

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

«ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ»

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΛΕΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ"

ΜΑΜΟΥΡΕΛΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ



ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΠΑΜΠΑΤΣΙΚΟΥ ΦΩΤΟΥΛΑ

ΠΟΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΦΛΕΒΑΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΑΘΗΝΑ

2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Εισαγωγή.....	ΣΕΛ. 1-2
ΚΕΦ.	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	ΣΕΛ. 3
1	Βηματοδότης.....	ΣΕΛ. 4-7
1.1.	Περιεγχειρητική φροντίδα.....	ΣΕΛ. 7-11
1.1.2.	Προετοιμασία εξόδου.....	ΣΕΛ.12-15
2	Άγχος.....	ΣΕΛ.16-21
2.1.	Διάγνωση άγχους.....	ΣΕΛ. 22-23
2.2	Θεραπεία άγχους.....	ΣΕΛ. 24-27
3.	Κατάθλιψη.....	ΣΕΛ. 28-30
3.1.	Αιτιολογία κατάθλιψης.....	ΣΕΛ. 30-32
3.1.1	Κατάθλιψη και αυτοκτονία.....	ΣΕΛ. 33
3.2	Θεραπεία.....	ΣΕΛ. 33
3.2.1	Φαρμακευτική θεραπεία.....	ΣΕΛ. 33-36
3.2.2	Μη-Φαρμακευτική θεραπεία.....	ΣΕΛ. 36-40
ΚΕΦ.	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	ΣΕΛ. 41
1	Υλικό και μέθοδος.....	ΣΕΛ. 42-44

2	Αποτελέσματα.....	ΣΕΛ. 44-58
3	Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	ΣΕΛ. 59-68
	Συμπεράσματα.....	ΣΕΛ. 69
	Περίληψη.....	ΣΕΛ. 70-71
	Βιβλιογραφία.....	ΣΕΛ. 72-76
	Παράρτημα	ΣΕΛ. 77-81

Εισαγωγή

Περίπου 900.000 άτομα έχουν βηματοδότη, παγκοσμίως ενώ σε 300.000 άτομα στις ΗΠΑ τοποθετείται βηματοδότης κάθε χρόνο.^{1,2} Από την εμφύτευση του πρώτου καρδιακού βηματοδότη μέχρι σήμερα, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος που αφορά τον εξοπλισμό και τις τεχνικές της εμφύτευσης.¹⁻⁴ Η μεγάλη πλειοψηφία (>80%) όλων των βηματοδοτών εμφυτεύονται στους ηλικιωμένους. ⁵ Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε μόνιμη καρδιακή εμφύτευση βηματοδότη συνεχώς αυξάνεται.¹⁻⁴

Οι ασθενείς με βηματοδότη λόγω της φύσης και της χρονιότητας της νόσου βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό επίπεδο τα οποία πυροδοτούν την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών όπως άγχους και κατάθλιψη. Εκτός από την αντιμετώπιση της βιολογικής πορείας της νόσου, άλλοι εξίσου σημαντικοί στόχοι είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων και η συζήτηση των βαθύτερων συναισθημάτων για τις δυσκολίες που δημιουργούνται στη ζωή των ατόμων εξαιτίας της εμφύτευσης.^{4,6}

Η εμφύτευση βηματοδότη σηματοδοτεί πλήθος υποχρεώσεων των ασθενών. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς με βηματοδότη οφείλουν να κατανοήσουν την αναγκαιότητα της θεραπείας και συγκεκριμένα της αντιαρρυθμικής αγωγής, και τη σπουδαιότητα του τακτικού ελέγχου λειτουργίας της συσκευής, όπως επίσης να τροποποιήσουν τις πρωτότερες δραστηριότητες τους, να έχουν πάντα εύκολα προσβάσιμη την καρτέλα περιγραφής των χαρακτηριστικών της συσκευής του βηματοδότη και τέλος να εκπαιδευτούν όσον αφορά στην έγκαιρη αναγνώριση διαταραχών του καρδιακού ρυθμού.¹⁻⁶

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω καθίσταται σαφές, ότι τα άτομα που βιώνουν άγχος και κατάθλιψη πιθανόν να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν όλες τις ανωτέρω προκλήσεις που επιφέρει η εμφύτευση βηματοδότη στη ζωή τους.

