θεραπεία του περιστασιακού άγχους που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα. Λέγεται ότι πολλοί μουσικοί χρωστούν το σταθερό τους χέρι κατά τη συναυλία σε 10-20mg προπρανόλης (Inderal) που δεν ξεχνούν να πάρουν μισή ώρα πριν την παράσταση.<sup>7-11</sup>

**Άλλα μη βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά :** Τα νευροληπτικά είναι μια κατηγορία φαρμάκων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν αγχολυτικά. Αντισταμινικά όπως η υδροξυζίνη (Atarax) χρησιμοποιούνται μερικές φορές για ανακούφιση του άγχους παρότι δεν έχουν ειδικές αγχολυτικές ιδιότητες.

**Η βουσπιρόνη (Bespar)** είναι μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό (αζασπιρονεδιόνη) που οι αγχολυτικές του ιδιότητες επέρχονται με καθυστερημένη

έναρξη μετά τη συστηματική μόνο χορήγηση. Η βουσπιρόνη αρχίζει να παρουσιάζει την αγχολυτική της δράση σε 7-10 ημέρες, αλλά η πλήρης δράση της μπορεί να χρειαστεί έως και 6 εβδομάδες.<sup>7-11</sup>

Τα περισσότερα αγχολυτικά φάρμακα έχουν κατασταλτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η οποία αυξάνεται με τη λήψη αλκοόλ. Επίσης, τα φάρμακα αυτά καταστέλλουν το αναπνευστικό και οι ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ή τα παίρνουν μαζί με αλκοόλ κινδυνεύουν από καταστολή του αναπνευστικού και θάνατο. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού μπορεί να χρειαστούν μακροχρόνια χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων, επειδή δεν μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς αυτά.<sup>10</sup>

Παρά τους δυνητικούς κινδύνους που ενέχει η αγχολυτική αγωγή για ορισμένους ασθενείς, τα αγχολυτικά είναι γενικά πολύ ασφαλή. Αν και τα αγχολυτικά αντενδείκνυνται ως μέθοδος επίλυσης προβλημάτων για ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό ασθενή, στην περίπτωση ατόμων με σοβαρές αγχώδεις διαταραχές μπορεί να απαιτείται η λήψη τους για την επίτευξη μιας ικανοποιητικής ποιότητας ζωής. Οι νοσηλευτές οφείλουν να παρέχουν υποστήριξη στα άτομα, που χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει στον πολιτισμό μας ένα στίγμα που συνοδεύει τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων. Επίσης, πρέπει να γνωρίζουν ότι πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές χρειάζονται φάρμακα για να λειτουργήσουν. Οι ασθενείς με κατάθλιψη χρειάζονται αντικαταθλιπτικά και οι ψυχωσικοί αντιψυχωσικά. Παρομοίως, οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές συχνά χρειάζονται αγχολυτική αγωγή για να εκπληρώσουν τα αναπτυξιακά τους καθήκοντα (εκπαίδευση, οικογενειακές ευθύνες ή εργασία) και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά.<sup>10</sup>

Ωστόσο, όταν μια θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική απαιτείται να δοκιμαστούν και άλλες εναλλακτικές επιλογές. Η πλέον αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Για παράδειγμα, κάποιες μορφές άγχους, όπως οι ειδικές φοβίες, ανταποκρίνονται άριστα μόνο στη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, αλλά η πλειοψηφία των αγχωδών διαταραχών απαιτεί συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Όταν κάποιο φάρμακο δεν είναι αποτελεσματικό, κάποιο άλλο θα πρέπει να δοκιμαστεί κάποιο άλλο.

## 2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη πλήττει εξίσου άτομα όλων των εθνοτήτων και κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες. Σημαντικό ποσοστό των προσβεβλημένων γυναικών αναφέρουν επίταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων λίγες ημέρες πριν από την εμμηνορρυσία. Ο δια βίου κίνδυνος μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άνδρες. Έναρξη της νόσου μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα μέσα της τρίτης δεκαετίας. Κάποια άτομα εκδηλώνουν ένα μόνο επεισόδιο στην ζωή τους. Η πλειονότητα όμως των ατόμων που εκδηλώνουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης συνεχίζουν να έχουν καταθλιπτικά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής τους ενώ κάποιοι άλλοι βιώνουν μόνιμα καταθλιπτική διάθεση. Εάν το άτομο αφεθεί χωρίς θεραπεία ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για χρόνια.<sup>10</sup>

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη με ρυθμό 2 έως 3-φορές υψηλότερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού. Εκτιμάται ότι, περισσότερο από το ένα πέμπτο των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια πάσχουν από κλινικά σημαντική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δημιουργεί εμπόδια για την επιτυχή θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, όπως πιο συχνές ανεπιθύμητες κλινικές εκδηλώσεις και νοσηλείες, δύο φορές αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας, μείωση του βαθμού αυτοφροντίδας των ασθενών, φτωχή ποιότητα ζωής και αύξηση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης.<sup>4</sup>

Η Μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια της ευχαρίστησης που διαρκεί  $\geq 2$  εβδομάδες όπως επίσης και από 4 νευροφυτικά συμπτώματα (π.χ., ανωμαλίες στον ύπνο, την ενέργεια, τη συγκέντρωση, την όρεξη, και / ή τη ψυχοκινητική λειτουργικότητα) καθώς και συναισθηματικά και νοητικά συμπτώματα (π.χ., μείωση στο ενδιαφέρον, τη συγκέντρωση, αισθήματα ενοχής, αυτοκτονικός ιδεασμός).<sup>4</sup>

Πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα

είναι είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης : <sup>7-11</sup>

- Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε από υποκειμενική περιγραφή ή απο παρατηρήσεις τρίτων.
- Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
- Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς συνειδητή προσπάθεια δίαιτας ή αύξηση βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
- Αυπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή ψυχοκινητική επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα.
- Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- Αισθήματα αναξιότητας ή απρόσφορης ή υπερβολικής ενοχής.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα.
- Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός, σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας.
- Εξαιρούνται τα συμπτώματα που σχετίζονται με συστηματική νόσο, παρενέργειες από χρήση ουσιών ή πένθος.

Άλλα χαρακτηριστικά ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι και τα παρακάτω:

- Αναφορά ακαθόριστων πόνων
- Έκπτωση επαγγελματικής λειτουργικότητας
- Αίσθημα κενού
- Προβλήματα μνήμης
- Ευερεθιστότητα
- Απάθεια
- Εμμένουσα θλίψη

Η κατάσταση των καταθλιπτικών διαταραχών στα τελευταία ταξινομικά συστήματα (DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας περιλαμβάνει τις εξής επιμέρους διαγνώσεις: <sup>7-11</sup>

- Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο
- Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη στο πλαίσιο διπολικής διαταραχής
- Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- Μείζων κατάθλιψη εξ αιτίας σωματικής νόσου
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Δυσθυμική διαταραχή

Όσον αφορά στην αιτιολογία, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή οφείλεται τόσο σε γενετικούς όσο και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ο κάθε ένας από αυτούς συμβάλλει ως ένα βαθμό, αλλά δεν εξηγεί από μόνος του τη νόσο. Η μείζων κατάθλιψη είναι 1,5 έως 3 φορές συχνότερη στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Δεδομένου ότι, έχει ανευρεθεί πολυμορφισμός των γονιδίων του μεταφορέα σεροτονίνης, που σε συνδυασμό με το στρες, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, φαίνεται ότι, η προδιάθεση να αντιδρά κάποιος σε στρεσογόνους παράγοντες εκδηλώνοντας κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική. Πιστεύεται ότι, η γενετική προδιάθεση αλληλεπιδρά με περιβαλλοντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου.<sup>10</sup>

Με βάση το μοντέλο πυροδότησης προτείνεται ότι, ένα στρεσογόνο γεγονός μπορεί να μεταβάλει τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών προκαλώντας την εκδήλωση του πρώτου επεισοδίου διαταραχής της διάθεσης. Τα πρώτα επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας μπορεί να πυροδοτηθούν από ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Ο εγκέφαλος του ατόμου ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με την πάροδο του χρόνου με τελικό αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια διαταραχών της διάθεσης χωρίς την ύπαρξη ερεθίσματος. Νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της λειτουργίας του εγκεφάλου ατόμων με κατάθλιψη. Με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων έχει παρατηρηθεί ανώμαλη λειτουργία του προμετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου και του μεταιχμιακού συστήματος κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων.<sup>10</sup>

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη οφείλεται σε διαταραχές της φυσιολογικής λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, η οποία κυρίως είναι μειωμένη. Το γεγονός ότι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία δρούν στους

νευροδιαβιβαστές, είναι αποτελεσματικά αποδεικνύει ότι η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών επηρεάζει τη διάθεση. Στην κατάθλιψη συμμετέχει επίσης και το ενδοκρινικό σύστημα. Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια ελέγχει τις φυσιολογικές απαντήσεις στο στρες. Οι εν λόγω ενδοκρινείς αδένες μπορεί να επιδεικνύουν αυξημένη δραστηριότητα σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Ο άξονας ΥΥΕ επηρεάζει επίσης τον 24 ωρο κύκλο ημέρας-νύχτας (κιρκάδιος ρυθμός). Οι κιρκάδιοι ρυθμοί επηρεάζουν πλείστες φυσιολογικές λειτουργίες, περιλαμβανομένων του ύπνου και εγρήγορσης, της έκκρισης ορμονών, της νοητικής εγρήγορσης και της θερμοκρασίας του σώματος.<sup>10</sup>

Καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν και ορισμένες φαρμακευτικές αγωγές, όπως για παράδειγμα κάποιοι αντιμικροβιακοί, αντιμυκητιασικοί, αντιφλεγμονώδεις, αντineοπλασματικοί και καρδιαγγειακοί παράγοντες και κάποια φάρμακα για το πεπτικό μπορούν επίσης να προκαλέσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Επομένως όταν κάποιος ασθενής εκδηλώσει νέο επεισόδιο κατάθλιψης, θα πρέπει να διερευνείται πιθανή έναρξη λήψης κάποιας φαρμακευτικής αγωγής.<sup>10</sup>

Συμπερασματικά, η κατάθλιψη φαίνεται ότι είναι νόσος της εγκεφαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (ιδιαίτερος του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου). Κυρίαρχο ρόλο στη νόσηση από κατάθλιψη παίζουν γενετικοί παράγοντες, ενώ περιβαλλοντικοί/ ψυχοκοινωνικοί συντελεστές σχετίζονται σε μικρότερο βαθμό με την εκδήλωση της.<sup>9,11</sup>

## **2.1. Θεραπεία κατάθλιψης**

Σήμερα υπάρχουν αποτελεσματικές αντικαταθλιπτικές θεραπείες. Αφού τεθεί η διάγνωση, η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία χάρη στην φαρμακευτική αγωγή, στην ψυχοθεραπεία ή στον συνδυασμό αυτών. Κάθε ασθενής ανταποκρίνεται διαφορετικά στην θεραπεία ενώ επί αποτυχίας μιας θεραπείας



υπάρχουν άλλες εναλλακτικές επιλογές. Οι στόχοι της θεραπείας της κατάθλιψης είναι: <sup>9-11</sup>

- Πλήρης ύφεση των αντικαταθλιπτικών συμπτωμάτων
- Πρόληψη των υποτροπών

Υπάρχουν πέντε κύριες θεραπείες της κατάθλιψης: <sup>9-11</sup>

- Φαρμακευτική αγωγή
- Ψυχοθεραπεία
- Συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)
- Φωτοθεραπεία

Φαρμακευτική αγωγή : Τα φάρμακα έχουν αποδεχτεί αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης. Για να φανεί όμως η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών παραγόντων απαιτούνται 2-6 εβδομάδες. Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν παρενέργειες που δεν μπορούν να τις ανεχτούν και άλλοι δεν εμφανίζουν καθόλου βελτίωση. <sup>9-11</sup>

Η επιλογή της αντικαταθλιπτικής αγωγής βασίζεται είτε στο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών ή στην αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή στον ίδιο τον ασθενή κατά το παρελθόν είτε γιατί κάποιες ιδιαίτερες παρενέργειες του μπορεί να αποβούν χρήσιμες. Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται από το στόμα. Τα περισσότερα από αυτά δρουν σε δύο μείζονες νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, τη σεροτονίνη και τη νοραδρεναλίνη, οι οποίοι ρυθμίζουν την ψυχική διάθεση. Κυκλοφορεί πλέον και ένας μικρός αριθμός αντικαταθλιπτικών που επιδρούν στην ντοπαμίνη.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά : Αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυξάνοντας την ποσότητα των εν λόγω μονοαμινών στις εγκεφαλικές συνάψεις. Για την υποχώρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων απαιτούνται 2-4 εβδομάδες μετά την έναρξη θεραπείας. Η καθυστερημένη εμφάνιση του θεραπευτικού αποτελέσματος εξηγείται από τον χρόνο που απαιτείται για την πρόκληση μεταβολών στους υποδοχείς των μετασυναπτικών νευρώνων. <sup>9-11</sup>

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης : Αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα, αυξάνοντας έτσι τη διαθέσιμη ποσότητα σεροτονίνης στις εγκεφαλικές συνάψεις.

Τα φάρμακα αυτά συνδέονται ισχυρά με τις πρωτεΐνες του πλάσματος και συνεπώς μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα στην κυκλοφορία άλλων φαρμάκων που συνδέονται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος, καθώς τα ανταγωνίζονται για τις ίδιες θέσεις σύνδεσης.<sup>9-11</sup>

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO): Είναι αποτελεσματικοί αντικαταθλιπτικοί παράγοντες, αλλά σπάνια χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Οι αναστολείς της MAO μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και υπερτασική κρίση. Χορηγούνται συνήθως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα αντικαταθλιπτικά..Πρέπει να χορηγούνται με εξαιρετική προσοχή καθώς μπορεί να προκαλέσουν:<sup>9-11</sup>

- Υπερτασική κρίση
- Δυνητικά θανατηφόρες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις με τους εκλεκτικούς αναστολείς SSRI, τα TCA, άλλους αναστολείς της MAO, μεπεριδίνη, κατασταλτικά του ΚΝΣ ,βρογχοδιασταλτικά και κάποια αντιυπερτασικά.
- Θάνατο από υπερδοσολογία

Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να ζει με τη χρόνια καταθλιπτική διαταραχή του, να διαχειρίζεται τα συμπτώματά του, να εφαρμόζει αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών και να καταπολεμά τις αρνητικές σκέψεις. Οι ψυχοθεραπείες είναι οι εξής:<sup>9-11</sup>

Γνωστική: Οι προσεγγίσεις της περιλαμβάνουν την αναγνώριση των διαστρεβλωμένων, αρνητικών σκέψεων και την ανάπτυξη νέων τρόπων σκέψης.<sup>9-11</sup>

Συμπεριφορική: Αρχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματα του ασθενή ακολουθούν τη συμπεριφορά του.<sup>9-11</sup>

Διαπροσωπική: Περιλαμβάνει την αναγνώριση και επίλυση των προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τα οποία θεωρούνται ως αιτιολογικοί ή επιβαρυντικοί παράγοντες για την κατάθλιψη.<sup>9-11</sup>

Φυσική άσκηση : Η μέτριας έντασης φυσική άσκηση ελαττώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η φυσική άσκηση θα πρέπει να εφαρμόζεται συμπληρωματικά σε όλες τις θεραπείες της κατάθλιψης, εφόσον ο ασθενής είναι ικανός προς άσκηση. Η επίδραση της άσκησης μπορεί να οφείλεται στην απελευθέρωση ενδορφινών. Η έλλειψη ενεργητικότητας και κινήτρων που αποτελούν χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αποτρέπουν του ασθενείς από την άσκηση. Τέλος, η άσκηση είναι πιο αποτελεσματική ως στρατηγική πρόληψης..

Σπασμοθεραπεία : Είναι η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος μέσω του εγκεφάλου για την πρόκληση γενικευμένων σπασμών. Διενεργείται υπό γενική αναισθησία και μυοχάλαση. Αυξάνει τα κυκλοφορούντα επίπεδα νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, ανακουφίζοντας τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δεν συνιστάται ως θεραπεία πρώτης γραμμής καθώς υπάρχουν λιγότερο επεμβατικές θεραπείες. Εφαρμόζεται σε ασθενείς που έχουν έντονα και παρατεταμένα συμπτώματα που τους προκαλούν σημαντική αναπηρία. Οι παρενέργειές της είναι η παροδική απώλεια μνήμης και η σύγχυση, η οποία υποχωρεί συνήθως εντός 1 ώρας. Η βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης μπορεί να επιταθεί καθώς προχωρούν οι συνεδρίες.

### 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες λόγω της γήρανσης του πληθυσμού όπως επίσης της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης ασθενών με χρόνια νόσημα, το ενδιαφέρον των επιστημών, κυρίως πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών όπως επίσης των επιστημών υγείας έχει στραφεί προς τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής.<sup>12</sup>

Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια την οποία η κάθε επιστήμη εστιάζει από διαφορετική άποψη.<sup>13</sup> Για παράδειγμα, οι κοινωνικές επιστήμες ασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής αλλά και με την πρακτική αξία των διαφόρων δεικτών της, οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στις φυσικές διαστάσεις της υγείας, οι ψυχολόγοι στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας. Παράλληλα, οι οικονομολόγοι και οι πολιτικοί χρησιμοποιούν τους δείκτες ποιότητας ζωής στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν την οικονομία, το περιβάλλον και την κοινωνική πολιτική και την πολιτική της υγείας.<sup>12</sup>

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, ο όρος "ποιότητα ζωής" ήταν γνωστός από την αρχαιότητα όταν πρώτος ο Πλάτωνας περιέγραφε ότι, ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα.<sup>13</sup>

Ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί μια νέα έννοια που με την πάροδο του χρόνου αναπτύχθηκε και έγινε περισσότερο σύνθετη. Αναλυτικότερα, ο όρος "ποιότητα ζωής" εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50, κυρίως μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο και είχε ταυτιστεί με το βιοτικό επίπεδο, την καταναλωτική κοινωνία και την ύπαρξη υλικών αγαθών, όπως την ιδιοκτησία ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων και οικίας. Κατά τη δεκαετία 1960 ο όρος διευρύνθηκε και περιέλαβε την υγεία, την παιδεία, την ευεξία και τη βιομηχανική ανάπτυξη. Κατά την δεκαετία του '70 άρχισε να δίνεται έμφαση προς την κατεύθυνση της προσωπικής ελευθερίας, της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας και της ευτυχίας. Στη δεκαετία του '90 αναπτύχθηκε σημαντική πρόοδος στο εννοιολογικό και μεθοδολογικό επίπεδο. Οι εκτιμήσεις των αντικειμενικών παραμέτρων, όπως σωματική λειτουργικότητα, σωματικά

συμπτώματα, κλινικο-εργαστηριακά αποτελέσματα θα πρέπει να συσχετίζονται με τις υποκειμενικές παραμέτρους, όπως ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ευεξία.<sup>12,14</sup>

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε αναγνώριση και αποδοχή σε διάφορα επιστημονικά σώματα. Από το 1970, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής ενώ το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά κείμενα είναι ιδιαίτερα αυξημένο, όπου παρατηρείται αφθονία εργασιών ομάδων, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών τευχών.<sup>14</sup>

Ο όρος ποιότητα ζωής επιδέχτηκε πολλές και ποικίλες προσεγγίσεις. Σύμφωνα με τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου ενώ άλλη άποψη υποστηρίζει ότι, η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μίας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο. Άλλες προσεγγίσεις ορίζουν την ποιότητα ζωής ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου συμπεριλαμβανομένης της γενικής ευημερίας που απολαμβάνει σε μια κοινωνία. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Με τον όρο κοινωνική ποιότητα, ορίζεται ο βαθμός, στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία.<sup>12</sup>

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις. Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και η αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, και η προαγωγή της δημιουργικότητας.<sup>12-15</sup>

Η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από αντικειμενικούς και προσωπικούς παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται ότι αλληλεπιδρούν. Αξίζει να αναφερθεί ότι, η

υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους ενώ η αντικειμενική διάσταση αναφέρεται στην ικανοποίηση που αντλείται από τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία. Αντικειμενικοί παράμετροι όπως σωματική άνεση, επαγγελματική προσαρμογή, επίπεδα δραστηριότητας, χόμπι και ψυχαγωγικές δραστηριότητες σε συνδυασμό με υποκειμενικούς παραμέτρους, όπως κοινωνική και οικογενειακή προσαρμογή και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή, συγκροτούν ένα περισσότερο έγκυρο μέτρο ποιότητας ζωής συγκρινόμενο με τη ξεχωριστή μέτρηση αντικειμενικών ή υποκειμενικών συστατικών.<sup>14</sup>

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει μία εσωτερική και μία εξωτερική διάσταση. Η πρώτη αφορά την ικανοποίηση που νιώθουν οι πολίτες από τη ζωή τους και η δεύτερη τα φυσικά αντικείμενα που προκαλούν την εν λόγω ικανοποίηση. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει να υπάρχει διάκριση ανάμεσα σε περιγραφικούς και αξιολογικούς δείκτες. Στους περιγραφικούς δείκτες ζητείται από τα άτομα να περιγράψουν τους πόρους τους ή τις συνθήκες διαβίωσής τους, ενώ στους αξιολογικούς οι ερωτήσεις επικεντρώνονται στην αντίληψη που έχουν τα άτομα για τη ζωή τους.<sup>14</sup>

Ως μετρήσιμη μεταβλητή, η ποιότητα ζωής αναφέρεται τόσο στο υποκείμενο της έρευνας όσο και στο αντικείμενο της. Περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση από τα άτομα ή τις ομάδες σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες διαβίωσης. Συνεπώς, η μελέτη της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τις προσδοκίες και τις αξίες των ατόμων μιας συγκεκριμένης κοινωνίας και εντός συγκεκριμένου χρονικού πεδίου.<sup>14,15</sup>

Επίσης, η ποιότητα ζωής λαμβάνει υπόψη ότι θα πρέπει να γίνεται αναφορά σε επιμέρους διαφορές, όπως στις ατομικές αξίες. Η ποιότητα ζωής μπορεί να κατηγοριοποιηθεί μέσα σε πέντε διαστάσεις: τη φυσική ευημερία, υλική ευημερία, την κοινωνική ευημερία, τη συναισθηματική ευημερία, την ανάπτυξη και δραστηριότητα.<sup>16</sup>

Η θεωρία του Abraham Maslow το 1943 (*human motivation*) αποτελεί ένα ακόμα τρόπο προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας ζωής. Ο Abraham Maslow δημιούργησε την κλίμακα ανθρωπίνων αναγκών, γνωστή ως πυραμίδα των

αναγκών. Στο κέντρο της θεωρίας του βρίσκεται η άποψη ότι καθώς ο άνθρωπος ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες, προσπαθεί σταδιακά να ικανοποιήσει και ανώτερες ανάγκες, οι οποίες υπακούουν σε μια δεδομένη ιεραρχία. Συγκεκριμένα, η κλίμακα αποτελείται από τις φυσικές ανάγκες, τις ανάγκες ασφάλειας, τις ανάγκες κοινωνικής αποδοχής, τις ανάγκες εκτίμησης-αυτοεκτίμησης και, τέλος, τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Αυτή η κλίμακα αναγκών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα ζωής του ατόμου, μιας και η ποιότητα ζωής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων εμπειριών, που εκτείνονται από τις βασικές ανάγκες επιβίωσης, όπως τροφή και στέγη, μέχρι την πραγματοποίηση ενός αισθήματος πληρότητας και απόλαυσης της ζωής. Θεωρείται, ότι η ικανοποίηση των ανώτερων αναγκών συμβάλει στην υψηλότερη ποιότητα ζωής του ατόμου.<sup>17</sup>

Για το διαχωρισμό του όρου σε σχέση με θέματα που αφορούν την υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life (HRQL), δηλαδή η με την υγεία συνυφασμένη ποιότητα ζωής.

### 3.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ολιστική φροντίδα ασθενών απαιτεί τη θεώρηση του ατόμου ως ενιαίο σύνολο και απαιτεί την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε όλα της νόσου. Ως συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ορίζεται "η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσο στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του". Η απάντηση αυτή επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο βιώνει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής. Στην έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται όροι, όπως η λειτουργική κατάσταση και η ικανότητα του ατόμου, το ευ ζην και, γενικά, η κατάσταση υγείας του. Μέχρι σήμερα, παρότι έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός και ο ορισμός υιοθετείται ανάλογα με τις διαστάσεις που μετρά η κάθε κλίμακα ποιότητας ζωής.<sup>13</sup>

Ποικίλες προσεγγίσεις επίσης έχουν αναπτυχθεί από τους διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως η επιδημιολογία, η δημογραφία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και η οικονομία, με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας, έτσι όπως αυτή επηρεάζει την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Οι βασικές μέθοδοι που έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία είναι :<sup>18</sup>

Η πρώτη μέθοδος είναι η επιδημιολογική ή βιοϊατρική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η υγεία αντιμετωπίζεται ως βιολογικό φαινόμενο και εστιάζεται σε χαρακτηριστικά του νοσήματος, στην κατηγοριοποίηση των ασθενών και στις διαφορετικές περιπτώσεις θεραπείας.<sup>18</sup>

Η δεύτερη είναι η λειτουργική/δυσλειτουργική, που μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση της επιδημιολογικής προσέγγισης. Επικεντρώνεται στις επιπτώσεις των ιατρικών παρεμβάσεων ή των δυσλειτουργικών καταστάσεων της υγείας πάνω στις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων, όσον αφορά στις καθημερινές τους δραστηριότητες.<sup>18</sup>

Η τρίτη προσέγγιση είναι η πολιτιστική, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση των δύο πρώτων μεθόδων και αναφέρεται στις αντιλήψεις της κοινωνίας για την ασθένεια, την υγεία, τις αποκλίνουσες συμπεριφορές, τον κοινωνικό στιγματισμό κ.ά.<sup>18</sup>



Η τέταρτη προσέγγιση αναφέρεται στην οικονομική διάσταση της μέτρησης του επιπέδου υγείας εισάγοντας την έννοια της ωφελιμότητας και της χρησιμότητας στην αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών.

Γενικά, θεωρείται ότι, η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες:<sup>13</sup>

- Τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες και τις ημέρες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο
- Τη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, καθώς και την ικανοποίηση από τη ζωή
- Την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει συζυγική και κοινωνική προσαρμογή καθώς και την ομαλή προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αίσθηση του καθένα για τη θέση του στη ζωή σε συνάφεια με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του. Αποτελεί μια κατάσταση με ευρεία διακύμανση, η οποία επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος.<sup>13</sup>

Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νόσημα όπως κοινωνικο-δημογραφικών (εισόδημα, τόπος διανομής, κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικές σχέσεις) όπως επίσης από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Όλοι αυτοί οι παράγοντες είτε ο καθένας ξεχωριστά είτε σε συνδυασμό επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Επίσης, η εξέλιξη του νοσήματος στην πάροδο του χρόνου παρουσιάζει αλλαγές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Επίσης, αλλαγές που αφορούν τη γνώση για το νόσημα ή ακόμα η πρόοδος της τεχνολογίας, όπως για παράδειγμα άτομα που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ενδεχομένως να βιώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής όταν η θεραπεία λαμβάνει χώρα με ένα

καινούργιο εξοπλισμό που σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές. Παρόμοιο παράδειγμα, αποτελούν οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας στην ιατρική, (πέννες χορήγησης ινσουλίνης, αντλίες ινσουλίνης, εισπνεόμενη ινσουλίνη)..<sup>13-22</sup>

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, τις αρχές της πραγματικότητας και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι δείκτες της ποιότητας ζωής αφορούν τόσο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας όσο και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου.<sup>12,18</sup>

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :<sup>12,18</sup>

- Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.

- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών

Θα πρέπει να τονισθεί, ότι η υποκειμενικότητα αποτελεί το σημαντικότερο δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας ζωής πέρα από τους κλινικούς δείκτες, τις αντικειμενικές μετρήσεις και την καταγραφή της άποψης των ατόμων. Παρότι, το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και της λειτουργικής ικανότητας ασκούν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής εντούτοις, το προσωπικό στοιχείο και ο τρόπος που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους είναι τα στοιχεία εκείνα πιθανά κάνουν τη διαφορά στις μετρήσεις. Ωστόσο, παρατηρούνται διαφορές αντιλήψεων μεταξύ των ασθενών, των συγγενών τους και των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, η ολοκληρωμένη εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να περιλαμβάνει τη γνώμη του και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα.<sup>13, 20-22</sup>

### **3.2. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής**

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής με τη χρήση εργαλείων μέτρησης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον όχι μόνο της νοσηλευτικής επιστήμης αλλά και άλλων επιστημών όπως πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών που ως απώτερο στόχο έχουν την ανάπτυξη κοινής μεθοδολογίας, η οποία θα επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών και θα βοηθήσει τα συμπεράσματα να βρουν εφαρμογή στην κλινική πράξη, στον σχεδιασμό της πολιτικής της υγείας και το κυριότερο στη λήψη

αποφάσεων για το είδος της θεραπείας και την εκτίμηση των αλλαγών κατά τη διάρκεια της θεραπείας.<sup>13</sup>

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, οι κλίμακες είναι: α) γενικές κλίμακες, όπως η Short Form 36(SF-36), η Nottingham Health Profile, η World Health και άλλες, β) ειδικές για κάθε κατάσταση.<sup>12</sup>

Οι κλίμακες μέτρησης σχεδιάστηκαν με στόχο την αξιολόγηση διαφορετικού τομέα το καθένα. Για παράδειγμα, κάποιες μετρούν τον τρόπο αντίληψης του ατόμου ως προς την κατάσταση της υγείας του έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες του, οι επιθυμίες του, οι προτιμήσεις του, οι προσδοκίες του, με στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών. Άλλα εργαλεία καταγραφής εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η οικογένεια, η κοινωνική στήριξη, ο βαθμός επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών. Οι εκτιμήσεις και αξιολογήσεις των αντικειμενικών παραμέτρων συσχετίζονται με τις εκτιμήσεις των υποκειμενικών παραμέτρων και αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα διερεύνησης ψυχολογικών παραγόντων (π.χ. χαρακτηριστικών προσωπικότητας των αρρώστων πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου και της θεραπείας της καθώς και η αναγκαιότητα διαχρονικών μελετών. Βέβαια, οι μελέτες που συγκρίνουν εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα αιμοκάθαρση έναντι μεταμόσχευσης ή αγγειοπλαστική σε σύγκριση με αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι περισσότερο προσεκτικά σχεδιασμένες από αυτές που επιχειρούν να εκτιμήσουν γενικά τη ζωή μετά από μία μόνο θεραπευτική πράξη.<sup>12</sup>

Άλλο σημαντικό θέμα που δημιουργεί μεθοδολογικά προβλήματα είναι το μέγεθος του δείγματος. Συνήθως, οι έρευνες χρησιμοποιούν σύντομα ερωτηματολόγια που αποστέλλονται ταχυδρομικά ή στηρίζονται σε ολιγόλεπτες συνεντεύξεις και δεν επιχειρούν αναλυτικές περιγραφές της ζωής των ασθενών. Ως προς την επιλογή του τρόπου μέτρησης, η απουσία ενός αποδεκτού εννοιολογικού και μεθοδολογικού πλαισίου για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής έχει οδηγήσει σε μεγάλο αριθμό μεθόδων μέτρησης. Η πληθώρα αυτή των μεθόδων μέτρησης δεν αντανακλά μόνο την έλλειψη συμφωνίας αλλά επίσης περιορίζει σημαντικά τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων.<sup>12</sup>

Δεδομένου, λοιπόν, ότι η Ποιότητα Ζωής δεν αφορά μόνο κάποιο ή κάποια συγκεκριμένα εξωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αλλά εκφράζει κυρίως μία υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου, η μεθοδολογία εκτίμησής της οφείλει να επικεντρώνεται στον προσδιορισμό των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν σημαντικά την υποκειμενική κρίση και αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Με αυτόν τον τρόπο, αναδύεται τόσο η αντικειμενική όσο και η υποκειμενική χρησιμότητα, όπως η αξία μίας θεραπευτικής μεθόδου λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών.<sup>12</sup>

#### 4. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί όχι μόνο δυσεπίλυτο θεραπευτικό πρόβλημα αλλά και τεράστιο οικονομικό αγκάθι για κάθε κρατικό προϋπολογισμό. Και τούτο διότι αποτελεί την κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας, π.χ στις ΗΠΑ προσβάλλει συνολικά 2-3 εκατομμύρια ασθενείς με 300.000 περιστατικά κάθε χρόνο ενώ το ετήσιο κόστος ανέρχεται σε 10,3 δισ..<sup>22</sup>

Στη σύγχρονη εποχή, όπου δεν υπάρχουν ακριβείς μετρήσεις, η συχνότητα εμφάνισης αυτού του κλινικού συνδρόμου, αυξάνεται σημαντικά κυρίως στις Δυτικές κοινωνίες για το λόγο ότι αυξάνεται συνεχώς ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού.<sup>22</sup> Επίσης, η ολοένα αύξηση της συχνότητας της καρδιακής ανεπάρκειας οφείλεται στη βελτίωση της επιβίωσης σε ασθενείς με στεφανιαία συμβάματα καθώς και στην καλύτερη πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Η μέση ηλικία εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας στις αναπτυγμένες χώρες είναι τα 75 έτη και είναι συνηθέστερη στους ηλικιωμένους, τις γυναίκες και τους ασθενείς με υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη.<sup>23</sup>

Ο αριθμός νέων περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας στον γενικό πληθυσμό στη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου εκτιμάται στις 1-5 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα ανά έτος και είναι τριπλάσια στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.<sup>22</sup>

Η καρδιακή ανεπάρκεια ευθύνεται για το 5% των εισαγωγών ασθενών με οξύ πρόβλημα, αντιστοιχεί στο 10% των νοσηλευόμενων και απορροφά το 2% του εθνικού κονδυλίου για την υγεία, που κυρίως αφορά στο κόστος των εισαγωγών νοσηλειών. Σε ορισμένες χώρες, η θνησιμότητα της νόσου ανά ηλικία φαίνεται να μειώνεται, γεγονός που τουλάχιστον σε ένα ποσοστό οφείλεται στη σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον, τα χαμηλότερα ποσοστά που καταγράφονται σε κάποιες περιπτώσεις πιθανώς να οφείλονται στην προτίμηση κάποιων κλινικών ιατρών να αναφέρονται στην αιτιολογική διάγνωση (π.χ. στένωση αορτικής βαλβίδας) ή σε κάποια άλλη σοβαρή συνοδό πάθηση (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης).<sup>23</sup>

Η μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε χώρας σε συνδυασμό με τις αρνητικές συνέπειες που επιβάλλει το σύνδρομο στην καθημερινή ζωή των πασχόντων χαρακτηρίζουν τη νόσο ως ένα δυσεπίλυτο

πρόβλημα που βαίνει συνεχώς αυξανόμενο και αναμένεται να λάβει αρνητικές διαστάσεις στο μέλλον.<sup>22</sup>

Ως καρδιακή ανεπάρκεια, το κλινικό δηλαδή σύνδρομο που οφείλεται στην αδυναμία της καρδιακής λειτουργίας να διατηρήσει επαρκή αιμάτωση για τις μεταβολικές ανάγκες των ιστών, παρά την ύπαρξη ικανοποιητικής ή και αυξημένης φλεβικής επιστροφής.<sup>22,23</sup>

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολύπλοκο δυναμικά εξελισσόμενο κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από οργανική ή λειτουργική δυσλειτουργία της καρδιάς και μπορεί να οφείλεται σε πολλά αίτια. Συνεπώς, η καρδιακή ανεπάρκεια δεν αποτελεί τη τελική διάγνωση αλλά θα πρέπει να αναζητιέται το αίτιο. Οι απόπειρες για έναν και μοναδικό ορισμό του συνδρόμου της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας έχουν αποτύχει, γιατί αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο που δεν επιδέχεται απόλυτο προσδιορισμό.<sup>22</sup>

Στον κλασικό ορισμό, η καρδιακή ανεπάρκεια αναφέρεται ως μια παθοφυσιολογική κατάσταση στην οποία μια ανωμαλία της καρδιακής λειτουργίας είναι υπεύθυνη για την αδυναμία της καρδιάς να αντλεί αίμα με ρυθμό αντίστοιχο με τις μεταβολικές ανάγκες των ιστών. Πρόσφατα έχουν προστεθεί στον ορισμό της καρδιακής ανεπάρκειας και οι νευρο-ορμονικές μεταβολές. Συνεπώς, η καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται ως : α) ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας και της νευροορμονικής διέγερσης συνοδευόμενο από κακή ανοχή στην κόπωση, κατακράτηση υγρών και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης και β) ένα σύνδρομο που προκαλείται ως συνέπεια καρδιακής νόσου και αναγνωρίζεται κλινικά από το χαρακτηριστικό μοντέλο αιμοδυναμικής, νεφρικής και νευρο-ορμονικής ανταπόκρισης.<sup>22</sup>

Οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας για τη διάγνωση και θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας θεωρούν απαραίτητη τη συνύπαρξη δύο εκ των τριών κατωτέρω αναφερόμενων κριτηρίων :<sup>22</sup>

- Συμπτωμάτων (δύσπνοιας, κόπωσης και οιδήματος σφυρών) σε ηρεμία ή κατά την άσκηση
- Αντικειμενικής ένδειξης καρδιακής δυσλειτουργίας στην ηρεμία (παρακλινικές εξετάσεις) και

- Ανταπόκρισης του συνδρόμου στην θεραπευτική αγωγή.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη διάκριση της καρδιακής ανεπάρκειας : α) σε αντισταθμιζόμενη δηλ., όταν η επαπειλούμενη μείωση του κατά λεπτού όγκου αίματος εξουδετερώνεται από τις καρδιακές εφεδρείες χωρίς υποκειμενικά συμπτώματα και β) μη αντισταθμιζόμενη δηλ., όταν υπάρχουν υποκειμενικές και αντικειμενικές εκδηλώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας. Η ικανότητα προσαρμογής της καρδιακής λειτουργίας, αποκαλείται καρδιακή εφεδρεία της οποίας η μείωση αποτελεί το πρώτο βήμα προς την καρδιακή ανεπάρκεια.<sup>22</sup>

Λόγω της αδυναμίας της καρδιάς να χειριστεί δυσανάλογο φορτίο όγκου ή πίεσης και της προσπάθειας του οργανισμού να διατηρηθεί ο κατά λεπτό όγκος αίματος όπως επίσης να διατηρηθεί η λειτουργία της καρδιάς ως αντλία ενεργοποιούνται οι εξής μηχανισμοί:<sup>22,23</sup>

- Ο νόμος του Starling
- Η διέγερση του συμπαθητικού συστήματος
- Η υπερτροφία του μυοκαρδίου με ή χωρίς διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων
- Το σύστημα ρενίνης – αγγειοτενσίνης – αλδοστερόνης και
- Η έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης.

Δυστυχώς, η βοήθεια των μηχανισμών αυτών δεν είναι καθολική με αποτέλεσμα να παρατηρείται βαθμιαία απώλεια της ικανότητας της καρδιάς να λειτουργήσει ως αντλία. Τα τυπικά συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι τα ακόλουθα:<sup>22,23</sup>

- Δύσπνοια στην άσκηση
- Ορθόπνοια
- Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια
- Καταβολή
- Κοιλιακά συμπτώματα σχετιζόμενα με τη δεξιά συμφορητική ανεπάρκεια

Τα συνηθέστερα αίτια καρδιακής δυσλειτουργίας είναι η βλάβη ή η απώλεια μυοκαρδιακού ιστού, η οξεία ή χρόνια ισχαιμία, οι αυξημένες αγγειακές



αντιστάσεις στην υπέρταση και οι εμμένουσες ταχυαρρυθμίες, όπως η κολπική μαρμαρυγή. Η στεφανιαία νόσος είναι η συχνότερη αιτία μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας, αποτελώντας το αίτιο για το 70% των ασθενών. Οι βαλβιδοπάθειες ευθύνονται για το 10% και οι μυοκαρδιοπάθειες για το υπόλοιπο 10% των περιπτώσεων.<sup>23</sup>

Άλλοι εκλυτικοί παράγοντες που είναι δυνατόν να επιδεινώσουν μια καρδιακή ανεπάρκεια είναι :

- Λοιμώξεις
- Μικροβιακή Ενδοκαρδίτιδα
- Μυοκαρδίτιδα
- Αναιμία
- Θυρεοτοξίκωση και Κύηση
- Αρρυθμίες
- Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
- Πνευμονική Εμβολή
- Υπερτασική Κρίση

Η καρδιακή ανεπάρκεια χωρίζεται σε οξεία και χρόνια μορφή. Η οξεία μορφή είναι σοβαρής έντασης και δεν παρατηρείται υπερτροφία του μυοκαρδίου (μεγαλοκαρδία) γιατί δεν υπάρχει επαρκής χρόνος για την ενεργοποίηση και ανάπτυξη των αντιρροπιστικών μηχανισμών της διατάσεως και της υπερτροφίας του μυοκαρδίου. Συνήθως, εκδηλώνεται οξύ πνευμονικό οίδημα χωρίς την ανάπτυξη στάσεως στην περιφέρεια. Οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι κατά σειρά ενεργοποίησης οι εξής:<sup>22,23</sup>

- Αύξηση της καρδιακής συχνότητας.
- Αύξηση της συσταλτικότητας.
- Αύξηση του προφορτίου και του μεταφορτίου.
- Αύξηση των συσταλτικών στοιχείων.