Η ανίχνευση του άγχους και της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αυτούς τους ασθενείς. Η κατάθλιψη και το μόνιμο και υψηλής έντασης άγχος έχει καταστροφικές συνέπειες στην έκβαση της νόσου, συνεπάγονται επανα-

εισαγωγές και μακρύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, υψηλότερο κόστος νοσηλείας, όπως επίσης ευθύνονται σε μεγάλο ποσοστό για την αποτυχία συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή και την αδυναμία τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου.⁷

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη: το πρώτο μέρος που περιλαμβάνει το άγχος, την κατάθλιψη και την βηματοδότηση καρδιάς και το δεύτερο που περιλαμβάνει τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση αποτελεσμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

Ο βηματοδότης αποτελεί συσκευή που παράγει ηλεκτρικά ερεθίσματα, τα οποία διεγείρουν την καρδιά μέσω ενός ή δυο ειδικών καλωδίων. Η τοποθέτηση βηματοδότη ενδείκνυται σε καταστάσεις όπου η αυτόχθων διέγερση της καρδιάς έχει διαταραχθεί με αποτέλεσμα την εμφάνιση βραδυαρρυθμιών.⁹⁻¹⁴

Αναλυτικότερα, ο βηματοδότης παρέχει βηματοδοτικά σήματα που μοιάζουν πολύ με τα φυσιολογικά σήματα της καρδιάς. Ανάλογα με το πρόβλημα του ασθενή, ο βηματοδότης μπορεί να αντικαταστήσει τα σήματα του φλεβόκομβου που καθυστερούν ή χάνονται κατά την πορεία του ηλεκτρικού δρόμου μεταξύ των κόλπων και των κοιλιών, όπως επίσης να βοηθήσει στο χρονικό συντονισμό μεταξύ κόλπων και των κοιλιών.⁹⁻¹⁴

Κάθε σύστημα βηματοδότησης, χρειάζεται : α) μια πηγή ενέργειας: μπαταρία, β) ένα μέσο μεταφοράς: ο καθετήρας με τα ηλεκτρόδια του γ) ένα δέκτη ενέργειας: η καρδιά του αρρώστου και δ) εξασφάλιση καλής και συνεχούς λειτουργίας του κυκλώματος: τα επάρματα (spikes).⁹⁻¹⁴

Κάθε σύστημα βηματοδότησης, αποτελείται από τη γεννήτρια παλμών και από ένα ή περισσότερα ηλεκτρόδια διαφλέβια ή επικαρδιακά μέσω των οποίων οι ηλεκτρικές διεγέρσεις φτάνουν στο ενδοκάρδιο ή στο μυοκάρδιο. Τα μονοπολικά βηματοδοτικά ηλεκτρόδια αφορούν κυρίως τους μόνιμους βηματοδότες και διαθέτουν ένα ηλεκτρόδιο αγωγής και έναν πόλο. Τα διπολικά βηματοδοτικά ηλεκτρόδια αφορούν κυρίως τη προσωρινή βηματοδότηση και διαθέτουν δύο ηλεκτρόδια αγωγής και δύο πόλους. Το ηλεκτρικό ρεύμα κατεβαίνει μέσω του ενός ηλεκτροδίου στον αντίστοιχο πόλο διεγείρει τμήμα της καρδιάς εκπολώνοντάς το και επιστρέφει στο βηματοδότη μέσω του άλλου σύρματος.⁹⁻¹⁴

Ανάλογα με τις θεραπευτικές απαιτήσεις μπορούν να εμφυτευθούν μονοεστιακοί (διεγείρει μία από τις δυο καρδιακές κοιλότητες) ή διπλοεστιακοί βηματοδότες (διεγείρει δύο καρδιακές κοιλότητες). Σε ένα διπλοεστιακό σύστημα βρίσκεται συνήθως ένα ηλεκτρόδιο στον κόλπο και ένα στην κοιλία. Έτσι, συγχρονίζονται οι δραστηριότητες και των δύο κοιλιών και εξασφαλίζεται η σύσπαση του καρδιακού μυ.