Οι κυριότερες παθήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είναι το εκτεταμένο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η αύξηση της

αρτηριακής πίεσης, η πνευμονική εμβολή, η απότομη ρήξη γλωχίνας ή μεσοκοιλιακού διαφράγματος ή ακόμα και η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια που μετατράπηκε σε οξεία μορφή.<sup>22,23</sup>

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, όπου παρατηρείται δυσλειτουργία και στις δύο κοιλίες, χαρακτηρίζεται από μεγαλοκαρδία λόγω της ενεργοποίησης των αντιρροπιστικών μηχανισμών της υπερτροφίας του μυοκαρδίου όπως επίσης από μείωση της καρδιακής παροχής και πτώση της αρτηριακής πίεσης.<sup>22,23</sup>

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να διαχωριστεί σε δεξιά ή αριστερή. Αναλυτικότερα :

Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια : Η βλάβη βρίσκεται στην αριστερά κοιλία που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την αορτή με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση προς τον αριστερό κόλπο και πνεύμονες και να προκαλείται εξίδρωση υγρού στον περιαγγειακό χώρο των πνευμονικών τριχοειδών ή στις κυψελίδες. Συνεπώς σε αυτή τη περίπτωση τα κλινικά συμπτώματα εκδηλώνονται από τους πνεύμονες με κυριότερο τη δύσπνοια.<sup>22,23</sup>

Η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας προοδευτικά επιδεινώνεται εκδηλώνεται αναδιαμόρφωση (Cardiac Remodeling) της αριστερής κοιλίας, όπου παρατηρείται διάταση, υπερτροφία και αλλαγή της καρδιάς σε σφαιρική μορφή. Αναλυτικότερα, η αναδιαμόρφωση (remodeling) του μυοκαρδίου χαρακτηρίζεται από υπερτροφία των κυττάρων του μυοκαρδίου, διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων και μεταβολές στη δομή της θεμέλιας ουσίας. Με την πάροδο του χρόνου η ινωτική καρδιά χάνει την ικανότητά της να λειτουργεί ως αντλία καθώς αποκτά πιο σφαιρική μορφή ενώ η διάταση που ήδη υπάρχει επιφέρει μεγαλύτερη διάταση και τελικά καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη του μυοκαρδιακού remodeling με την έγκαιρη διόρθωση, όπως για παράδειγμα ταχεία αντιμετώπιση στο έμφραγμα του μυοκαρδίου και καρδιοπροστασία κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής με φάρμακα. Σε ήδη εγκατεστημένη αναδιαμόρφωση, απαιτείται χειρουργική διόρθωση αμφικοιλιακή βηματοδότηση, η μηχανική υποβοήθηση της καρδιάς, έγχυση αρχηγόνων κυττάρων κ.ά.<sup>22,23</sup>

Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια : Η βλάβη, βρίσκεται στην δεξιά κοιλία που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την πνευμονική αρτηρία με αποτέλεσμα αύξηση της πίεσης προς δεξιό κόλπο. Συνεπώς σε αυτή τη περίπτωση τα κλινικά συμπτώματα εκδηλώνονται από την φλεβική στάση δηλ., με οιδήματα κάτω άκρων.

Ολική καρδιακή ανεπάρκεια : Είναι αποτέλεσμα συνύπαρξης της αριστερής και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Ανάλογα με δυσλειτουργία του μυοκαρδίου κατά τη συστολική ή/και διαστολική περίοδο, η καρδιακή ανεπάρκεια ταξινομείται ως εξής :<sup>22,23</sup>

- Στη συστολική καρδιακή ανεπάρκεια όπου παρατηρείται αδυναμία φυσιολογικής συστολής της καρδιάς, ανικανότητα φυσιολογικής παροχής με αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους των κοιλιών, αύξηση του τελοσυστολικού όγκου και της τελοδιαστολικής πίεσης.
- Στη διαστολική καρδιακή ανεπάρκεια όπου παρατηρείται παθολογική διατασιμότητα του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα αδυναμία φυσιολογικής πλήρωσης των κοιλιών.

Στους περισσότερους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια η συστολική και διαστολική δυσλειτουργία συνυπάρχουν.

Ανάλογα με τη συμπτωματολογία, παρατηρούνται τα εξής τέσσερα λειτουργικά στάδια σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά NYHA (New York Heart Association).

22-23

- Λειτουργικό στάδιο I : Οι ασθενείς έχουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας σε υψηλό επίπεδο άσκησης, πέρα του συνηθισμένου
- Στάδιο II : Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε κανονικό επίπεδο άσκησης
- Στάδιο III : Τα συμπτώματα εκδηλώνονται σε μικρή κόπωση
- Στάδιο IV: Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε ηρεμία, έτσι που οι ασθενείς είναι αδύνατο να αυτοεξυπηρετηθούν.

Μια άλλη γνωστή ταξινόμηση είναι η κατά Killip Ταξινόμηση, η οποία σχεδιάστηκε για να παρέχει μια κλινική εκτίμηση της δυσλειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος κατά τη θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Περιλαμβάνει τα εξής στάδια:<sup>23</sup>

Στάδιο I : Δεν υπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν διαπιστώνονται κλινικά σημεία καρδιακής δυσλειτουργίας.

Στάδιο II : Καρδιακή ανεπάρκεια. Στα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνονται οι υγροί ρόγχοι, ο τρίτος καρδιακός τόνος (S3) και η φλεβική πνευμονική υπέρταση. Υπάρχει πνευμονική συμφόρηση με υγρούς ρόγχους στο κατώτερο ήμισυ των πνευμονικών πεδίων.

Στάδιο III : Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια. Υπάρχει Πνευμονικό οίδημα με υγρούς ρόγχους που καταλαμβάνουν ολόκληρα τα πνευμονικά πεδία.

Στάδιο IV : Καρδιογενής καταπληξία. Στα κλινικά σημεία περιλαμβάνονται η υπόταση (ΣΑΠ $\leq$  90mmHg) και τα σημεία περιφερικής αγγειοσύσπασης, όπως ολιγουρία, κυάνωση και εφίδρωση.

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας τίθεται με βάση την κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται εργαστηριακά κυρίως με τις εξής εξετάσεις : <sup>22,23</sup>

- Ακτινογραφία.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ηχοκαρδιογραφία Doppler
- Holter 24ώρου καταγραφής καρδιακού ρυθμού
- Μαγνητική τομογραφία
- Υπερηχοκαρδιογράφημα
- Σπειρομέτρηση
- Δοκιμασία κοπώσεως
- Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος
- Βιοχημικό και αιματολογικό έλεγχο
- BNP – τύπου Β Νατριουρητικό Πεπτίδιο
- Καρδιακό καθετηριασμό

Τα συμπτώματα στην καρδιακή ανεπάρκεια οφείλονται :α) στη στάση του αίματος στους πνεύμονες και την περιφέρεια και β) στην ελαττωμένη καρδιακή παροχή και συνοψίζονται ως εξής : <sup>22,23</sup>

- **Δύσπνοια:** Οφείλεται στην αυξημένη προσπάθεια που καταβάλλει κατά την αναπνοή και εκδηλώνεται σε όλες τις μορφές της νόσου.
- **Ορθόπνοια:** Αποτελεί σύμπτωμα προχωρημένου σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας και οφείλεται στη στάση του αίματος στους πνεύμονες.

- **Νυκτερινή Παροξυσμική Δύσπνοια:** Αποτελεί σύμπτωμα που εκδηλώνεται στον ύπνο λόγω της ελαττωμένης αδρενεργικής διέγερσης και συνήθως συνοδεύεται από βήχα και συριγμό.
- **Καρδιακό Άσθμα:** Χαρακτηρίζεται από συριγμό που οφείλεται σε βρογχοσπασμό λόγω του οιδήματος του βλεννογόνου των βρόγχων από τη στάση του αίματος στους πνεύμονες.
- **Οξύ Πνευμονικό Οίδημα:** Αποτελεί επικίνδυνο σύμπτωμα που εάν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο και οφείλεται στην αύξηση των πνευμονικών πιέσεων λόγω συμφόρησης των πνευμόνων.
- **Κεντρικού τύπου άπνοια ή αναπνοή Cheyne – Stokes:** Χαρακτηρίζεται από αύξηση του πλάτους και της συχνότητας των αναπνοών τα οποία μεταπίπτουν σε απνοϊκή φάση λόγω της μειωμένης ευαισθησίας του αναπνευστικού κέντρου στη μερική πίεση διοξειδίου του άνθρακα.
- **Αδυναμία και Εύκολη Κόπωση:** Αποτελεί σύμπτωμα που εκδηλώνεται από τα πρώτα στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας και οφείλεται στη ελαττωμένη παροχή αίματος προς τους σκελετικούς μυς.
- **Γαστρεντερικά Ενοχλήματα:** Εκδηλώνεται ανορεξία, ναυτία και αίσθημα πληρότητας στην κοιλία.
- **Εγκεφαλική συμπτωματολογία:** εκδηλώνεται άγχος, σύγχυση, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές μνήμης και αϋπνία λόγω της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας και της μειωμένης καρδιακής παροχής και υποξαιμίας.

Τα κυριότερα κλινικά ευρήματα καρδιακής ανεπάρκειας είναι ως εξής:<sup>22,23</sup>

- Ταχυκαρδία
- 3<sup>ος</sup> ή 4<sup>ος</sup> τόνος
- Συστολικό φύσημα
- Σφύζουσες και διεταταμένες σφαγίτιδες
- Μικρός αρτηριακός σφυγμός:
- Υγροί ρόγχοι
- Περιφερικό οίδημα
- Ηπατομεγαλία – Ίκτερος
- Καρδιακή καχεξία και ατροφία των σκελετικών μυών

- Άλλες κλινικοεργαστηριακές εκδηλώσεις, όπως ψυχρά άνω και κάτω άκρα, ελαττωμένη διούρηση και αύξηση του ειδικού βάρους των ούρων, πρωτεϊνουρία και υπονατριουρία, κ.ά.

Σκοπός της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου δεν είναι μόνο η ανακούφιση των συμπτωμάτων, αλλά επίσης η μείωση της θνητότητας και της ενδοσκομοειακής νοσηλείας, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και παράταση της επιβίωσης.<sup>22</sup>

Η στρατηγική της θεραπείας της καρδιακής ανεπάρκειας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη, ωστόσο επιγραμματικά έχει τους ακόλουθους στόχους : α) αντιμετώπιση της αιτίας όταν αυτό είναι εφικτό (αρτηριακή πίεση, συγγενής καρδιοπάθεια, βαλβιδοπάθεια, ενδοκαρδίτιδα) β) αντιμετώπιση του εκλυτικού αιτίου για την εκδήλωση της (πυρετός, λοίμωξη, αναιμία) γ) ελάττωση του καρδιακού έργου και δ) μείωση του μεταφορτίου της αριστερής κοιλίας (πρώτο μέλημα της φαρμακευτικής αγωγής) και ε) ενίσχυση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας (βασική επιδίωξη κατά τη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας).<sup>22</sup>

Η θεραπευτική αγωγή της καρδιακής ανεπάρκειας περιλαμβάνει :<sup>22,23</sup>

- Την μη φαρμακευτική αντιμετώπιση - υγιεινοδιαιτητική αγωγή
- Την φαρμακευτική αντιμετώπιση
- Την επεμβατική μη χειρουργική θεραπεία
- Την χειρουργική θεραπεία
- Την κυτταρική θεραπεία
- Την γονιδιακή θεραπεία

Όσον αφορά τη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση - υγιεινοδιαιτητική αγωγή, συνιστάται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς τροποποίηση παραγόντων κινδύνου, όπως μείωση σωματικού βάρους, διακοπή καπνίσματος, περιορισμός του άλατος στο φαγητό, αποφυγή υπερβολικής κόπωσης, αποφυγή λήψης μεγάλης ποσότητας υγρών. Σε συμπτωματικούς ασθενείς συνιστάται ανάπαυση, δίαιτα για την ανάκτηση της καρδιακής εφεδρείας και να μην εκδηλώνεται δύσπνοια σε μέτρια κόπωση. Στην φαρμακευτική αντιμετώπιση, τα κυριότερα φάρμακα που

χορηγούνται είναι : διουρητικά, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ( $\alpha$ -ΜΕΑ) και διγοξίνη με ή χωρίς αγγειοδιασταλτικά.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## **Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα τα όποια επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους.<sup>13</sup>

Ο παραδοσιακός αντικειμενικός σκοπός στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η βελτίωση της πρόγνωσης, η μεγιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου στην καθημερινή του ζωή και, γενικά, η επίτευξη καλής ποιότητας ζωής εντός των περιορισμών που επιβάλλει η κατάσταση υγείας.<sup>13</sup>

Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής αποτελεί σχετικά νέα επιστημονική μέτρηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων καθώς και της πορείας της νόσου.<sup>13</sup>

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

### **1. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 127 ασθενείς (65 άνδρες και 62 γυναίκες) που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών είναι ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία Γ.Ν.Α "Ιπποκράτειο", Λαϊκό, ΙΑΣΩ, Ερυθρός, Ευαγγελισμός, Παπαγεωργίου, Γ'ΙΚΑ, κατά τη χρονική περίοδο Απρίλιος 2013 – Η Σεπτέμβριος 2013.

Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν έχουν διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας και να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ζητούσε την προφορική συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της

συνέντευξης χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της μελέτης.

Για τη συλλογή των στοιχείων συμπληρώθηκαν οι παρακάτω κλίμακες :

1. Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη & άγχος) των ασθενών με ΚΑ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)”. Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1983 από τους Zigmond AS & Snaith RP.<sup>24</sup> Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της τετράβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 0 – 3. Επτά από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης (οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12 και 14) και οι υπόλοιπες επτά αξιολογούν το επίπεδο άγχους (οι ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11 και 13) των ερωτώμενων. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την κατάθλιψη και αυτές που αξιολογούν το άγχος οδηγώντας σε δύο σκορ το εύρος τιμών των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 21. Υψηλότερες τιμές των σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Επιπλέον, και για τα 2 σκορ έχει προταθεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία η εξής κατηγοριοποίηση: σκορ 0-7 που υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, αντίστοιχα, σκορ 8-10 που υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης, αντίστοιχα, και σκορ >11 που υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους/κατάθλιψης.

Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από την Μηστακίδου και συν. το 2004.<sup>24</sup> Η παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε ανέδειξε 2 παράγοντες ίδιους με αυτούς της αρχικής κλίμακας. Τόσο η εσωτερική συνοχή όσο και η εγκυρότητα των δύο υπό-κλιμάκων βρέθηκε να είναι ικανοποιητική.

2. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “ Minnesota Living With Heart Failure”. Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1986 από το Πανεπιστήμιο της Minnesota.<sup>25</sup> Η κλίμακα Minnesota αποτελείται από 21

ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ τον τελευταίο μήνα (4 βδομάδες). Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της εξάβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 0 – 5. Δύο επιμέρους ομάδες ερωτήσεων διακρίνονται από την κλίμακα Minnesota. Οι ερωτήσεις 2-7,12,13 αξιολογούν την σωματική κατάσταση του ασθενή, και οι ερωτήσεις 17-21 την ψυχική κατάσταση. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την σωματική κατάσταση, για αυτές που αξιολογούν την ψυχική κατάσταση καθώς και όλες οι ερωτήσεις μαζί για ένα συγκεντρωτικό σκορ, οδηγώντας σε τρία σκορ το εύρος τιμών των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 40, 0 και 25, 0 και 105 αντίστοιχα. Υψηλότερες τιμές των σκορ υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Στις παραπάνω κλίμακες καταγράφηκαν επίσης ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Επιπλέον, οι ασθενείς ερωτήθηκαν να χαρακτηρίσουν τη σχέση τους με το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό, ως πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή ή πολύ κακή.

## **Στατιστική Ανάλυση**

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέσες τιμές± τυπικές αποκλίσεις, αν ακολουθούν την κανονική κατανομή και με διάμεσο (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) αν έχουν ασύμμετρη κατανομή.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με Q-Q plots. Η κανονικότητα απορρίπτεται για όλες τις συνεχείς μεταβλητές γι' αυτό και η περαιτέρω ανάλυση έγινε με μη παραμετρικούς ελέγχους. Το κριτήριο Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική συνεχή μεταβλητή και μία ποιοτική με περισσότερες από 2 κατηγορίες (π.χ. επίπεδο άγχους και επίπεδο κατάθλιψης) ενώ ο έλεγχος Man-Whitney για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας ποιοτικής μεταβλητής με 2 κατηγορίες. Το κριτήριο

$\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε για να ελέγξουμε την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε 2 ποιοτικές μεταβλητές.

Επιπλέον, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ καθώς και μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως συντελεστές παλινδρόμησης  $\beta$  ( $\beta$ -coefficients) και 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 20 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Η μελέτη έγινε αποδεκτή από την Ηθική Επιτροπή Ιατρικών Ερευνών του εκάστοτε νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου.

## 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφικά Στοιχεία

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται κάποια κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι οι άνδρες αποτελούν το 51,2% του δείγματος, ενώ το 66,1% του δείγματος είναι ηλικίας άνω των 60 ετών. Από τους 127 ασθενείς οι 75 είναι απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου, ενώ μόλις 7 άτομα είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Το 34,6% του δείγματος έχουν τα οικιακά ως επάγγελμα, ενώ 2 άτομα δεν έχουν εργασία. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι ασθενείς κατοικούν σε πρωτεύουσα νομού (69,3%) και 24 άτομα διαμένουν στην ύπαιθρο. Το ποσοστό των παντρεμένων είναι αρκετά υψηλό και ανέρχεται στο 86,6% και το 23,6% έχει πάνω από δύο παιδιά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>		
• Άνδρας	65	51,2
• Γυναίκα	62	48,8
<b>Ηλικία</b>		
• 30-39	6	4,7
• 40-49	6	4,7
• 50-59	13	10,2
• 60-69	53	41,7
• >=70	49	38,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
• Έγγαμος	110	86,6
• Άγαμος	5	3,9
• Διαζευγμένος-Διάσταση	5	3,9
• Χήρος	6	4,7
• Συμβίωση	1	0,8
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>		

• Δημοτικό	32	25,2
• Γυμνάσιο-Λύκειο	75	59,1
• ΑΕΙ-ΤΕΙ	13	10,2
• Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	7	5,5
<b>Αριθμός παιδιών</b>		
• Κανένα	7	5,5
• Ένα	11	8,7
• Δύο	79	62,2
• >2	30	23,6

Στον Πίνακα 2 τα στοιχεία που παρουσιάζονται αφορούν τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το ποσοστό των ασθενών που ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά είναι 46,5%. Μόλις 1 άτομο δεν είχε ενημερωθεί καθόλου για το πρόβλημα υγείας του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60,6%) νοσεί από 6-10 χρόνια. Το 88,2% έχει νοσηλευτεί ξανά για τον ίδιο λόγο από τους οποίους το 74,6% νοσηλεύτηκε μια φορά το χρόνο. Μόλις 2 άτομα έχουν νοσηλευτεί σε ιατρεία και όχι κλινική, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας σε κλινική είναι 4,92 μέρες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 :**Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά</b>		
• Ναι	59	46,5
• Όχι	68	53,5
<b>Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας</b>		
• Πολύ	30	23,6
• Αρκετά	92	72,4
• Λίγο	4	3,1
• Καθόλου	1	0,8
<b>Χρόνια από την εκδήλωση του προβλήματος</b>		
• Κάτω από χρόνο	3	2,4
• 2-5	21	16,5
• 6-10	77	60,6

• 11-15	23	18,1
• >15	3	2,4
Συχνότητα νοσηλείας λόγω προβλήματος		
• 1 φορά το χρόνο	94	74,6
• 2 φορές το χρόνο	29	23,0
• 3 φορές το χρόνο	1	0,8
• >3 φορές το χρόνο	2	1,6
	<b>Μέσος</b>	<b>Τυπ.Αποκλ.</b>
Ημέρες νοσηλείας σε κλινική	4,92	2,03

Στον Πίνακα 3 παρατηρείται ότι, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος είχαν καλές έως πολύ καλές σχέσεις τόσο με το ιατρικό προσωπικό όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Σχέσεις με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό

Διαπροσωπική σχέση με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	N	%
Σχέση με το Ιατρικό Προσωπικό		
• Πολύ καλή	62	48,8
• Καλή	60	47,2
• Μέτρια	4	3,1
• Κακή	0	0
• Πολύ κακή	1	0,8
Σχέση με το Νοσηλευτικό Προσωπικό		
• Πολύ καλή	84	66,1
• Καλή	35	27,6
• Μέτρια	6	4,7
• Κακή	1	0,8
• Πολύ κακή	1	0,8

## Άγχος & Κατάθλιψη

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι, μόνο το 6,3% του δείγματος χαρακτηρίζεται από μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ το 49,6% των ατόμων, σχεδόν το μισό δείγμα, βρέθηκε να βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλίμακας. Επίσης, όπως φαίνεται στον ίδιο Πίνακα, το 35,4% των ασθενών παρουσίαζε χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και το 11,8% υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα της κατάθλιψης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 :** Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του

Επίπεδα Άγχους	N	%
Χαμηλό (0-7)	56	44,1
Μέτριο (8-10)	8	6,3
Υψηλό (>11)	63	49,6
<b>Επίπεδα Κατάθλιψης</b>		
Χαμηλό (0-7)	45	35,4
Μέτριο (8-10)	67	52,8
Υψηλό (>11)	15	11,8

## Ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 6 παρατηρούμε ότι τουλάχιστον το 50% των ασθενών έχουν συνολική βαθμολογία κάτω από 54 (διάμεσος) στη συνολική βαθμολογία που εκφράζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και κάτω από 22 και 11 για τη σωματική και ψυχική κατάσταση, αντίστοιχα. Αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία, βρέθηκε ότι το 25% των συμμετεχόντων είχε συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη από 60 ενώ η μέγιστη βαθμολογία που παρατηρήθηκε στο δείγμα ήταν 90. Αντίστοιχα, όσον αφορά στη σωματική κατάσταση και την ψυχική κατάσταση, βρέθηκε ότι το 25% των συμμετεχόντων ασθενών είχε συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη από 26 και 12, αντίστοιχα με μέγιστη βαθμολογία το 34 και 24, αντίστοιχα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.** Μέτρηση των επιπτώσεων της καρδιακής ανεπάρκειας

	<b>Μέσος</b>	<b>Τυπ.Αποκλ.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Τελικό Σκορ MINNESOTA (Εύρος 0-105)</b>	51,02	13,23	0	90
<b>Σωματική Κατάσταση (Εύρος 0-40)</b>	22,62	5,28	0	34
<b>Ψυχική Κατάσταση (Εύρος 0-25)</b>	9,20	4,26	0	24

#### **ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Ο πίνακας 7 παρουσιάζει τη συσχέτιση τη συνολικής βαθμολογίας του άγχους με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Παρατηρούμε ότι το επίπεδο του άγχους παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο και τον αριθμό των παιδιών. Πιο αναλυτικά το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά/μέτρια επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για αυτούς που είναι απόφοιτοι δημοτικού ή έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (81,3% και 60% αντίστοιχα), ενώ το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους είναι μεγαλύτερο για αυτούς που έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (65,3%). Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά/μέτρια επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για αυτούς που έχουν 0-1 και >2 παιδιών (66,7% και 83,3% αντίστοιχα), ενώ το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για αυτούς που έχουν 2 παιδιά (65,8%).