Πολλοί βηματοδότες, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του οργανισμού είναι σε θέση να προσαρμόζουν αυτομάτως τη συχνότητα με την οποία αποστέλλουν τις ηλεκτρικές διεγέρσεις καθώς διαθέτουν ένα ιδιαίτερο αισθητήρα. Για παράδειγμα, κατά τις μεταβαλλόμενες σωματικές απαιτήσεις, όπως το τρέξιμο, το κολύμπι ή τις κηπουρικές εργασίες, ο βηματοδότης απαντά με αυξημένη καρδιακή συχνότητα. Επιπλέον, η νεότερη γενιά των βηματοδοτών μπορεί να αντιδρά σε μεταβαλλόμενα συναισθήματα. Για παράδειγμα, κατά την παρακολούθηση μιας αγωνιώδους ταινία μπορεί να αυξηθούν οι σφίξεις και η πίεση. Το Σύστημα Αυτομάτου Ελέγχου Κλειστού Βρόγχου (System Closed Loop Stimulation), ένα ειδικό χαρακτηριστικό κάποιων βηματοδοτών, επιτρέπει την προσαρμογή σε τέτοιες συναισθηματικές επιβαρύνσεις.⁹⁻¹⁴

Η ονοματολογία της λειτουργίας του βηματοδότη γίνεται με έναν κώδικα γραμμάτων τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη σειρά, ως εξής :⁹⁻¹⁴

Το πρώτο γράμμα περιγράφει την κοιλότητα η οποία βηματοδοτείται από τη συσκευή.

A: κόλπος (Atrium), V: κοιλία (Ventricle), D: κόλπος και κοιλία (Dual)

Το δεύτερο γράμμα περιγράφει την κοιλότητα από την οποία υπάρχει αίσθηση των ενδογενών ερεθισμάτων:

A: κόλπος (Atrium), V: κοιλία (Ventricle), D: κόλπος και κοιλία (Dual), O: καμία αίσθηση

Το τρίτο γράμμα περιγράφει τη δράση που εκλύεται από την αίσθηση ενός ενδογενούς ερεθίσματος:

I: αναστολή (Inhibition), T: πυροδότηση (Triggered), D: αναστολή και πυροδότηση (Dual) και O: καμία δράση

Το τέταρτο γράμμα, εάν υπάρχει, είναι το R και σημαίνει ότι η συσκευή έχει τη δυνατότητα αύξησης της συχνότητας βηματοδότησης ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς (Rate Response)

Το πέμπτο γράμμα τοποθετείται εφόσον βηματοδοτούνται περισσότερες από μια κοιλότητες και περιγράφει την επιπλέον κοιλότητα που βηματοδοτείται:

A: κόλπος (Atrium), V: κοιλία(Ventricle), D: κόλπος και κοιλία (Dual)

Για παράδειγμα, ένας βηματοδότης VVI, βηματοδοτεί την κοιλία (V), αισθάνεται την ενδογενή ηλεκτρική δραστηριότητα της κοιλίας (V) και σε περίπτωση που ανιχνεύσει τέτοια δραστηριότητα αναστέλλει την εξωγενή βηματοδότηση (I).

Αρχικά τα συστήματα των βηματοδοτών ήταν ευμεγέθη και ήταν εξωτερικά. Η πρώτη εμφύτευση βηματοδότη κάτω από το δέρμα του θώρακος έγινε το 1950. Η βελτίωση της τεχνολογίας μείωσε δραματικά το βάρος των βηματοδοτών οι οποίοι στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ζύγιζαν 250 γραμμάρια και στη σύγχρονη εποχή ζύγιζαν από 23-75 γραμμάρια.⁹⁻¹⁴

Η διαδικασία της εμφύτευσης επιτελείται υπό τοπική αναισθησία σε ειδική αίθουσα που διαθέτει ακτινολογικό εξοπλισμό. Αρχικά εκτελείται μια μικρή τομή λίγων εκατοστών στο δέρμα και αναζητείται η κατάλληλη φλέβα, διαμέσου της οποίας με ακτινοσκοπική παρακολούθηση το ή τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στη δεξιά κοιλία, στο δεξιό κόλπο ή και στα δύο. Στη συνέχεια ελέγχεται η σωστή θέση και η καλή λειτουργία των καλωδίων με ηλεκτρονικά τεστ. Τέλος "παρασκευάζεται" ένας χώρος κάτω από το δέρμα για να εμφυτευτεί εκεί ο βηματοδότης, ο οποίος συνδέεται με τα ήδη τοποθετημένα καλώδια. Η εμφύτευση της βηματοδοτικής γεννήτριας γίνεται στην θωρακική περιοχή αμέσως κάτω από την κλείδα. Η εμφύτευση μπορεί να διαρκέσει από 30 ως 60 λεπτά. Σε περιπτώσεις επέμβασης ανοιχτής καρδιάς και πριν από τη σύγκλειση του στέρνου, μπορεί να εμφυτευτούν προσωρινά επικαρδιακά ηλεκτρόδια για πιθανή βηματοδότηση.⁹⁻¹⁴