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τη συσχέτιση του άγχους με διάφορα χαρακτηριστικά της κατάστασης της υγείας του δείγματος. Όλα τα χαρακτηριστικά της κατάστασης της υγείας παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο άγχους των ασθενών. Συγκεκριμένα το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους είναι μεγαλύτερο στα άτομα που παίρνουν αγχολυτικά (98,3%), και χαμηλότερο στα άτομα που δεν παίρνουν αγχολυτικά (7,4%). Το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που είναι λίγο/καθόλου ή αρκετά ενημερωμένοι για το πρόβλημά τους (60,9% και 80%) και χαμηλότερο για τα άτομα που είναι πολύ ενημερωμένα για το πρόβλημά τους (13,3%). Το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για τα

άτομα που πάσχουν λιγότερο από δέκα χρόνια (61,4%) και χαμηλότερο για τα άτομα που πάσχουν περισσότερο από δέκα χρόνια (3,8%). Το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για τα άτομα που νοσηλεύονται μια φορά το χρόνο (58,9%) και χαμηλότερο για τα που νοσηλεύονται από δύο φορές και πάνω το χρόνο (22,6%). Τέλος οι ημέρες νοσηλείας έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Τουλάχιστον το 50% των ασθενών με μέτρια/χαμηλά επίπεδα άγχους νοσηλεύονται 5 μέρες, ενώ τουλάχιστον το 50% των ασθενών με υψηλά επίπεδα άγχους 4 μέρες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.** Συσχέτιση του επιπέδου άγχους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

	ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ				p
	Χαμηλό/Μέτριο		Υψηλό		
	N	%	N	%	
Φύλο					
• Άνδρας	34	52,3%	31	47,7%	0,659
• Γυναίκα	30	48,4%	32	51,6%	
Ηλικία					
• <60	14	56,0%	11	44,0%	0,822
• 60-69	26	49,1%	27	50,9%	
• >=70	24	49,0%	25	51,0%	
Οικογενειακή κατάσταση					
• Έγγαμος	56	50,9%	54	49,1%	0,768
• Άλλο	8	47,1%	9	52,9%	
Μορφωτικό Επίπεδο					
• Απόφοιτος Δημοτικού	26	81,3%	6	18,8%	<b>&lt;0,001</b>
• Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	26	34,7%	49	65,3%	
• Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	12	60,0%	8	40,0%	
Αριθμός παιδιών					
• 0-1	12	66,7%	6	33,3%	<b>&lt;0,001</b>
• 2	27	34,2%	52	65,8%	
• >2	25	83,3%	5	16,7%	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.** Συσχέτιση του επιπέδου άγχους με χαρακτηριστικά της κατάστασης υγείας και της νοσηλείας

	ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ				p
	Χαμηλό/Μέτριο		Υψηλό		
	N	%	N	%	
Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά					
• Ναι	1	1,7%	58	98,3%	<b>&lt;0,001</b>
• Όχι	63	92,6%	5	7,4%	
Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας					
• Πολύ	4	13,3%	26	86,7%	<b>&lt;0,001</b>
• Αρκετά	56	60,9%	36	39,1%	
• Λίγο/ Καθόλου	4	80,0%	1	20,0%	
Χρόνια από την εκδήλωση του προβλήματος					
• <=10	39	38,6%	62	61,4%	<b>&lt;0,001</b>
• >10	25	96,2%	1	3,8%	
Συχνότητα νοσηλείας λόγω προβλήματος					
• 1 φορά το χρόνο	39	41,1%	56	58,9%	<b>0,001</b>
• >=2 φορές το χρόνο	24	77,4%	7	22,6%	
	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>	
Ημέρες νοσηλείας σε κλινική	5	(5-5)	4	(4-4)	<b>0,000</b>

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τη συσχέτιση των επιπέδων άγχους με τη σχέση των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Παρατηρούμε ότι τα επίπεδα άγχους παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη σχέση των ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά/μέτρια επίπεδα άγχους είναι υψηλότερο για τα άτομα που έχουν καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό (80%), και χαμηλότερο για τα άτομα που έχουν πολύ καλές σχέσεις (38,1%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9.** Συσχέτιση του επιπέδου άγχους με τη σχέση ασθενών-ιατρο/νοσηλευτικού προσωπικού

	Χαμηλό/Μέτριο		Υψηλό		p
	N	%	N	%	
Σχέση με το Ιατρικό Προσωπικό					
• Πολύ καλή	29	46,8%	33	53,2%	0,699
• Καλή	32	53,3%	28	46,7%	
• Κάτω του μετρίου	3	60,0%	2	40,0%	
Σχέση με το Νοσηλευτικό Προσωπικό					
• Πολύ καλή	32	38,1%	52	61,9%	<b>&lt;0,001</b>
• Καλή	28	80,0%	7	20,0%	
• Κάτω του μετρίου	4	50,0%	4	50,0%	

#### **ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Ο πίνακας 11 παρουσιάζει τη συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Παρατηρούμε από τα αποτελέσματα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και σε όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ενδεικτικά, παρατηρούμε πως το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των γυναικών (48,4%), το ποσοστό των ατόμων με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των αντρών (69,2%), και το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των γυναικών (16,1%). Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (65%), το ποσοστό των ατόμων με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού (71,9%), και το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (30%).

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα

στα επίπεδα κατάθλιψης και όλα τα κλινικά χαρακτηριστικά. Ενδεικτικά και πάλι το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που δεν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά (60,3%), το ποσοστό των ατόμων με μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά (74,6% και 18,6% αντίστοιχα). Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που νοσούν για λιγότερο από 10 χρόνια (41,6%), το ποσοστό των ατόμων με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που νοσούν περισσότερο από 10 χρόνια (76,9%), και το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι παρόμοιο για τα άτομα που νοσούν λιγότερο από δέκα χρόνια και περισσότερο από δέκα χρόνια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.** Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Χαμηλό		Μέτριο		Υψηλό		p
	N	%	N	%	N	%	
Φύλο							<b>0,001</b>
• Άνδρας	15	23,1%	45	69,2%	5	7,7%	
• Γυναίκα	30	48,4%	22	35,5%	10	16,1%	
Ηλικία							<b>&lt;0,001</b>
• <60	16	64,0%	2	8,0%	7	28,0%	
• 60-69	26	49,1%	23	43,4%	4	7,5%	
• >=70	3	6,1%	42	85,7%	4	8,2%	
Οικογενειακή κατάσταση							<b>&lt;0,001</b>
• Έγγαμος	38	34,5%	66	60,0%	6	5,5%	
• Άλλο	7	41,2%	1	5,9%	9	52,9%	
Μορφωτικό Επίπεδο							<b>&lt;0,001</b>
• Απόφοιτος Δημοτικού	5	15,6%	23	71,9%	4	12,5%	
• Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	27	36,0%	43	57,3%	5	6,7%	
• Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	13	65,0%	1	5,0%	6	30,0%	
Αριθμός παιδιών							<b>&lt;0,001</b>
• 0-1	12	66,7%	1	5,6%	5	27,8%	
• 2	29	36,7%	45	57,0%	5	6,3%	
• >2	4	13,3%	21	70,0%	5	16,7%	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.** Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	Χαμηλό		Μέτριο		Υψηλό		p
	N	%	N	%	N	%	
Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά							
• Ναι	4	6,8%	44	74,6%	11	18,6%	<b>&lt;0,001</b>
• Όχι	41	60,3%	23	33,8%	4	5,9%	
Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας							
• Πολύ	4	13,3%	22	73,3%	4	13,3%	<b>&lt;0,001</b>
• Αρκετά	39	42,4%	45	48,9%	8	8,7%	
• Λίγο/ Καθόλου	2	40,0%	0	0,0%	3	60,0%	
Χρόνια από την εκδήλωση του προβλήματος							
• ≤10	42	41,6%	47	46,5%	12	11,9%	<b>0,012</b>
• >10	3	11,5%	20	76,9%	3	11,5%	
Συχνότητα νοσηλείας λόγω προβλήματος							
• 1 φορά το χρόνο	40	42,6%	45	47,9%	9	9,6%	<b>0,007</b>
• ≥2 φορές το χρόνο	4	12,5%	22	68,8%	6	18,8%	
	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>	
Ημέρες νοσηλείας	5	(5-5)	4	(4-5)	6	(4-8)	<b>0,001</b>

Ο πίνακας 13 παρουσιάζει τη συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με τη σχέση των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη σχέση των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το ποσοστό των ασθενών με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ασθενών με κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό (60%) και μεταξύ των ασθενών με καλές

σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό (82,9%), το ποσοστό των ασθενών με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ασθενών με πολύ καλές σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (72,6% και 76,2% αντίστοιχα), και το ποσοστό των ατόμων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερο μεταξύ των ασθενών με κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (40% και 62,5% αντίστοιχα).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.** Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με τη σχέση ασθενών-ιατρο/νοσηλευτικού προσωπικού

	Χαμηλό		Μέτριο		Υψηλό		p
	N	%	N	%	N	%	
Σχέση με το Ιατρικό Προσωπικό							<b>&lt;0,001</b>
• Πολύ καλή	10	16,1%	45	72,6%	7	11,3%	
• Καλή	32	53,3%	22	36,7%	6	10,0%	
• Κάτω του μετρίου	3	60,0%	0	0,0%	2	40,0%	
Σχέση με το Νοσηλευτικό Προσωπικό							<b>&lt;0,001</b>
• Πολύ καλή	14	16,7%	64	76,2%	6	7,1%	
• Καλή	29	82,9%	2	5,7%	4	11,4%	
• Κάτω του μετρίου	2	25,0%	1	12,5%	5	62,5%	

#### ΚΛΙΜΑΚΑ MINNESOTA ΚΑΙ ΣΥΧΕΤΙΣΕΙΣ

Ο πίνακας 15 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η κλίμακα της σωματικής κατάστασης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το φύλο, την ηλικία και τον αριθμό των παιδιών. Ενδεικτικά οι άνδρες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες που σημαίνει ότι βρίσκονταν σε χειρότερη σωματική κατάσταση απ' ότι οι γυναίκες. Επίσης, όσο αυξάνονταν η ηλικία των ασθενών, τόσο αυξάνονταν και το σκορ της σωματικής κατάστασης υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας βρίσκονταν σε χειρότερη σωματική κατάσταση. Τέλος οι ασθενείς με 2

παιδιά είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία (χειρότερη ποιότητα ζωής) σε σχέση με τους ασθενείς που δήλωσαν πως είχαν είτε περισσότερα από δύο παιδιά είτε λιγότερα από δύο.

Η κλίμακα της ψυχικής κατάστασης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τον αριθμό των παιδιών. Ενδεικτικά οι ασθενείς με ηλικία κάτω των 60 ετών είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στην κλίμακα της ψυχικής υγείας (χειρότερη ψυχική κατάσταση) συγκριτικά με τους ασθενείς ηλικίας άνω των 60. Οι ασθενείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

Το συνολικό σκορ της κλίμακας Minnesota συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το φύλο και τον αριθμό των παιδιών. Ενδεικτικά οι άνδρες συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες που σημαίνει ότι οι άνδρες αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες.

Ο πίνακας 16 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η κλίμακα της σωματικής κατάστασης συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τη φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά και με την ενημέρωση για την κατάσταση υγείας του ασθενή. Ενδεικτικά, οι ασθενείς που ελάμβαναν αγχολυτικά συγκέντρωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία από αυτούς που δεν ελάμβαναν, που σημαίνει ότι οι πρώτοι βρίσκονταν σε χειρότερη σωματική κατάσταση σε σχέση με τους δεύτερους.

Η κλίμακα της ψυχικής κατάστασης και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τη φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά, με την ενημέρωση για την κατάσταση υγείας του ασθενή και τα χρόνια από την εμφάνιση του προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι πολύ ενημερωμένοι ασθενείς βρίσκονταν σε χειρότερη ψυχική κατάσταση και γενικά είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής (υψηλότερο σκορ) σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επίσης, βρέθηκε ότι αυτοί που ελάμβαναν αγχολυτικά είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής και βρίσκονταν σε χειρότερη ψυχολογική κατάσταση σε σχέση με αυτούς που δεν ελάμβαναν. Τέλος, τα άτομα που έπασχαν από τη νόσο για λιγότερο από 10 χρόνια αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής και ήταν σε χειρότερη ψυχολογική



κατάσταση σε σχέση με αυτούς που έπασχαν από το συγκεκριμένο πρόβλημα για περισσότερο από 10 χρόνια.

Με βάση το συντελεστή συσχέτισης του Spearman βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ημερών νοσηλείας και της κλίμακας Minnesota. Που σημαίνει ότι όσο αυξάνονταν οι ημέρες νοσηλείας, τόσο μειώνονταν η βαθμολογία της σωματικής, ψυχικής κατάστασης και της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας, δηλαδή επιδεινώνεται η σωματική και ψυχική κατάσταση των ασθενών καθώς επίσης και συνολικά η ποιότητα ζωής τους. Οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης, όμως, ήταν εξαιρετικά χαμηλές υποδηλώνοντας ασθενή αρνητική συσχέτιση, που ενδεχομένως συνεπάγεται μη **κλινικά** σημαντική συσχέτιση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.** Συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

			Μέσος	Διάμεσος	(25%-75%)		p-value
<b>Φύλο</b>	Σωματική Κατάσταση	Άνδρας	23,29	22,00	22,00	28,00	<b>0,026</b>
		Γυναίκα	21,92	22,50	17,00	25,00	
	Ψυχική Κατάσταση	Άνδρας	9,31	10,00	5,00	12,00	0,135
		Γυναίκα	9,10	11,00	4,00	11,00	
	Συνολική βαθμολογία	Άνδρας	53,45	54,00	46,00	66,00	<b>0,024</b>
		Γυναίκα	48,48	54,00	35,00	54,00	
<b>Ηλικία</b>	Σωματική Κατάσταση	<60	20,76	21,00	18,00	24,50	<b>0,044</b>
		60-69	22,06	20,00	17,00	28,00	
		>=70	24,18	25,00	22,00	25,00	
	Ψυχική Κατάσταση	<60	11,64	12,00	10,00	13,00	<b>0,012</b>
		60-69	8,42	11,00	4,00	12,00	
		>=70	8,82	10,00	5,00	11,00	
	Συνολική βαθμολογία	<60	51,68	54,00	46,50	57,50	0,850
		60-69	49,87	50,00	35,00	66,00	
		>=70	51,94	54,00	46,00	54,00	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Σωματική Κατάσταση	Έγγαμος	22,34	22,00	17,75	25,00	0,206
		Άλλο	24,47	25,00	20,00	29,00	

			Μέσος	Διάμεσος	(25%-75%)		p-value
	Ψυχική Κατάσταση	Έγγαμος	8,66	11,00	5,00	12,00	<b>0,001</b>
		Άλλο	12,71	13,00	9,00	17,50	
	Συνολική βαθμολογία	Έγγαμος	49,92	53,00	43,00	57,00	0,056
		Άλλο	58,18	57,00	51,00	70,00	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Σωματική Κατάσταση	Απόφ. Δημοτικού	22,63	22,00	22,00	23,50	0,297
		Δευτ. Εκπαίδ.	22,88	25,00	17,00	28,00	
		Τριτ. Εκπαίδ.	21,65	20,50	19,25	23,75	
	Ψυχική Κατάσταση	Απόφ. Δημοτικού	6,84	5,00	5,00	8,00	<b>&lt;0,001</b>
		Δευτ. Εκπαίδ.	9,31	11,00	4,00	12,00	
		Τριτ. Εκπαίδ.	12,60	12,00	11,00	13,00	
	Συνολική βαθμολογία	Απόφ. Δημοτικού	47,44	46,00	45,25	49,75	0,085
		Δευτ. Εκπαίδ.	51,40	54,00	35,00	66,00	
Τριτ. Εκπαίδ.		55,35	53,00	50,25	58,00		
<b>Αριθμός παιδιών</b>	Σωματική Κατάσταση	0-1	20,39	20,50	17,00	22,50	<b>0,016</b>
		2	23,25	25,00	17,00	28,00	
		>2	22,30	22,00	22,00	22,00	
	Ψυχική Κατάσταση	0-1	10,89	11,50	8,75	13,00	<b>0,007</b>
		2	9,71	11,00	4,00	12,00	
		>2	6,87	5,00	5,00	9,25	
	Συνολική βαθμολογία	0-1	50,33	52,00	43,00	55,50	<b>0,049</b>
		2	52,62	54,00	35,00	66,00	
		>2	47,23	46,00	46,00	50,75	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.** Συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα κλινικά χαρακτηριστικά

			Μέσος	Διάμεσος	(25%-75%)		p-value
<b>Φαρμακευτική αγωγή με</b>	Σωματική Κατάσταση	Ναι	25,75	25,00	25,00	28,00	<b>&lt;0,001</b>
		Όχι	19,91	20,50	17,00	22,00	

<b>αγχολυτικά</b>	Ψυχική Κατάσταση	Ναι	11,95	12,00	11,00	12,00	<b>&lt;0,001</b>
		Όχι	6,82	5,00	4,00	10,00	
	Συνολική βαθμολογία	Ναι	59,24	57,00	54,00	66,00	<b>&lt;0,001</b>
		Όχι	43,90	46,00	35,00	51,00	
<b>Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας</b>	Σωματική Κατάσταση	Πολύ	25,57	28,00	27,25	28,00	<b>&lt;0,001</b>
		Αρκετά	21,52	22,00	17,00	25,00	
		Λίγο/ Καθόλου	25,20	22,00	18,50	33,50	
	Ψυχική Κατάσταση	Πολύ	11,47	12,00	11,75	12,00	<b>&lt;0,001</b>
		Αρκετά	8,43	9,00	5,00	11,00	
		Λίγο/ Καθόλου	9,80	10,00	7,00	12,50	
	Συνολική βαθμολογία	Πολύ	59,97	66,00	62,25	66,00	<b>&lt;0,001</b>
		Αρκετά	48,00	47,00	36,75	54,00	
		Λίγο/ Καθόλου	53,00	57,00	43,00	61,00	
<b>Χρόνια από την εκδήλωση του προβλήματος</b>	Σωματική Κατάσταση	<=10	22,63	25,00	17,00	28,00	0,485
		>10	22,58	22,00	22,00	22,00	
	Ψυχική Κατάσταση	<=10	9,98	11,00	5,50	12,00	<b>0,001</b>
		>10	6,19	5,00	5,00	5,00	
	Συνολική βαθμολογία	<=10	51,96	54,00	38,50	66,00	<b>0,024</b>
		>10	47,38	46,00	46,00	46,00	
<b>Συχνότητα νοσηλείας</b>	Σωματική Κατάσταση	1 φορά το χρόνο	22,24	25,00	17,00	28,00	0,436
		>=2 φορές το χρόνο	23,97	22,00	22,00	24,00	
	Ψυχική Κατάσταση	1 φορά το χρόνο	9,55	11,00	4,00	12,00	0,187
		>=2 φορές το χρόνο	8,13	5,00	5,00	11,00	
	Συνολική βαθμολογία	1 φορά το χρόνο	50,81	54,00	35,00	66,00	0,583
		>=2 φορές το χρόνο	51,94	46,00	46,00	57,00	
				<b>Spearman rho</b>	<b>p-value</b>		
<b>Ημέρες Νοσηλείας</b>	Σωμ.Κατ.			-0,252	<b>0,005</b>		
	Ψυχ.Κατ.			-0,269	<b>0,002</b>		
	Συνολική			-0,269	<b>0,002</b>		

	βαθμολογία					
--	------------	--	--	--	--	--

Ο πίνακας 17 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τη σχέση ασθενών και ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. Όλες οι σχέσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα που δήλωσαν πως έχουν κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά, αλλά και χειρότερη σωματική και ψυχική κατάσταση σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν ότι είχαν καλή σχέση ή πολύ καλή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.** Συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τη σχέση ασθενών-ιατρο/νοσηλευτικού προσωπικού

			Μέσος	Διάμεσος	(25%-75%)		p-value
<b>Σχέσεις με ιατρικό προσωπικό</b>	Σωματική Κατάσταση	Πολύ καλή	23,84	22,00	22,00	28,00	<b>0,004</b>
		Καλή	21,20	20,50	17,00	25,00	
		Κάτω του μετρίου	24,60	23,00	21,50	28,50	
	Ψυχική Κατάσταση	Πολύ καλή	9,32	11,50	5,00	12,00	<b>0,013</b>
		Καλή	8,88	11,00	4,00	11,00	
		Κάτω του μετρίου	11,60	11,00	9,50	14,00	
	Τελική Βαθμολογία	Πολύ καλή					<b>0,003</b>
			54,42	54,00	46,00	66,00	
		Καλή	47,15	53,00	35,00	54,00	
		Κάτω του μετρίου	55,40	57,00	51,50	58,50	
<b>Σχέσεις με νοσηλευτικό προσωπικό</b>	Σωματική Κατάσταση	Πολύ καλή	23,93	25,00	22,00	28,00	<b>&lt;0,001</b>
		Καλή	18,94	17,00	17,00	20,00	
		Κάτω του μετρίου	25,00	25,00	21,25	31,75	
	Ψυχική Κατάσταση	Πολύ καλή	9,67	11,00	5,00	12,00	<b>&lt;0,001</b>
		Καλή	7,43	4,00	4,00	12,00	
		Κάτω του μετρίου	12,13	11,00	10,25	14,00	
Τελική	Πολύ καλή	53,77	54,00	46,00	66,00	<b>&lt;0,001</b>	

			<b>Μέσος</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>(25%-75%)</b>		<b>p-value</b>
	Βαθμολογία						
		Καλή	43,34	35,00	35,00	52,00	
		Κάτω του μετρίου	55,75	57,00	52,50	64,75	

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ MINNESOTA ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο πίνακας 18 παρουσιάζει τη συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Όλες οι σχέσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους συγκέντρωσαν μεγαλύτερες βαθμολογίες και στις τρεις κλίμακες της Minnesota. Ομοίως και για τη σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης. Όσο μεγαλώνει το επίπεδο της κατάθλιψης, μεγαλώνει και η βαθμολογία της κλίμακας Minnesota. Άρα τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών συνολικά, αλλά και της σωματικής και ψυχικής κατάστασης ειδικότερα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.** Συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης

			Μέσος	Διάμεσος	(25%-75%)		p-value
<b>Επίπεδα Άγχους</b>	Σωματική	Χαμηλό/Μέτριο	19,28	20	17	22	<b>&lt;0,001</b>
	Κατάσταση	Υψηλό	26,02	25	25	28	
	Ψυχική	Χαμηλό/Μέτριο	6,36	5	4	9	
	Κατάσταση	Υψηλό	12,10	12	11	12	
	Τελικό Σκορ	Χαμηλό/Μέτριο	42,34	45	35	46	
		Υψηλό	59,84	57	54	66	<b>&lt;0,001</b>
<b>Επίπεδα Κατάθλιψης</b>	Σωματική	Χαμηλό	17,82	17	17	20	<b>&lt;0,001</b>
	Κατάσταση	Μέτριο	24,99*	25	22	28	
		Υψηλό	26,47**	27	21	32	
	Ψυχική	Χαμηλό	6,73**	4	4	11	
	Κατάσταση	Μέτριο	9,55*	11	5	12	
		Υψηλό	15,07***	14	12	18	
	Τελικό Σκορ	Χαμηλό	40,18	35	35	51	
Μέτριο		55,31*	54	46	66		
Υψηλό		64,5**	65	55	71		

\*Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ( $p < 0,05$ ) μεσαίου με χαμηλό επίπεδο, μετά από διόρθωση πολλαπλών έλεγχων bonferroni.

\*\* Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση υψηλού με χαμηλό επίπεδο, μετά από διόρθωση πολλαπλών έλεγχων bonferroni.

\*\*\* Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση υψηλού με μεσαίο επίπεδο, μετά από διόρθωση πολλαπλών έλεγχων bonferroni.

### **Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση**

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε (Πίνακας 19) ότι η τελική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους, μεσαία και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς που βιώνουν χαμηλά/μέτρια επίπεδα άγχους και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Minnesota από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους κατά 11,9 μονάδες, οπότε και η ποιότητα ζωής του είναι συγκριτικά χειρότερη. Ομοίως οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης έχουν κατά 7,9 και 15,8 μονάδες αντίστοιχα μεγαλύτερη βαθμολογία από τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Παρόμοια σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και τη βαθμολογία που εκφράζει τα επίπεδα σωματικής κατάστασης. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική κατάσταση από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους κατά 3,8 μονάδες, οπότε και η σωματική τους κατάσταση είναι συγκριτικά χειρότερη. Ομοίως οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης έχουν κατά 4,8 και 5,9 μονάδες αντίστοιχα μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής κατάστασης από τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Αναφορικά με την ψυχική κατάσταση των ασθενών, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα που εκφράζει τα επίπεδα της ψυχικής τους κατάστασης από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους κατά 5,2 μονάδες, οπότε και η ψυχική τους κατάσταση είναι συγκριτικά χειρότερη. Ομοίως οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο κατάθλιψης έχουν κατά 4,6 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία ψυχικής κατάστασης από τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης.

**Πίνακας 19:** Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που επηρεάζουν την κλίμακα Minnesota.

	Παράγοντες	Συντελεστής	95% ΔΕ		p-value
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
<b>Τελικό Σκορ</b>	Χαμηλό/Μεσαίο Επ. Άγχους	Κατ. Αναφ.			
	Υψηλό Επίπεδο Άγχους	11,794	7,798	15,790	<b>&lt;0,001</b>
	Χαμηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	Κατ. Αναφ.			
	Μεσαίο επίπεδο Κατάθλιψης	7,911	3,680	12,141	<b>&lt;0,001</b>
	Υψηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	15,835	9,788	21,882	<b>&lt;0,001</b>
<b>Σωματική Κατάσταση</b>	Χαμηλό/Μεσαίο Επ. Άγχους	Κατ. Αναφ.			
	Υψηλό Επίπεδο Άγχους	3,777	2,184	5,370	<b>&lt;0,001</b>
	Χαμηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	Κατ. Αναφ.			
	Μεσαίο επίπεδο Κατάθλιψης	4,849	3,163	6,536	<b>&lt;0,001</b>
	Υψηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	5,959	3,548	8,369	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ψυχική Κατάσταση</b>	Χαμηλό/Μεσαίο Επ. Άγχους	Κατ. Αναφ.			
	Υψηλό Επίπεδο Άγχους	5,246	4,025	6,467	<b>&lt;0,001</b>
	Χαμηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	Κατ. Αναφ.			
	Μεσαίο επίπεδο Κατάθλιψης	-0,395	-1,688	0,898	0,547
	Υψηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	4,603	2,755	6,451	<b>&lt;0,001</b>

Στη συνέχεια στο μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προστέθηκαν παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ή την ποιότητα ζωής των ασθενών σε μονοπαραγοντικό επίπεδο.

Η συσχέτιση μεταξύ της τελικής βαθμολογίας της κλίμακας Minnesota και των επιπέδων άγχους επηρεάζεται από τους συγχυτικούς παράγοντες, γίνεται στατιστικώς μη σημαντική, ενώ η σχέση με τα επίπεδα της κατάθλιψης παραμένει ίδια. Οι συγχυτικοί παράγοντες που συσχετίζονται με το συνολικό σκορ της κλίμακας Minnesota είναι οι: αν ο ασθενής έχει τελειώσει την τριτοβάθμια



εκπαίδευση (μεγαλύτερο σκορ κατά 15,9 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, άρα και χειρότερη ποιότητα ζωής), αν ο ασθενής είναι αρκετά ενημερωμένος (μικρότερο σκορ κατά 10,1 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που είναι λίγο/καθόλου ενημερωμένοι για την κατάσταση τους, άρα και καλύτερη ποιότητα ζωής), αν νοσηλεύεται μια φορά το χρόνο (μικρότερο σκορ κατά 7 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που νοσηλεύονται παραπάνω από μια φορά το χρόνο, άρα και καλύτερη ποιότητα ζωής), αν έχει πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό (μεγαλύτερο σκορ κατά 7,7 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν κάτω του μετρίου σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό, άρα και χειρότερη ποιότητα ζωής), οι ημέρες νοσηλείας (αν αυξηθούν κατά μια μέρα τότε και το σκορ αυξάνεται κατά 1,3 μονάδες, άρα και χειρότερη ποιότητα ζωής).

Η συσχέτιση μεταξύ της σωματικής κατάστασης και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης δεν επηρεάζεται από τους συγχυτικούς παράγοντες, παραμένει ίδια με τους συντελεστές να αλλάζουν ελαφρώς. Οι συγχυτικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την σωματική κατάσταση είναι οι: αν ο ασθενής έχει 2 παιδιά (μεγαλύτερο σκορ κατά 2,9 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν 0-1 παιδιά, άρα και χειρότερη σωματική κατάσταση), αν ο ασθενής είναι πολύ ή αρκετά ενημερωμένος (μικρότερο σκορ κατά 5,1 και 6 μονάδες αντίστοιχα συγκριτικά με τους ασθενείς που είναι λίγο/καθόλου ενημερωμένοι για την κατάσταση τους, άρα και καλύτερη σωματική κατάσταση), αν νοσηλεύεται μια φορά το χρόνο (μικρότερο σκορ κατά 2,8 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που νοσηλεύονται παραπάνω από μια φορά το χρόνο, άρα και καλύτερη σωματική κατάσταση), οι ημέρες νοσηλείας (αν αυξηθούν κατά μια μέρα τότε και το σκορ της σωματικής κατάστασης αυξάνεται κατά 0,5 μονάδες, άρα και χειρότερη σωματική κατάσταση).

Η συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής κατάστασης και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης επηρεάζεται από τους συγχυτικούς παράγοντες. Η σχέση με τα επίπεδα άγχους γίνεται στατιστικώς μη σημαντική και η σχέση με τα μεσαία και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης γίνεται στατιστικώς σημαντική. Οι συγχυτικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την ψυχική κατάσταση είναι οι: αν ο ασθενής έχει τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (μεγαλύτερο σκορ κατά 4,8 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, άρα και χειρότερη ψυχική κατάσταση), αν ο ασθενής έχει περισσότερα από 2 παιδιά (μικρότερο σκορ κατά 2,3 μονάδες

συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν 0-1 παιδιά, άρα και καλύτερη ψυχική κατάσταση), αν ο ασθενής παίρνει αγχολυτικά (μεγαλύτερο σκορ κατά 2,2 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν παίρνουν αγχολυτικά, άρα και χειρότερη ψυχική κατάσταση), αν ο ασθενής έχει πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό (μεγαλύτερο σκορ κατά 2,1 μονάδες συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν κάτω του μετρίου σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό, άρα και χειρότερη ψυχική κατάσταση), οι ημέρες νοσηλείας (αν αυξηθούν κατά μια μέρα τότε και το σκορ αυξάνεται κατά 0,4 μονάδες, άρα και χειρότερη ψυχική κατάσταση).

**Πίνακας 20:** Παράγοντες που επηρεάζουν την κλίμακα Minnesota.

Παράγοντες	Τελικό Σκορ		Σωματική Κατάσταση		Ψυχική Κατάσταση	
	Συντελεστής	p-value	Συντελεστής	p-value	Συντελεστής	p-value
<b>Άγχος</b>						
Χαμηλό/Μεσαίο Επ. Άγχους	Κατ. Αναφ.					
Υψηλό Επίπεδο Άγχους	4,188	0,343	4,892	<b>0,012</b>	0,653	0,608
<b>Κατάθλιψη</b>						
Χαμηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	Κατ. Αναφ.					
Μεσαίο Επίπεδο Κατάθλιψης	11,202	<b>&lt;0,001</b>	3,735	<b>0,006</b>	2,064	<b>0,021</b>
Υψηλό Επίπεδο Κατάθλιψης	15,763	<b>&lt;0,001</b>	3,420	<b>0,038</b>	5,451	<b>&lt;0,001</b>
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>						
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Κατ. Αναφ.					
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	5,748	0,111	1,611	0,305	0,531	0,608
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	15,918	<b>0,000</b>	3,302	0,055	4,773	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αριθμός Παιδιών</b>						
0-1 παιδιά	Κατ. Αναφ.					
2 παιδιά	4,254	0,122	2,963	<b>0,015</b>	0,339	0,668
>2 παιδιά	-4,907	0,168	0,736	0,635	-2,369	<b>0,022</b>
Όχι φαρμακ. αγωγή με αγχολυτικά	Κατ. Αναφ.					
Φαρμακ. αγωγή με αγχολυτικά	3,283	0,340	-0,673	0,654	2,214	<b>0,027</b>
<b>Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα τους</b>						
Πολύ ενημερωμένος	-5,546	0,291	-5,114	<b>0,027</b>	-2,126	0,162

Αρκετά ενημερωμένος	-10,113	<b>0,048</b>	-6,003	<b>0,008</b>	-2,556	0,083
Λίγο/Καθόλου ενημερωμένος	Κατ. Αναφ.					
<b>Έτη από την πρώτη εμφάνιση του προβλήματος</b>						
<10 χρ. εμφάνισης προβλήματος	-3,613	0,378	-1,604	0,371	1,066	0,368
>=10 χρ. εμφάνισης προβλήματος	Κατ. Αναφ.					
<b>Συχνότητα νοσηλείας λόγω προβλήματος</b>						
1 φορά το χρόνο νοσηλεία	-7,085	<b>0,022</b>	-2,847	<b>0,034</b>	-1,235	0,162
>1 φορά το χρόνο νοσηλεία	Κατ. Αναφ.					
<b>Σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό</b>						
Πολύ καλές σχέσεις με νοσηλ. προσ.	7,740	<b>0,034</b>	0,681	0,667	2,118	<b>0,045</b>
Καλές σχέσεις με νοσηλ. προσ.	4,842	0,214	-0,359	0,833	0,634	0,572
Κάτω του μετρίου σχέσεις με νοσ.πρ.	Κατ. Αναφ.					
<b>Ημέρες νοσηλείας</b>	1,297	<b>0,004</b>	0,487	<b>0,013</b>	0,380	<b>0,003</b>

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι, το 49,6% των συμμετεχόντων βίωνε υψηλά επίπεδα άγχους και το 11,8% υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι 4-5 φορές πιο συχνή στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.<sup>26,27</sup> Στην μετα-ανάλυση των Rutledge και συν.,<sup>28</sup> διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κυμαίνεται από 9% έως 60%. Οι ίδιοι ερευνητές που διερεύνησαν δεδομένα από 36 μελέτες έδειξαν ότι, το ποσοστό επιπολασμού της κατάθλιψης ποικίλλει από 19,3% όταν η κατάθλιψη ορίζεται με βάση διαγνωστικές συνεντεύξεις σε 33,6% όταν η διάγνωση βασίζεται σε ερωτηματολόγια. Η έρευνα των Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>29</sup> που μελέτησε την κατάθλιψη ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με την κλίμακα Zung Depression scale έδειξε ότι, στο 34,6% δεν παρατηρήθηκε κατάθλιψη ενώ το 27,3% βίωνε ήπιας έντασης κατάθλιψη, το 20,9% μέτρια κατάθλιψη και το 17,2% σοβαρή κατάθλιψη. Οι Vaccarino και συν.,<sup>30</sup> έδειξαν ότι, το 35%, το 33,5% και 9% του δείγματος ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ηλικίας άνω των 50 ετών είχαν ήπια, μέτρια ή βαθιά κατάθλιψη, αντίστοιχα. σε ερωτηματολόγια.

Παρότι, λιγότερα είναι γνωστά σχετικά με το άγχος σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, σύμφωνα με τον De Jong και συν.,<sup>31</sup> το άγχος είναι πιο συχνό σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια από τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σύμφωνα με τους Olafiranke και συν.,<sup>33</sup> το 38-70% όλων των ατόμων με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια έχουν κάποια μορφή άγχους ενώ σε άλλη αναφορά τα ποσοστά άγχους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κυμαίνονται από 28% έως 56%.<sup>33</sup>

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι διαφορές που παρατηρούνται σε παγκόσμια κλίμακα όσον αφορά τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης πιθανώς αποδίδονται στα διαφορετικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες. Η ανάγκη ενός κοινού εργαλείου μέτρησης είναι ολοφάνερη προκειμένου να συγκριθούν τα αποτελέσματα μεταξύ των πληθυσμών.<sup>29</sup>

Η διάγνωση του άγχους και της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική γιατί επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και αποτελούν δυσμενή προγνωστικά παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της καρδιακής ανεπάρκειας. Πιο συγκεκριμένα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας και ενεργούν ανεξάρτητα από βιολογικούς παράγοντες κινδύνου.<sup>34-36</sup>

Οι Jiang και συν.,<sup>37</sup> τόνισαν ότι η κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο επηρεάζουν την πρόγνωση της ισχαιμικής καρδιακής νόσου ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου με τα δεδομένα να τείνουν περισσότερο προς την κατάθλιψη ενώ τα στοιχεία που υποστηρίζουν την επίδραση του άγχους είναι αντικρουόμενα. Αναλυτικότερα, οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, το 39% των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είχε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και υποστήριξαν ότι, η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, έδειξαν ότι, η μείζων κατάθλιψη συνδεόταν με αυξημένη θνησιμότητα στους 3 μήνες και στο 1 έτος και με επανεισαγωγή στο νοσοκομείο στους 3 μήνες και στο 1 έτος. Αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι ήταν ανεξάρτητοι της ηλικίας, της κατάταξης κατά New York Heart Association, του κλάσματος εξώθησης και της ισχαιμικής αιτιολογίας της καρδιακής ανεπάρκειας. Ομοίως, οι O'Connor και συν.,<sup>38</sup> έδειξαν ότι, η κατάθλιψη, όπως ορίζεται από την κλίμακα Beck Depression Inventory BDI σκορ  $\geq 10$  και όχι η χρήση αντικαταθλιπτικών, σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι Pelle και συν.,<sup>39</sup> δήλωσαν ότι, η κατάθλιψη και η φτωχή κοινωνική στήριξη σχετίζεται με την κακή πρόγνωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατάληξε ο Smith<sup>40</sup> που δήλωσε ότι, η παρουσία της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με επιδείνωση της πρόγνωσης, αυξημένο κίνδυνο θανάτου, επανεισαγωγές και λειτουργική εξασθένηση.

Η παρούσα μελέτη έδειξε υψηλό ποσοστό άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς, καταδεικνύοντας τη σπουδαιότητα της διάγνωσης αυτών των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να διαγνώσουν ή ακόμα και να διαχειριστούν αποτελεσματικά το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς για πολλούς και ποικίλους λόγους. Πρώτον, τα θεωρούν ως μια

φυσική αντίδραση της νόσου, δεύτερον, δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στη θεραπεία της νόσου, τρίτον, υπό την πίεση της δουλειάς δεν αφιερώνουν επαρκή χρόνο στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους τέταρτον τα συμπτώματα της κατάθλιψης υπερκαλύπτουν τη συμπτωματολογία της καρδιακής ανεπάρκειας και τέλος δεν είναι αρκετά εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης.<sup>29,33,41-46</sup>

Οι Johansson και συν.,<sup>46</sup> υποστήριξαν ότι, η διάγνωση της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική διότι η νόσος σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο θάνατο και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάθε χώρας. Οι Lane και συν.,<sup>47</sup> ανέφεραν ότι, η καλύτερη χρονική στιγμή για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης είναι κατά τη διάγνωση και πριν την έξοδο από το νοσοκομείο ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης και δυνατότητα επανεκτίμησης. Επίσης, οι Amin και συν.,<sup>48</sup> τόνισαν ότι, η καταλληλότερη περίοδο για τη διάγνωση του άγχους και της κατάθλιψης είναι η διάρκεια της νοσηλείας γιατί τότε μπορούν να αξιολογηθούν όλοι οι ασθενείς εν αντιθέσει με εκείνους που διαβιώνουν στην κοινότητα και δείχνουν απροθυμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά στη πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί μεν να αναπτύσσουν μακροχρόνιες σχέσεις λόγω της στενής επαφής με τους ασθενείς αλλά η αξιολόγηση της συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και καρδιακής ανεπάρκειας συχνά παραμελείται και για το λόγο αυτό η ενσωμάτωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σημαντική.<sup>49,50</sup>

Οι βασικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάθλιψης είναι οι δομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις από εκπαιδευμένους κλινικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών οι οποίοι είναι εξοικειωμένοι με τον ασθενή όπως επίσης τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς από τους ασθενείς. Σε πρόσωπο-με-πρόσωπο συνεντεύξεις, το επίπεδο της κατάθλιψης μπορεί να υποτιμηθεί, επειδή οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να παραδεχθούν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης.<sup>51</sup>

Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου της κατάθλιψης, όπως η ηλικία, η φυσική κατάσταση, η προηγούμενη κατάθλιψη, η διαβίωση χωρίς κανένα άλλο άτομο, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, η λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, κ.ά.,

είναι σημαντική στην ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.<sup>52-54</sup>

Πλήθος παραγόντων πυροδοτούν τα προβλήματα από την ψυχική σφαίρα όπως η αβεβαιότητα για την έκβαση της νόσου, η απειλή του αιφνιδίου θανάτου και οι συνθήκες στο νοσοκομείο συμπεριλαμβανομένων των συχνών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.<sup>29,33,41</sup> Φοβίες είναι συχνές στον γενικό πληθυσμό και μπορούν να αναζωπυρωθούν στο περιβάλλον του νοσοκομείου, ειδικά εκείνες που έχουν να κάνουν με αίμα, σύριγγες, μικρόβια, ιατρούς κλπ (απλή φοβία). Επιπλέον, λόγω του συνωστισμού στα νοσοκομεία, και της αναγκαστικής επαφής με άλλους νοσηλευόμενους αναζωπυρώνονται και αυτές που έχουν να κάνουν με φόβο παρατήρησης του ατόμου από άλλους (κοινωνική φοβία).<sup>8,9</sup>

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης είχαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα που μετράει την ποιότητα ζωής των ασθενών υποδηλώνοντας ότι αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συσχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής.

Η καρδιακή ανεπάρκεια συνεπάγεται πλήθος περιορισμών σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική με αποτέλεσμα τα άτομα να βιώνουν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Η σωματική εξασθένιση που συνεπάγεται η νόσος έχει αντίκτυπο στη ψυχική σφαίρα καθώς τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να επιτελούν προηγούμενους λειτουργικούς ρόλους. Παράλληλα, παρουσιάζονται οικονομικές δυσκολίες οι οποίες προκύπτουν από μείωση του βαθμού παραγωγικότητας στην εργασία ή πρόωρη συνταξιοδότηση ή ακόμα και απώλεια εργασίας και τελικά επιτείνουν τα προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα.<sup>13</sup>

Οι Chung και συν.,<sup>27</sup> που μελέτησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, μέσης ηλικίας τα 62 χρόνια και κλάσμα εξώθησης  $34\% \pm 11,43\%$  έδειξαν ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς αξιολογούσαν ως φτωχότερη την ποιότητα ζωής τους. Οι Johansson και συν.,<sup>55</sup> τόνισαν ότι, τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας και η σωματική λειτουργικότητα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, πολλά ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η προσωπικότητα, το φύλο και η ηλικία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, διότι διαφορετικές αξίες είναι δυνατόν να αποτελούν αυτό που θεωρείται "ποιότητα ζωής" για το κάθε άτομο. Οι

νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την εκπαίδευση, την υποστήριξη και την άσκηση μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής θετικά.

Οι Erceg και συν.,<sup>56</sup> που αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής 136 νοσηλευμένων ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια βρήκαν ότι, φτωχότερη ποιότητα ζωής είχαν όσοι είχαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, χαμηλότερο εισόδημα, ιστορικό χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, καθώς και εκείνοι που ελάμβαναν ανταγωνιστές αλδοστερόνης και διγοξίνη ή πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή ή κατατάσσονταν σε ανώτερη κατηγορία στην κατά την NYHA ταξινόμηση. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η ανώτερη κατηγορία στην κατά NYHA ταξινόμηση, το χαμηλότερο εισόδημα και η μεγαλύτερη διάρκεια της καρδιακής ανεπάρκειας ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της κακής ποιότητας ζωής. Οι Ziegelstein και συν.,<sup>57</sup> υποστήριξαν ότι η φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον πιο πιθανό μηχανισμό που αιτιολογεί τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας που παρατηρείται στους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Οι Heo και συν.,<sup>58</sup> έδειξαν ότι, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν πιο σοβαρά σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα, φτωχότερη λειτουργική κατάσταση και χειρότερες αντιλήψεις για την υγεία. Η φυσική κατάσταση ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της ποιότητας ζωής.

Οι Nair και συν.,<sup>59</sup> υποστήριξαν ότι η καρδιακή ανεπάρκεια και η κατάθλιψη είναι εξουθενωτικές ασθένειες με σημαντικές επιπτώσεις για τη λειτουργική κατάσταση και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Παρότι, η ποιότητα ζωής και η κατάθλιψη συνυπάρχουν, αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ τους. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς αναπτύσσουν περισσότερα συμπτώματα, έχουν χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης με τη λήψη φαρμακευτική αγωγής, επιστρέφουν χρονικά αργότερα στην εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες και έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής. Σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιακή νόσο η κατάθλιψη επίσης προβλέπει μελλοντικά γεγονότα ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα ή σακχαρώδη διαβήτη.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η έρευνα των Gott και συν.,<sup>60</sup> που μελέτησαν 542 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια άνω των 60 χρόνων. Πιο



συγκεκριμένα, έδειξαν ότι, οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι γυναίκες, όσοι είχαν κατάθλιψη, οι ασθενείς με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και σε όσοι αντιμετωπίζουν συν-νοσηρότητα αξιολογούσαν ως φτωχή την ποιότητα της ζωής.

Οι Bekelman και συν.,<sup>61</sup> τόνισαν ότι, η κατάθλιψη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια συνεπάγεται πλήθος συμπτωμάτων, τα οποία με τη σειρά τους σχετίζονται με φτωχότερη ποιότητα ζωής. Οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι η ανακούφιση από τα συμπτώματα βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Οι Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>13</sup> έδειξαν ότι, οι άγαμοι, οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τα άτομα που ζούσαν σε πρωτεύουσα νομού ή μεγάλη πόλη αξιολογούσαν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, έδειξαν ότι, το 58,3% των ασθενών ανέφεραν ότι τα σωματικά τους προβλήματα επηρέασαν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους από 'αρκετά' έως 'πάρα πολύ' ενώ μικρότερο ποσοστό (38,2%) ανέφερε ότι τα συναισθηματικά προβλήματα επηρέασαν στον ίδιο βαθμό, αρνητικά, την ποιότητα ζωής

Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι, το συνολικό σκορ της κλίμακας Minnesota συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το φύλο και τον αριθμό των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες είχαν υψηλότερο σκορ σε σχέση με τις γυναίκες που σημαίνει ότι οι άνδρες έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες.

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας όσον αφορά το φύλο και την ποιότητα ζωής είναι αντικρουόμενα. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>13</sup> που διερεύνησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με την ίδια κλίμακα έδειξε ότι, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική ποιότητα ζωής ανάμεσα στο φύλο, όμως οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο συναισθηματικά και σωματικά αρνητικά από τους άνδρες, αντίστοιχα.

Η έρευνα των Gottlieb. και συν.,<sup>62</sup> έδειξε ότι οι γυναίκες με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν περισσότερες πιθανότητες (64%) να βιώνουν κατάθλιψη συγκριτικά με τους άνδρες. Οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν ότι, ακόμα και στο γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες έχουν πιο σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια με αυξημένη λειτουργική εξασθένιση και είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν χρόνια κατάθλιψη από τους άνδρες και πιο συγκεκριμένα το 2,6% των ανδρών και το 7% των θηλυκών βαθμολογούνται ως καταθλιπτικοί.

Ομοίως και οι Riedinger και συν.,<sup>63</sup> οι οποίοι μελέτησαν 1382 ασθενείς (691 άνδρες και 691 γυναίκες) έδειξαν ότι οι γυναίκες αξιολογούσαν φτωχότερη ποιότητα ζωής για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (μια υπο-διάσταση της φυσικής λειτουργίας) και την κοινωνική δραστηριότητα.

Οι Costello και συν.,<sup>64</sup> οποίοι παρατήρησαν διαφορές στον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν την καρδιακή ανεπάρκεια, με τους άνδρες να παρουσιάζουν κοινωνική απομόνωση σε αντίθεση με τις γυναίκες που βιώνουν το αίσθημα του φόβου. Αντιθέτως, οι Riedinger και συν.,<sup>65</sup> έδειξαν ότι, γυναίκες αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής, σε σχέση με τους άνδρες, σε ότι αφορά την καθημερινή ζωή και τις κοινωνικές δραστηριότητες.

Οι Strömberg και συν.,<sup>66</sup> υποστήριξαν ότι, οι άνδρες έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας αλλά το συνολικό ποσοστό επιπολασμού είναι παρόμοια και στα δύο φύλα. Δεδομένου ότι οι γυναίκες επιβιώνουν περισσότερα έτη μετά την έναρξη της καρδιακής ανεπάρκειας, τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας, όταν διαγνωστεί η νόσος. Οι συνθήκες ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες με καρδιακή ανεπάρκεια είναι διαφορετικές. Οι φυσικοί και κοινωνικοί περιορισμοί που επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής θεωρούνται ως πιο ενοχλητικοί για τους άνδρες, ενώ οι περιορισμοί που επηρεάζουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν την οικογένεια και τους φίλους είναι πιο δύσκολο αποδεκτοί από τις γυναίκες. Παρά το γεγονός ότι, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν χαμηλότερο συνολική ποιότητα ζωής από ό, τι οι άνδρες, εντούτοις αποδίδουν περισσότερο θετικές έννοιες για την ασθένειά τους.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής είναι χειρότερη (υψηλότερο σκορ) για τους ασθενείς με 2 παιδιά σε σχέση με αυτούς που έχουν λιγότερα ή περισσότερα από δύο.

Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος της παρούσης μελέτης είναι ότι, η ποιότητα ζωής πιθανόν σχετίζεται με το βαθμό στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να επιτελέσουν λειτουργικούς ρόλους στον ίδιο βαθμό όπως πριν την εμφάνιση της νόσου. Τέλος το εύρημα αυτό πιθανόν να αντανακλά την έλλειψη στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον.

Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι εκτενής αναφορά γίνεται στη βιβλιογραφία όχι για στη σχέση ποιότητας και κατάθλιψη ασθενών με τη σχέση με τα παιδιά τους αλλά αντιθέτως για την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής μεταξύ συζύγων και ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Για παράδειγμα, οι Chung και συν.,<sup>27</sup> έδειξαν ότι, το άγχος και η κατάθλιψη των συζύγων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψη ή άγχους του συζύγου να αποτελούν προγνωστικό δείκτη για φτωχότερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι Luttik και συν.,<sup>67</sup> τόνισαν ότι, οι περισσότεροι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια οι οποίοι ζουν μόνοι, κυρίως οι ηλικιωμένοι, οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, βρίσκονται σε κίνδυνο για χειρότερη ποιότητα ζωής ενώ βρήκαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε όσους ήταν παντρεμένοι.

Η έρευνα των Scherer και συν.,<sup>68</sup> στην οποία μελετήθηκαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έδειξε ότι τα άτομα που ζούσαν με σύντροφο ήταν λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη και είχαν χαμηλής έντασης συναισθηματικά προβλήματα.

Οι Jaarsma και συν.,<sup>69</sup> υποστήριξαν ότι, η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και των συντρόφων τους είναι φτωχή σε σύγκριση με αυτών από το γενικό πληθυσμό όπως επίσης με όσους υποφέρουν από άλλες χρόνιες νόσους. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών και των συντρόφων τους, φαίνεται να είναι αλληλένδετα, κάνοντας τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις περισσότερο περίπλοκες.

Οι Mårtensson και συν.,<sup>70</sup> θεωρούν ότι, οι σύζυγοι προσφέρουν σημαντική στήριξη προκειμένου οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, να παραμείνουν στην κοινότητα. Στην έρευνα τους που μελέτησαν σαράντα-οκτώ ζευγάρια, στα οποία όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες με καρδιακή ανεπάρκεια, έδειξαν ότι, οι ασθενείς ήταν σημαντικά πιο καταθλιπτικοί και αξιολογούσαν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους συζύγους. Η κατάθλιψη των συζύγων συνδέονταν με τη λειτουργική κατάσταση και εργασία των ασθενών και δεν επηρέαζε σημαντικά την κατάθλιψη του ασθενούς.

Οι Kato και συν.,<sup>71</sup> και οι Westlake και συν.,<sup>72</sup> δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και οικογενειακής κατάστασης (παντρεμένοι-ανύπαντροι).

Η αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν πρέπει να υποτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας αλλά αντιθέτως η παρουσία συντρόφου θα πρέπει να ενσωματώνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Πριν την έξοδο από το νοσοκομείο απαιτείται ιεράρχηση των αναγκών στήριξης (υλική-συναισθηματική).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι πολύ ενημερωμένοι ασθενείς βρίσκονται σε χειρότερη ποιότητα ζωής (υψηλότερο σκορ) σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Το εύρημα της παρούσης μελέτης πιθανά να σχετίζεται με το ότι οι καλά πληροφορημένοι ασθενείς έχοντας πλήρη επίγνωση των προβλημάτων και της πρόγνωσης της νόσου αξιολογούν φτωχότερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον, το εύρημα πιθανά να σχετίζεται και με τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο συμπεριλαμβανομένων των προσδοκιών και των συναισθημάτων με αποτέλεσμα να βιώνουν αδυναμίας εκπλήρωσης των στόχων τους.

Το εύρημα αυτό δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης των Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>13</sup> που μελέτησαν 139 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και έδειξαν ότι, καλύτερη ποιότητα ζωής ανέφεραν οι πολύ καλά ενημερωμένοι ασθενείς για το πρόβλημα υγείας τους, σε σχέση με εκείνους που ήταν ελάχιστα ή λίγο ενημερωμένοι.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποστηρίζεται, ότι οι ανάγκες πληροφόρησης ποικίλουν στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, κ.ά. Οι καρδιολογικοί ασθενείς επιθυμούν ενημέρωση όχι μόνο για τη νόσο και τη θεραπεία της, την πρόληψη των επιπλοκών ή των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά επίσης και για άλλα πρακτικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμα και οικονομικά θέματα. Οι διαφορές που παρατηρούνται όσον αφορά την ανάγκη πληροφόρησης δεν σημαίνουν απαραίτητως ότι διαφέρουν οι ανάγκες αλλά πιθανά αντανακλούν την ικανότητα κατανόησης της πληροφόρησης.<sup>73-75</sup>

Οι ασθενείς μπορεί μεν να θεωρούν τους εαυτούς τους ενημερωμένους, ωστόσο, η προφορική ενημέρωση είναι αυτή που αποτελεί τη βάση και θα πρέπει να συμπληρώνεται με έντυπα φυλλάδια ή οδηγίες συμπεριλαμβανομένων ακόμα

και των πιο απλών οδηγιών όπως για τη χρήση, τη δοσολογία των φαρμάκων ώστε να αποφεύγονται τα λάθη. Ο χρόνος που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για ενημέρωση των ασθενών δεν είναι επαρκής λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας και του ελλιπούς προσωπικού.<sup>76</sup>

Οι Allen και συν.,<sup>77</sup> τόνισαν ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς εκπαίδευση σχετικά με τις μελλοντικές προσδοκίες όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα ζωής είναι ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να λάβουν σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη βέλτιστη κατεύθυνση της θεραπείας τους. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι, ο χρόνος νοσηλείας στο νοσοκομείο αποτελεί κρίσιμο γεγονός για την κλινική πορεία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Για κάποιους αυτό αποτελεί μια παροδική κλινική επιδείνωση, ενώ για τους άλλους αποτελεί μια φάση χαρακτηρίζεται από σοβαρά συμπτώματα και θάνατο. Η τελευταία πορεία, όμως, είναι η πιο συνηθισμένη λόγω των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας (περίπου 25%) και επανανοσηλείας (50%). Ως εκ τούτου, η περίοδος της νοσηλείας αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία προκειμένου να ενημερωθούν λεπτομερώς οι πάσχοντες και να διατεθεί ο απαραίτητος χρόνος για να συζητηθούν οι επιλογές θεραπείας και οι επιθυμίες των ασθενών.

Τα άτομα που δήλωσαν πως έχουν κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν καλή σχέση ή πολύ καλή.

Η σχέση ασθενών και επαγγελματιών υγείας προκειμένου να αποτελεί θεραπευτικό εργαλείο θα πρέπει να διέπεται από ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη, σταθερότητα, παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στην επίτευξη της μιας καλής συνεργασίας.<sup>8,9,11</sup>

Από τη Ψυχιατρική αναφέρεται ότι στη διαμόρφωση αυτής της σχέσης συντελούν βασικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί, που έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία, όπου επικρατεί η σχέση εξάρτησης παιδιών από τους γονείς, τους οποίους επικαλούνται σε περίπτωση κινδύνου με την προσδοκία βοήθειας, που σπάνια διαψεύδεται. Όταν αυτή η προσδοκία βοήθειας εμφανίζεται στην περίπτωση ασθένειας των ενηλίκων τότε τα άτομα αναμένουν την ίδια συμπεριφορά, ένα φαινόμενο γνωστό ως μεταβίβαση (transference), σύμφωνα με τους ψυχαναλυτικούς όρους. Ωστόσο, σε περίπτωση που οι παιδικές εμπειρίες από

τους γονείς ήταν αρνητικές, αντί για εμπιστοσύνη υπάρχει καχυποψία και αμφισβήτηση προς τον ιατρό με αποτέλεσμα τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης κακής ποιότητας. Επίσης, ο μηχανισμός της ταύτισης (identification), ο οποίος αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή εμφανίζεται κυρίως σε περιπτώσεις όπου η θεραπεία είναι μακροχρόνια και ο ρόλος του ιατρού είναι θετικός για το λόγο ότι προσφέρει τον εαυτό του ως πρότυπο για ταύτιση. Προϋπόθεση για τις θετικές επιπτώσεις μιας τέτοιας ταύτισης, είναι το πρότυπο να έχει θετικές ιδιότητες.<sup>8,9,11</sup>

Η ποιότητα της επικοινωνίας ασκεί ευεργετική επίδραση στην έκβαση της νόσου διότι επηρεάζει έντονα την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί προς τις θεραπευτικές οδηγίες όπως επίσης επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Οι Σαρρής και συν.,<sup>78</sup> που διερεύνησαν την ποιότητα ζωής χρόνιων ασθενών τόνισαν ότι, βιώνουν αβεβαιότητα η οποία αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων για το λόγο ότι, η ασθένεια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις σε ό,τι αφορά στη σωματική και την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Είναι γνωστό, ότι ο χρόνιος ασθενής διάγει συνθήκες και όρους διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής. Οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι, οι πράξεις, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η αλληλοεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος καθώς στο κλινικό περιβάλλον η ποιότητα της φροντίδας υγείας επικεντρώνεται αφενός στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο προσωπικό υγείας και τον ασθενή (θεραπευτική σχέση) και αφετέρου στην επίδραση της θεραπευτικής σχέσης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σχέση που αναπτύσσεται με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζουν βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα το αποτέλεσμα της θεραπείας και ως εκ τούτου την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι Μουγάς και συν.,<sup>80</sup> υποστήριξαν ότι, εκτός από την νοσηρότητα οι χρόνιες παθήσεις δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος και επηρεάζουν την οικογενειακή κατάσταση, τη συναισθηματική ζωή και άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας. Η επίδραση αυτή εξαρτάται από πολλούς

παράγοντες, όπως η βαρύτητα της νόσου, η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και διάφορους άλλους παράγοντες όπως το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, και τέλος η στάση του απέναντι στην αρρώστια.

Ο Neuwirth<sup>81</sup> υποστήριξε ότι, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες των ασθενών τους για πληρέστερη ενημέρωση και να επιδιώξουν τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους με επιμόρφωση σε ειδικά προγράμματα.

Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (ασθενή και επαγγελματιών υγείας) που εμπνέει εμπιστοσύνη προάγει την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα και τη μείωση του άγχους. Πράγματι, η συμμετοχή των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού με την εμπλοκή του ο ασθενής αισθάνεται περισσότερο ασφαλής και συμμετέχων στις αποφάσεις. Παρότι, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει την τελική επιλογή της θεραπείας η όλη διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία με τον ιατρό, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό.<sup>82-84</sup>

Οι Jagosh και συν.,<sup>85</sup> τόνισαν ότι οι ασθενείς επιθυμούν να τους ακούν προσεκτικά διότι λειτουργεί ως θεραπεία και ενισχύει τη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Επιπλέον, η προσεκτική ακρόαση αποτελεί τη βάση της κλινικής συλλογής και διάγνωσης.

Σύμφωνα με τους Zorri και συν.,<sup>86</sup> ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη σχέση τους με το γιατρό τους επηρεάζει σημαντικά το αίσθημα της ικανοποίησης. Οι Beard και συν.,<sup>87</sup> υποστήριξαν ότι η καλή επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολύ σημαντική ακόμα και στους ασθενείς τελικού σταδίου καθώς επιτρέπει τη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Οι Harding και συν.,<sup>88</sup> τόνισαν ότι, οι ασθενείς αναμένουν ειλικρινή συζήτηση των επιπτώσεων της νόσου, ενώ οι θεράποντες ιατροί εκδηλώνουν απροθυμία να αποκαλύψουν κακή πρόγνωση. Ο Davidson και συν.,<sup>89</sup> επεσήμαναν ότι, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να αξιολογούν την ανάγκη και την επιθυμία του ατόμου για πληροφορίες, καθώς και το κοινωνικο-πολιτισμικό τους υπόβαθρο. Θα πρέπει επίσης να εξετάζουν το χρονοδιάγραμμα και το περιεχόμενο της συζήτησης καθώς και στρατηγικές για την προώθηση της αντιμετώπισης και προσαρμογής. Το

πιο σημαντικό είναι, οι ασθενείς να χρειάζονται ένα τέτοιο σχέδιο θεραπείας για την αντιμετώπιση των παρηγορητικών και υποστηρικτικών αναγκών έτσι ώστε αυτοί και οι οικογένειές τους να μην αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι. Η εκμάθηση αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και η καλλιέργεια συλλογικού πνεύματος μπορεί να βελτιώσει την παρηγορητική και υποστηρικτική φροντίδα για τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διατηρούν καλές σχέσεις με τους ασθενείς αντιλαμβανόμενοι τη θέση εξάρτησης στην οποία βρίσκονται, τους μηχανισμούς διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων και τις δυνητικές πηγές άγχους, όπως η αποξένωση, η απόρριψη από την οικογένεια, η απώλεια ελέγχου, η σωματική αναπηρία και ο θάνατος. Επιπλέον, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας δεν σταματά μόνο στην καλή επικοινωνία αλλά αντιθέτως θα πρέπει να εκτείνεται και σε άλλες παρεμβάσεις, όπως στη βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες.<sup>8,9,10.</sup>

Με την πρόοδο μιας νόσου και την πάροδο του χρόνου όπου τα προβλήματα συσσωρεύονται και αυξάνεται η βαρύτητα της νόσου οι ασθενείς είναι δυνατόν να βιώνουν φόβο αποξένωσης και ανησυχία ότι πλέον η φροντίδα θα μειωθεί λόγω μη άλλων επιλογών σε μια περίοδο όπου οι ανάγκες είναι αυξημένες. Επίσης, οι ασθενείς ενδεχομένως να βιώνουν το φόβο του θανάτου και όσο προχωράει η ασθένεια να έρχονται αντιμέτωποι με την πραγματικότητα. Η αδιάφορη στάση των επαγγελματιών υγείας όπου διάφορα θέματα κλείνουν βιαστικά ή δεν απαντώνται αυξάνουν το άγχος και τη συναισθηματική δυσφορία του ασθενούς γιατί υποδηλώνουν μια επερχόμενη απειλή ή ένα θέμα που δεν τολμούν να αγγίξουν.<sup>8,9</sup>

Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο για λιγότερο από 10 χρόνια βρέθηκε να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που πάσχουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα για περισσότερο από 10 χρόνια. Πιθανά το εύρημα αυτό σχετίζεται με το στάδιο της καρδιακής ανεπάρκειας καθώς όσο μεγαλύτερο το στάδιο τόσο χειρότερη η ποιότητα ζωής. Οι Πολυκανδριώτη και συν.,<sup>13</sup> έδειξαν ότι, τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια 2ου και 3ου βαθμού αξιολογούσαν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς του 1ου βαθμού, ενώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ 2ου και 3ου βαθμού. Οι Zambroski και συν.,<sup>90</sup> έδειξαν ότι η βαρύτητα της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα τα συμπτώματα όπως το λαχάνιασμα, η έλλειψη ενέργειας, η



δυσκολία στον ύπνο, η μικρότερη ηλικία και η χειρότερη λειτουργική κατάσταση. Ομοίως, οι Kim και συν.,<sup>91</sup> έδειξαν ότι τα συμπτώματα και κυρίως η κόπωση και τα οιδήματα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Saccomann και συν.,<sup>92</sup> όπου βρέθηκε ότι η συνολική ποιότητα ζωής και η υποκλίμακα της σωματικής διάστασης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των κατηγοριών NYHA I, II, III, IV. Οι Franzén και συν.,<sup>93</sup> που μελέτησαν 357 άτομα, ηλικίας μεταξύ 65 και 99, έδειξαν ότι η εξασθένιση από τη φυσική διάσταση ήταν πιο κοινά, ειδικά κόπωση (88%) και δύσπνοια (87%) που επηρέαζαν αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Με την αποτελεσματική θεραπεία επιτυγχάνεται η επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου και η βελτίωση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας λόγω αναστροφής της αναδιαμόρφωσής της. Ως εκ τούτου βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών αφού ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους, το οποίο αποτελεί και τον πρωτεύοντα στόχο στη θεραπεία.

Οι Liang και συν.,<sup>94</sup> έδειξαν ότι, η επιδεινούμενη σοβαρότητα της καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, επανα-εισαγωγές και χειρότερη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα όσον αφορά στους φυσικούς περιορισμούς και την ποιότητα του ύπνου.

Οι Carels και συν.,<sup>95</sup> υποστήριξαν ότι, η καρδιακή ανεπάρκεια θέτει σε κίνδυνο σημαντικά την ποιότητα της ζωής, διότι συμβάλλει σημαντικά σε σωματική, κοινωνική εξασθένιση καθώς και αυξημένη ψυχολογική δυσφορία. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν θετικά με μια σειρά δεικτών ποιότητας ζωής, όπως σωματική και συναισθηματική ποιότητα της ζωής, κοινωνική υποστήριξη, διάθεση και αντιμετώπιση συμπεριφορών. Το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας και η λειτουργική εξασθένιση παρουσίασαν μία πολύ ασθενέστερη σχέση με την ποιότητα της ζωής. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια από τη σοβαρότητα της καρδιακής δυσλειτουργίας ή λειτουργικές διαταραχές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Skotzko<sup>96</sup> τα συμπτώματα που αξιολογούνται στην κλινική φροντίδα για την εκτίμηση της καρδιακής ανεπάρκειας ως δείκτες σοβαρότητας της νόσου περιλαμβάνουν τη δύσπνοια, την αϋπνία, τη

χαμηλή κατανάλωση ενέργειας, τη κόπωση, την ανορεξία και τη μειωμένη μνήμη. Αυτό συμβαίνει παρά το γεγονός ότι οι μεταβλητές που αφορούν τη φυσική κατάσταση, όπως το κλάσμα εξώθησης και η κατανάλωση οξυγόνου δεν προβλέπουν με ακρίβεια λειτουργική κατάσταση σε άτομα με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα ψυχιατρικά νοσήματα, όπως η διάθεση, το άγχος και οι ψυχωσικές νόσους μπορούν επίσης να αλλάξουν την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτή τη χρόνια ασθένεια.

Αντιθέτως, οι Juenger και συν.,<sup>97</sup> έδειξαν ότι μόνο η λειτουργική κατηγορία κατά NYHA σχετίζονταν στενά με την ποιότητα ζωής. Η δοκιμασία βάρδιας έξι λεπτών και η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου αποτελούσε πρόσθετο δείκτη αξιολόγησης της σωματικής λειτουργίας. Το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, η διάρκεια της νόσου και η ηλικία δεν έδειξαν σαφή συσχέτιση με την ποιότητα της ζωής.

Από τα ανωτέρω, συμπεραίνεται, ότι όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο της καρδιακής ανεπάρκειας και η έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας, τόσο πιο σημαντικός είναι ο περιορισμός του βαθμού ανεξαρτησίας με αποτέλεσμα τα άτομα να αξιολογούν αρνητικά την ποιότητα ζωής.<sup>13</sup>

Με βάση το συντελεστή συσχέτισης του Spearman βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ημερών νοσηλείας και της κλίμακας Minnesota. Όσο αυξάνονται οι ημέρες νοσηλείας, μειώνεται το συνολικό σκορ της κλίμακας, δηλαδή επιδεινώνεται συνολικά η ποιότητα ζωής τους.

Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος είναι ότι, η αύξηση των ημερών νοσηλείας πιθανά να σχετίζεται με επιδείνωση της υγείας ή ότι οι συχνές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο και η ίδια η νοσηλεία να επιβαρύνουν τον ήδη καταπονημένο ασθενή σωματικά και να δυσχεραίνουν τις κοινωνικές τους επαφές.<sup>13</sup>

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι, οι συνθήκες νοσηλείας (ύπαρξη άλλων ατόμων στο ίδιο θάλαμο, επισκεπτήριο, συχνές διακοπές για τη διενέργεια διαγνωστικών πράξεων ή επεμβάσεων) αναδύουν στην επιφάνεια βαθύτερες φοβίες ή αναζωπυρώνουν την αβεβαιότητα και το φόβο του θανάτου.<sup>8,9</sup>

Η νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα των ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια ενώ οι συχνές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο αποτελούν βαρύ οικονομικό φορτίο για κάθε σύστημα υγείας. Είναι αξιοσημείωτο ότι ουσιαστικές τροποποιήσεις στον καθημερινό τρόπο ζωής όπως επίσης η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της νόσου.

Οι Rodríguez-Artalejo και συν.,<sup>97</sup> που μελέτησαν την ποιότητα ζωής 394 ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια κατά την εισαγωγή και 6 μήνες μετά έδειξαν ότι οι 138 έκαναν επανεισαγωγή και οι 70 πέθαναν ενώ η συχνότητα των επανεισαγωγών ήταν μεγαλύτερη μεταξύ ατόμων που αξιολογούσαν φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τους Giannouzis και συν.,<sup>98</sup> οι επανεισαγωγές σηματοδοτούν μια θεμελιώδη αλλαγή στην έκβαση της νόσου, που οδηγεί σε συχνότερες μετέπειτα επανεισαγωγές όπως επίσης και μια σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα σε σύγκριση με τα άτομα που δεν κάνουν επανεισαγωγή. Τα τρία τέταρτα όλων των νοσηλειών οφείλονται σε έξαρση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με διαγνωσμένη καρδιακή ανεπάρκεια. Το ήμισυ των νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια κάνει επανεισαγωγής εντός 6 μηνών. Η πρόληψη των επανεισαγωγών και της νοσηλείας και είναι σημαντική προκειμένου να βελτιωθεί η έκβαση των ασθενών και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Η σχέση χρόνου νοσηλείας και ποιότητας ζωής είναι σημαντικό να αξιολογείται συστηματικά διότι εκτός από την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται με οικονομικές επιβαρύνσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι Berkowitz και συν.,<sup>99</sup> ανέφεραν ότι η καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με σημαντικό οικονομικό βάρος, με άμεσες και έμμεσες εκτιμήσεις κόστους που κυμαίνονται από 27 έως 56 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Επίσης, σχετίζεται με υψηλό ποσοστό επανανοσηλείας - 50% μέσα σε 6 μήνες - η οποία όχι μόνο οδηγεί την έκρηξη του κόστους, αλλά υποδηλώνει ότι οι τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις δεν είναι επιτυχείς στον αναμενόμενο βαθμό.

Οι Delgado-Passler και συν.,<sup>100</sup> τόνισαν ότι για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, τη μείωση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας απαιτείται αξιολόγηση πριν την έξοδο από το νοσοκομείο προκειμένου

να εξασφαλιστεί η συμμετοχή τους σε προγράμματα αποκατάστασης. Οι Lewis και συν.,<sup>101</sup> έδειξαν ότι, το ενδιαφέρον στρέφεται περισσότερο προς την ποιότητα ζωής των ασθενών και όχι στην αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης, το οποίο άλλωστε περιορίζεται από την ίδια τη νόσο.

Από την άλλη, οι Rodríguez-Artalejo και συν.,<sup>102</sup> υποστηρίζουν ότι η ίδια η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την έκβαση της νόσου καθώς η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και θανάτου σε συμπτωματικούς και ασυμπτωματικούς ασθενείς με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας λιγότερο από 35%.

Ομοίως, η έρευνα των Alla και συν.,<sup>103</sup> που διεξήχθη σε 108 ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και πιο συγκεκριμένα με λειτουργική τάξη III / IV κατά New York Heart Association και κλάσμα εξώθησης μικρότερο από 30%, ανέφεραν ότι η χαμηλότερη ποιότητας ζωής σχετίζονταν με μεγαλύτερη συχνότητα νοσηλείας.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα επανεισαγωγών και νοσηλείας και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον Tsuchihashi-Makaya<sup>104</sup> είναι η συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι, η συχνότητα επανεισαγωγής ήταν χαμηλότερη στους ασθενείς που συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης.

Οι Evans και συν.,<sup>105</sup> που διερεύνησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με παραμονή στο νοσοκομείο πάνω από 90 ημέρες έδειξαν ότι, με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire σχετίζονταν τα επίπεδα του νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου-B, η ταξινόμηση κατά New York Heart Association, το κλάσμα εξώθησης και τα επίπεδα κρεατινίνης.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους έχουν μεγαλύτερο συνολικό σκορ της κλίμακας Minnesota (χειρότερη ποιότητα ζωής) από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους όμως η σχέση αυτή εξαφανίστηκε μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Επιπλέον βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης έχουν μεγαλύτερα σκορ (χειρότερη ποιότητα ζωής) σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και η σχέση αυτή παρέμεινε μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Συνεπώς, η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια διότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Πράγματι, εκτός από τα προβλήματα που απορρέουν από τη βιολογική διάσταση της νόσου, παράλληλα, οι ασθενείς βιώνουν προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα το μέγεθος των οποίων σχετίζεται με το βαθμό προσαρμογής τους στις σωματικές, συναισθηματικές και άλλες επιπτώσεις της νόσου ή ακόμα και με την απροθυμία τους να αποδεχτούν το νέο τρόπο ζωής και τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η νόσος. Τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια είναι απαραίτητο να τροποποιήσουν σημαντικά την καθημερινότητά τους, να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να εφαρμόσουν επιτυχώς το συνιστώμενο θεραπευτικό σχήμα. Με άλλα λόγια, απαιτείται να κινητοποιήσουν τους μηχανισμούς προσαρμογής προκειμένου να επιτύχουν τις απαραίτητες τροποποιήσεις στη συμπεριφορά που θα συμβάλλουν στο επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συνεπώς, απαιτείται μέριμνα της ψυχικής υγείας με ενίσχυση θετικών συμπεριφορών και πρόληψη αρνητικών συναισθημάτων.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας κάθε χρόνιας νόσου για το λόγο ότι, βοηθάει τους ασθενείς να αντιληφθούν την επίδραση των ιδιαιτεροτήτων της νόσου, της θεραπείας και των επιπλοκών της. Επιπλέον, αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη για την έκβαση της νόσου και συμβάλει καθοριστικά στην αξιολόγηση παρεμβάσεων φροντίδας υγείας με στόχο τον έλεγχο ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια π.χ., τα φάρμακα και ανακούφιση από τα συμπτώματα. Ωστόσο, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής θα

πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνει και την εκτίμηση των ψυχικών διαστάσεων της νόσου (άγχος-κατάθλιψη). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και του άγχους και της κατάθλιψης δεν περιορίζεται μόνο στη μία μέτρηση αλλά αντιθέτως πρέπει να επανεκτιμάται μετά τη διάγνωση της νόσου σε προκαθορισμένα διαστήματα (baseline-follow-up) αφ' ενός μεν να υπάρχει μέτρο σύγκρισης αφετέρου διότι κατάσταση βρίσκεται υπό εξέλιξη και διαρκώς μεταβάλλεται ενώ αστάθμητοι παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάζουν την εξέλιξη της.

Απαιτείται εφαρμογή βέλτιστων συστημάτων για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου με καρδιακή ανεπάρκεια που να αξιολογούν την ποιότητα ζωής και την ύπαρξη άγχους-κατάθλιψης με απώτερο σκοπό την εφαρμογή αποδοτικών στρατηγικών για τον περιορισμό του χρόνου της νοσηλείας και των επαναεισαγωγών αυτών των ασθενών.

Τα σύγχρονα παρεμβατικά προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, που περιλαμβάνουν συστηματική εκπαίδευση των πασχόντων, παροχή στήριξης και συμβουλευτικής ασκούν ευεργετική επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων.

## ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

### Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ :** Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και πιθανά πυροδοτούν την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. **ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 127 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς ενός ερωτηματολογίου ειδικά σχεδιασμένου για τις ανάγκες της έρευνας το οποίο αποτελείτο: α) από τα κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά και λοιπά χαρακτηριστικά του δείγματος, β) την κλίμακα HADs και γ) την κλίμακα MINNESOTA. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20 και την εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών Kruskal-Wallis, Man-Whitney,  $\chi^2$  και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν, ότι το 49,6% των ασθενών είχε υψηλό επίπεδο άγχους και το 11,8% είχε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης. Η μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση του συνολικού σκορ της κλίμακας Minnesota ήταν  $51 \pm 13$  και η μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης ήταν  $22,6 \pm 5,3$  και  $9,2 \pm 4,3$  αντίστοιχα. Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν μεγαλύτερο συνολικό σκορ της κλίμακας Minnesota (χειρότερη ποιότητα ζωής) από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους ( $\beta$ -συντελεστής: 11,794,  $p < 0,001$ ), όμως η σχέση αυτή εξαφανίστηκε μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες ( $\beta$ -συντελεστής: 4,188,  $p = 0,343$ ). Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης είχαν μεγαλύτερα σκορ (χειρότερη ποιότητα ζωής) σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης ( $\beta$ -συντελεστής: 7,911 και 15,835, αντίστοιχα,  $p < 0,001$ ) και η σχέση αυτή παρέμεινε και μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες ( $\beta$ -συντελεστής: 11,202 και 15,763, αντίστοιχα,  $p < 0,001$ ). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Η αξιολόγηση και έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

**Λέξεις-κλειδιά :** άγχος, κατάθλιψη, καρδιακή ανεπάρκεια.

## IMPACT OF ANXIETY AND DEPRESSION ON QUALITY OF LIFE OF HEART FAILURE

### PATIENTS

#### Abstract

**INTRODUCTION** : Patients with heart failure experience many and various problems that affect their quality of life and possibly trigger the onset of anxiety and depression. **PURPOSE** of this study was to explore the impact of anxiety and depression on quality of life in patients with heart failure (HF). **MATERIAL AND METHODS** The sample of the study consisted of 127 patients with heart failure. Data was collected by the patients' completion of a questionnaire specifically designed for the needs of research which consisted of: a) socio-demographic, clinical and other characteristics of the sample, b) the scale HADs and c) the scale MINNESOTA. Statistical analysis was performed with the statistical package SPSS 20 and the statistical methods were Kruskal-Wallis, Man-Whitney,  $X^2$  and multiple linear regression. **RESULTS** The results of this study showed that 49.6% of patients experienced a high level of anxiety and 11.8% high level of depression. The mean  $\pm$  standard deviation of the total score of the scale Minnesota was  $51 \pm 13$  and the mean  $\pm$  standard deviation of the physical and mental condition was  $22,6 \pm 5,3$  and  $9,2 \pm 4,3$  respectively. Multiple linear regression showed that patients with high levels of stress had higher total score of the scale Minnesota (worst quality of life) than patients with low / moderate levels of anxiety ( $\beta$ - coefficient: 11,794,  $p < 0,001$ ), but this relationship disappeared after control for potential confounders ( $\beta$ -coefficient: 4,188,  $p = 0,343$ ). Moreover, it was found that patients with middle and high level of depression had higher scores (worse quality of life) compared with patients with low levels of depression (beta coefficient: 15,835 and 7,911, respectively,  $p < 0,001$ ) and this relationship remained after controlling for potential confounders ( $\beta$ - coefficient: 11.202 and 15.763, respectively,  $p < 0,001$ ). **CONCLUSIONS** The present study showed that depression influenced quality of life of heart failure patients. Assessment and early recognition of depression is important to improve quality of life.

**Key-words** : anxiety-depression- heart failure - quality of life



## Βιβλιογραφία

1. Gnanasekaran G. Epidemiology of depression in heart failure. *Heart Fail Clin.* 2011;7(1):1-10.
2. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart.* 2002;87(3):235-41.
3. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Iacorossi G, Cuomo I, Della Vista M, Lester D, De Biase L, Girardi P, Tatarelli R. The impact of anxiety, depression, and suicidality on quality of life and functional status of patients with congestive heart failure and hypertension: an observational cross-sectional study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12(6).
4. Rustad JK, Stern TA, Hebert KA, Musselman DL. Diagnosis and treatment of depression in patients with congestive heart failure: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013;15(4).
5. Wu JR, Lennie TA, Dekker RL, Biddle MJ, Moser DK. Medication adherence, depressive symptoms, and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2013;19(5):317-24.
6. Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, Testa M. Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. *Open Cardiovasc Med J.* 2013;7:54-60.
7. Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
8. Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2009.
9. Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
10. Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκδ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
11. Χριστοδούλου ΓΝ και συν. Ψυχιατρική, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2005.

12. Θεοφίλου Π. Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. Περιοδικό Επιστήμη και Τεχνολογία. 2010; 5(4) :43-50.
13. Πολυκανδριώτη Μ, Βουλγαρίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε, Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Νοσηλευτική. 2009;48(1):94-104.
14. Παπάνης Ε, Ρουμελιώτου Μ. Ποιότητα Ζωής. Ελληνική Κοινωνική Έρευνα. Διαδικτυακή σελίδα: [http://eparanis.blogspot.com/2007/09/blog-post\\_5311.html](http://eparanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5311.html). Πρόσβαση : 1-7-2013.
15. Παναγιωτάκη-Δαυϊδ Κ.. Ποιότητα ζωής. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/qualitylife/whatisqualitylife/> Πρόσβαση : 1-7-14.
16. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995;16(1):51-74.
17. Taylor C, Lillis C, Le Mone Pr. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λεμονίδου Χρ., και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
18. Θεοφίλου Π. Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής e -Journal of Science & Technology. Διαδικτυακή σελίδα : [http://e.jst.teiath.gr/issue\\_20/theofilou\\_20.pdf](http://e.jst.teiath.gr/issue_20/theofilou_20.pdf). Ημερομηνία Πρόσβασης : 1-10-2014
19. Νάκου Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001;18(3):254-266.
20. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδ., Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.
21. Yfantopoulos J. The "Social" Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine. 2001; 18: 108-113.
22. Στεφανίδης Χρ. Παθήσεις της καρδιάς, Τόμος Α, Εκδ., Πασχαλίδη, Αθήνα 2003.
23. Διαδικτυακή σελίδα: <http://www.hcs.gr/admin/spaw/uploads/files/ESC%20Guidelines%20HF%20part%20I.pdf>. Ημερομηνία πρόσβασης : 1-602014.

24. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*.2004; 12:821-825.
25. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Fail* 1987;3:198–209
26. Parissis JT, Fountoulaki K, Paraskevaidis I, Kremastinos D. Depression in chronic heart failure: novel pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches. *Expert Opin Investig Drugs* 2005; 14(5):567-577.
27. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res*. 2009;67(1):29-35.
28. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes.*Journal of the American College of Cardiology*. 2006;48(8):1527–37.
29. Polikandrioti M, Christou A, Morou Z, Kotronoulas G, Evagelou H, Kyritsi H. Depression in patients with congestive failure. *Health Science Journal*. 2010;4(1):37-47.
30. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2001;38: 199-205.
31. De Jong MJ, Moser DK, An K, Chung ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3(3):247–53.
32. Olafiranye O, Jean-Louis G, Zizi F, Nunes J, Vincent M: Anxiety and cardiovascular risk: review of epidemiological and clinical evidence. *Mind Brain* 2011; 2(1):32-37.
33. Πολυκανδριώτη Μ, Ολύμπιος Χ. Άγχος και στεφανιαία νόσος. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2014;31(4):403-411.

34. Faller H, Störk S, Schowalter M, Steinbüchel T, Wollner V, Ertl G, Angermann CE. Depression and survival in chronic heart failure: does gender play a role? *Eur J Heart Fail* 2007; 9(10):1018-1023.
35. Faller H, Störk S, Schowalter M, Steinbüchel T, Wollner V, Ertl G, Angermann CE: Is health-related quality of life an independent predictor of survival in patients with chronic heart failure? *J Psychosom Res* 2007; 63(5):533-538.
36. Eisele M, Blozik E, Störk S, Träder JM, Herrmann-Lingen C, Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure - study protocol of a longitudinal observation study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:180.
37. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gauden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med*. 2001;161:1849-1856
38. O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, Mehta RH, Clary GL, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Califf RM, Krishnan RR. Antidepressant use, depression, and survival in patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2232-7.
39. Pelle AJ, Gidron YY, Szabó BM, Denollet J. Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *J Card Fail*. 2008;14(4):341-50.
40. Smith L. Evaluation and treatment of depression in patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010;22(8):440-8.
41. Πολυκανδριώτη Μ, Γουδέβενος Ι, Μιχάλης Λ, Πατσιλινάκος Σ, Νικολάου Β, Ολύμπιος Χ, Δηλανάς Χ, Βοττέας Β, Ζόμπολος Σ, Ελισάφ Μ. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012;29(1):33-43.
42. Yeager KR, Binkley PF, Saveanu RV, Golden-Kreutz DM, Dembe AE, Mehta LS, Virk S. Screening and identification of depression among patients with coronary heart disease and congestive heart failure. *Heart Fail Clin*. 2011;7(1):69-74.

43. Gnanasekaran G. Epidemiology of depression in heart failure. *Heart Fail Clin.* 2011;7(1):1-10.
44. Saveanu RV, Mayes T. Diagnosing depression in congestive heart failure. *Heart Fail Clin.* 2011;7(1):75-9.
45. Kop WJ, Synowski SJ, Gottlieb SS. Depression in heart failure: biobehavioral mechanisms. *Heart Fail Clin.* 2011;7(1):23-38.
46. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Consequences and predictors of depression in patients with chronic heart failure: implications for nursing care and future research. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2006;21(4):202-11.
47. Lane DA, Chong AY, Lip GY. Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD003329.
48. Amin A, Jones A, Nugent K, Rumsfeld J, Spertus J. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary artery disease. *Am Heart J.* 2006;152:928-934.
49. Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen MM, et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure. *Br J of Gen Pract* 2007; 57:801-807.
50. Cerimele JM, Katon WJ, Sharma V, Sederer LI. Delivering psychiatric services in primary-care setting. *Mt Sinai J Med* 2012;79:481-489.
51. Thomas SA, Chapa DW, Friedmann E, Durden C, Ross A, Lee MC, Lee HJ. Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Crit Care Nurse.* 2008;28(2):40-55.
52. Pelle AJ, Gidron YY, Szabó BM, Denollet J. Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *Card Fail.* 2008;14(4):341-50.
53. MacMahon K, Lip G. Psychological factors in heart failure. *Arch Intern Med.* 2002;162(5): 509-516.
54. Δημητρώλης Δ, Αγγελή- Κρασιδιώτη Γ. Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική.* 2006;45(1):41-49.
55. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(1):5-15.

56. Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S, Markovic I, Mihajlovic G, Brajovic MD, Bojovic O, Potic B, Davidovic M. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1539-46.
57. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS., Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2000;160(12):1818-23.
58. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Zambroski CH, Chung ML. Comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart Lung*. 2007;36(1):16–24.
59. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol*. 2012;109(5):768–772.
60. Gott M, Barnes S, Parker C, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*. 2006;35(2):172–177.
61. Bekelman DB, Havranek EP, Becker DM, Kutner JS, Peterson PN, Wittstein IS, et al. Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2007;13(8):643–648.
62. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:1542–1549.
63. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart Lung*. 2001;30(2):105-16.
64. Costello JA, Boblin S. What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Can J Cardiovasc Nurs*. 2004;14(3):9-20.
65. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure : do gender differences exist ? *Heart Lung*. 2001;30(2):105-16.

66. Strömberg A, Mårtensson J. Gender differences in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(1):7-18.
67. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2006;35(1):3-8.
68. Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen M, et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure. *Br J Gen Pract*. 2007;57(543):801-7.
69. Jaarsma T, Johansson P, Agren S, Strömberg A. Quality of life and symptoms of depression in advanced heart failure patients and their partners. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2010;4(4):233-7.
70. Mårtensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *J Heart Lung Transplant*. 2003;22(4):460-7.
71. Kato N, Kinugawa K, Seki S, Shiga T, Hatano M, Yao A, Hirata Y, et al. Quality of life as an independent predictor for cardiac events and death in patients with heart failure. *Circ J*. 2011;75(7):1661–1669.
72. Westlake C, Dracup K, Creaser J, Livingston N, Heywood JT, Huiskes BL, et al. Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002;31(2):85–93
73. Clark JC, Lan VM. Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Appl Nurs Res*. 2004;17(3):150-7.
74. Chan AD, Reid GJ, Farvolden P, Deane ML, Bisailon S. Learning needs of patients with congestive heart failure. *Can J Cardiol*. 2003;19(4):413-7.
75. Guzman P, Sliepcevich E, Lacey E, Vitello E, Matten M, Woehlke P, et al. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns*, 1998; 12:225-33.
76. Χαραλάμπους Π, Κλεισιάρης Χρ, Αγά Γ. Η ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. *e-Journal of Science & Technology (e-JST)*. Ημερομηνία Πρόσβασης : 17-7-2013.

77. Allen LA, Gheorghide M, Reid KJ, Dunlay SM, Chan PS, Hauptman PJ, et al. Identifying patients hospitalized with heart failure at risk for unfavorable future quality of life. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011;4(4):389-98.
78. Σαρρής Μ, Γούλα Α, Γκιόκα Β, Σούλης Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2008;25(2):201-208.
79. Winsett RP, Hathaway DK. Predictors of QoL in renal transplant recipients: Bridging the gap between research and clinical practice. *Posttransplant Quality of Life Intervention Study Group. ANNA J* 1999, 26:235–240
80. Μουγάς ΓΑ, Πάλλης ΑΓ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες με ειδικά ερωτηματολόγια - Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων. *Αρχ. Ελλην. Ιατρικής*. 2001: 18(3):267-271.
81. Neuwirth ZE. An essential understanding of physician-patient communication, Part II. *J Med Pract Manage*. 1999;15:68–72
82. Zhou Q, Shen JC, Liu YZ, Lin GZ, Dong H, Li K Effects of Doctor patient Communication on Quality of Life among Breast Cancer Patients in Southern China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(14):5639-44.
83. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87(5):1115-45.
84. Swaminath G. Doctor-patient communication: Patient perception. *Indian J Psychiatry*. 2007;49(3):150-3.
85. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, Macdonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):369-74.
86. Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*. 2002;34:319–24.
87. Beard WL, Long RC, Geraci SA Palliative care for the terminal heart failure patient. *J Miss State Med Assoc*. 2014;55(1):4-10.
88. Harding R, Selman L, Beynon T, Hodson F, Coady E, Read C, Walton M, Gibbs L, Higginson IJ. Meeting the communication and information



- needs of chronic heart failure patients. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(2):149-56.
89. Davidson PM. Difficult conversations and chronic heart failure: do you talk the talk or walk the walk? *Curr Opin Support Palliat Care.* 2007;1(4):274-8.
90. Zambroski CH, Mose rDK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:198–206.
91. Kim SH, Oh EG, Lee WH. Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(8):1047-56.
92. Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MC. Psychometric properties of the Minnesota Living Heart Failure in the elderly. *Qual Life Res* 2007;16(6):997–1005.
93. Franzén K, Blomqvist K, Saveman BI. Impact of chronic heart failure on elderly persons' daily life: a validation study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(2):137-45.
94. Liang KV, Pike F, Argyropoulos C, Weissfeld L, Teuteberg J, Dew MA, Unruh ML. Heart failure severity scoring system and medical- and health-related quality-of-life outcomes: the HEMO study. *Am J Kidney Dis.* 2011;58(1):84-92.
95. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004;13(1):63-72.
96. Skotzko CE. Symptom perception in CHF: (why mind matters). *Heart Fail Rev.* 2009;14(1):29-34.
97. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, García AN, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2005;165(11):1274-9.
98. Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S, et al. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors,

- risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Card Fail.* 2011;17(1):54-75.
99. Berkowitz R, Blank LJ, Powell SK. Strategies to reduce hospitalization in the management of heart failure. *Lippincotts Case Manag.* 2005;10(6 Suppl):S1-15; quiz S16-7.
100. Delgado-Passler P, McCaffrey R. The influences of postdischarge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(4):154-60.
101. Lewis E, FJohnson PA, Johnson W, Collins C, Griffin L, Stevenson LW. Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant.* 2001;20(9):201016- 1024.
102. Alla F, Briancon S, Guillemin F, Juillièrè Y, Mertès PM, Villemot JP, Zannad F, EPICAL Investigators. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure: insights into the EPICAL study. *Eur J Heart Fail.* 2002;4(3):4337- 343
103. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H; J-HOMECARE Investigators. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circ J.* 2013;77(4):926-33.
104. Evans M, Miller AB, Chiong JR, Battie C. Does clinician's knowledge of B-type natriuretic peptide levels translate to improvement of quality of life and less hospitalization days in patients with heart failure? *Prog Cardiovasc Nurs.* 2009;24(1):12-8.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο.

1	Φύλο: Άνδρας = 1 Γυναίκα = 2	
2	Ηλικία: 30-39= (1), 40-49= (2), 50-59= (3), 60 - 70 = (4), πάνω από 70 = (5)	
3	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος /η =(1), Άγαμος /η =(2), Διαζευγμένος /η - Διάσταση = (3), Χήρος /α = (4), Συμβίωση = (5).	
4	Μορφωτικό επίπεδο: Απόφοιτος Δημοτ. =(1), Γυμνασίου - Λυκείου = (2), ΤΕΙ - Α ΕΙ = (3), Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό = (4)	
5	Επάγγελμα: Άνεργος=(1), Δημ. Υπάλληλος=(2), Ιδιωτ. Υπάλληλος =(3), Ελεύθερος επαγγελματίας = (4), Οικιακά = (5), Συνταξιούχος = (6), Άλλο =-----7	
6	Τόπος διαμονής: Ευρύτερη περιοχή Αττικής =(1), Πρωτεύουσα νομού =(2), Μικρή πόλη = (3), Ύπαιθρος = (4)	
7	Αριθμός παιδιών: Κανένα =(0), ένα= (1), δύο= (2), περισσότερα από δύο = (3)	
8	Ηλικία παιδιών: 0-2=(1), 3-6 =(2) 7-12=(3) 13-18=(4) πάνω από 18=(5)	
9	Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά Ναι =1, Όχι = 2	
10	Φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά Ναι =1, Όχι = 2	
11	Πάσχετε από κάποιο άλλο νόσημα; Ναι =1, Όχι = 2	
12	Αν ναι από τι; Αναφέρατε:	
13	Είστε ενημερωμένος για το πρόβλημα υγείας σας; Πολύ =1, αρκετά = 2, λίγο =3, καθόλου =4	
14	Χρόνια από την εκδήλωση του καρδιολογικού προβλήματος: Κάτω από χρόνο = (1), 2-5 =(2), 6-10 = (3), 11-15 = (4), πάνω από 16 = (5)	
15	Έπασχε ή πάσχει κάποιος από την οικογένειά σας από νόσημα του κυκλοφορικού συστήματος: Ναι = 1, Όχι = 2	
16	Έχετε νοσηλευτεί άλλη φορά για τον ίδιο λόγο; Ναι = 1, Όχι = 2	
17	Εάν ναι πόσο συχνά; 1 φορά το χρόνο=(1), 2 φορές τον χρόνο=(2),	

	3 φορές το χρόνο=(3), περισσότερο από 3 φορές=(4)	
18	Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως αγχώδη Ναι = 1, Όχι = 2	
19	Έχετε διακόψει ή συνταξιοδοτηθεί λόγω του καρδιολογικού σας προβλήματος; Ναι = 1, Όχι=2	
20	Απουσιάζετε από την εργασία σας λόγω του καρδιολογικού σας προβλήματος; Ναι = 1, Όχι=2	
21	Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το ιατρικό προσωπικό; Πολύ καλή = 1, καλή = 2, μέτρια = 3, κακή=4, πολύ κακή=5	
22	Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το νοσηλευτικό προσωπικό; Πολύ καλή = 1, καλή = 2, μέτρια = 3, κακή=4, πολύ κακή=5	
23	Νοσοκομείο :	
24	Τμήμα : Ε. Ιατρεία=1, κλινική =2	
25	Ημέρες νοσηλείας <u>σε κλινική</u> :	

<b>Πίνακας 1.1:</b> Η κλίμακα «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)»			
<b>Αριθμός ερώτησης</b>	<b>Ερώτηση</b>	<b>Απαντήσεις</b>	<b>Σκορ</b>
1A	Αισθάνομαι ένταση	Τον περισσότερο καιρό	3
		Συχνά	2
		Κάποιες φορές-περιστασιακά	1
		Καθόλου	0
2K	Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν:	Ναι, σίγουρα, όπως και πριν	0
		Όχι τόσο πολύ	1
		Λίγο	2
		Καθόλου	3
3A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/ ή με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί	Πάρα πολύ	3
		Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ	2
		Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί	1
		Καθόλου	0
4K	Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω τη χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων	Τόσο, όσο πάντοτε	0
		Όχι τόσο πολύ πλέον	1
		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια	2
		Καθόλου	3
5A	Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν	Τον περισσότερο χρόνο	3
		Αρκετό χρόνο	2
		Κάποιες φορές, αλλά όχι τόσο συχνά	1
		Μόνο περιστασιακά	0
6K	Αισθάνομαι χαρούμενος/η	Καθόλου	3
		Όχι συχνά	2
		Μερικές φορές	1
		Τις περισσότερες φορές	0
7A	Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω	Βεβαιότατα	0
		Συχνά	1
		Όχι συχνά	2

		Καθόλου	3
8K	Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η	Σχεδόν συνέχεια	3
		Πολύ συχνά	2
		Μερικές φορές	1
		Καθόλου	0
9A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω ταραχή στο στομάχι	Καθόλου	0
		Περιστασιακά	1
		Αρκετά συχνά	2
		Πολύ συχνά	3
10K	Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	Σίγουρα	3
		Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	2
		Ίσως και να μην τη φροντίζω	1
		Την φροντίζω όπως πάντα	0
11A	Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση	Πάρα πολύ	3
		Αρκετά	2
		Όχι τόσο πολύ	1
		Καθόλου	0
12K	Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα	Τόσο , όπως πάντα	0
		Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα	1
		Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα	2
		Καθόλου	3
13A	Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού	Πολύ συχνά	3
		Αρκετά συχνά	2
		Όχι τόσο συχνά	1
		Καθόλου	0
14K	Μπορώ να ευχαριστηθώ με ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα	Συχνά	0
		Μερικές φορές	1
		Όχι τόσο συχνά	2
		Πολύ σπάνια	3

Πίνακας 1.2: Η κλίμακα « Minnesota Living With Heart Failure »							
Αριθμός ερώτησης	Ερώτηση	Απάντηση-Σκορ					
P.1	Προκαλώντας πρήξιμο στους αστραγάλους ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4	5
P.2	Κάνοντας σας να καθίσετε ή να ξαπλώσετε για να ξεκουραστείτε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	0	1	2	3	4	5
P.3	Κάνοντας δύσκολο το περπάτημα σας ή το ανέβασμα σε σκάλες;	0	1	2	3	4	5
P.4	Κάνοντας την εργασία σας γύρω από το σπίτι ή την αυλή δύσκολη;	0	1	2	3	4	5
P.5	Κάνοντας δύσκολη τη μετακίνηση σας μακριά από το σπίτι;	0	1	2	3	4	5
P.6	Κάνοντας δύσκολο τον ύπνο σας κατά τη νύχτα;	0	1	2	3	4	5
P.7	Κάνοντας δύσκολα τη σχέση σας ή το να κάνετε πράγματα με τους φίλους ή την οικογένεια σας;	0	1	2	3	4	5
P.8	Κάνοντας δύσκολη την εργασία σας για να κερδίσετε τα προς το ζην;	0	1	2	3	4	5
P.9	Κάνοντας δύσκολες τις προηγούμενες δραστηριότητες αναψυχής, χόμπι, σπορ;	0	1	2	3	4	5
P.10	Κάνοντας δύσκολες τις σεξουαλικές δραστηριότητες;	0	1	2	3	4	5
P.11	Κάνοντας σας να τρώτε λιγότερο από τα τρόφιμα που σας αρέσει;	0	1	2	3	4	5
P.12	Κάνοντας σας να έχετε δυσκολία στην αναπνοή;	0	1	2	3	4	5
P.13	Κάνοντας σας κουρασμένους ή με χαμηλή ενέργεια;	0	1	2	3	4	5
P.14	Κάνοντας σας να μείνετε σε ένα νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
P.15	Κοστίζοντας σας χρήματα για ιατρική περίθαλψη;	0	1	2	3	4	5
P.16	Προκαλώντας σας παρενέργειες από θεραπείες;	0	1	2	3	4	5
P.17	Κάνοντας σας να αισθάνεστε ότι είστε ένα βάρος για την οικογένεια ή τους φίλους σας;	0	1	2	3	4	5
P.18	Κάνοντας σας να νοιώθετε απώλεια αυτό-ελέγχου στη ζωή σας;	0	1	2	3	4	5



P.19	Κάνοντας σας να ανησυχείτε;	0	1	2	3	4	5
P.20	Κάνοντας δύσκολο για σας να επικεντρωθείτε ή να θυμάστε πράγματα;	0	1	2	3	4	5
P.21	Κάνοντας σας να νοιώθετε κατάθλιψη;	0	1	2	3	4	5