Οι άμεσες δυνητικές επιπλοκές τοποθέτησης βηματοδότη είναι οι εξής :

- Αιμάτωμα, επιμόλυνση τραύματος
- Υποδόριο εμφύσημα, αιμοθώρακας, πνευμοθώρακας, εμβολή με αέρα
- Διάτρηση της καρδιάς (κόλπος ή κοιλία) από το βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο, αιμοπερικάρδιο, επιπωματισμός
- Μετακίνηση βηματοδοτικών ηλεκτροδίων, κάκωση βηματοδοτικών ηλεκτροδίων από τα χειρουργικά εργαλεία
- Καρδιακός βηματοδότης

Οι απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνουν :

- Τη λύση της συνέχειας της μόνωσης

- Τη δυσλειτουργία της συσκευής
- Την αποσύνδεση ή μετακίνηση των βηματοδοτικών ηλεκτροδίων
- Το οίδημα και το άλγος (χρόνιο) στο σημείο εμφύτευσης,
- Την ίνωση του σημείου εμφύτευσης των ηλεκτροδίων στο ενδοκάρδιο
- Την ενδοκαρδίτιδα

1.1. Περιεγχειρητική φροντίδα

Ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε τοποθέτηση βηματοδότη προσέρχεται στο νοσοκομείο σε προκαθορισμένη ημερομηνία για την εμφύτευση της συσκευής ή εάν δεν γνωρίζει τη πάθησή του προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) με συμπτώματα αιμοδυναμικής αστάθειας όπου τίθεται η διάγνωση και μεταφέρεται στη Στεφανιαία Μονάδα. Ο νοσηλευτής, σε συνεργασία με τον ιατρό: α) εκτιμά την κατάσταση υγείας του ασθενούς και β) συλλέγει πληροφορίες από τον ίδιο και του συνοδούς του. ⁹⁻¹⁴

Κατά τη λήψη του ιστορικού υγείας αναζητούνται τα ακόλουθα: αίσθημα προκάρδιων παλμών, ζάλη, συγκοπτικά επεισόδια, δύσπνοια, θωρακικό άλγος, ύπαρξη ενδοκρινικών νοσημάτων, ιστορικό επεμβάσεων στο καρδιαγγειακό σύστημα και γνωστή αλλεργική αντίδραση σε φάρμακα (αντιβιώσεις, σκιαγραφικά, κατασταλτικά) κ.α. Επίσης, πληροφορίες συλλέγονται από τη φυσική εξέταση όπως εκτίμηση της καρδιακής συχνότητας, των περιφερικών σφύξεων, της αρτηριακής πίεσης, του επιπέδου συνείδησης και της χροιάς του δέρματος. ⁹⁻¹⁴

Ο ασθενής που θα υποβληθεί σε εμφύτευση νοσηλεύεται στην Καρδιολογική κλινική ή ΜΕΘ όπου υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης του καρδιακού ρυθμού και των ζωτικών σημείων, πρόληψης και αντιμετώπισης διαταραχών και λήψης κατάλληλης αντιαρρυθμικής αγωγής.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε εμφύτευση βηματοδότη διακρίνεται στα ακόλουθα στάδια : α)πριν την εμφύτευση, β) κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης, γ) μετά την εμφύτευση και δ)πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. ⁹⁻¹⁴

**Οι Νοσηλευτικές ευθύνες πριν την εμφύτευση περιλαμβάνουν τα
εξής :⁹⁻¹⁴**

- Ενημέρωση του ασθενούς για τη διαδικασία και την εξασφάλιση ενυπόγραφης συγκατάθεσης
- Διενέργεια εξετάσεων : α) ακτινογραφία θώρακα και β) αιματολογικές εξετάσεις
- Μέτρηση και καταγραφή ζωτικών σημείων
- Λήψη ΗΚΓ 12 απαγωγών, ώστε να υπάρχει ένα μέτρο σύγκρισης με τις πιθανές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές κατά τη διάρκεια ή μετά την τοποθέτηση της συσκευής
- Εξασφάλιση περιφερικής φλεβικής γραμμής στο σύστοιχο με το σημείο εμφύτευσης άνω άκρο, για τη χορήγηση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού προκειμένου να ελεγχθεί η βατότητα των φλεβών από τις οποίες διέρχονται τα ηλεκτρόδια. Συνήθως, χορηγούνται αντιαρρυθμικά φάρμακα, αντιβιώσεις (προφυλακτική αγωγή), κατασταλτικά (διαζεπάμη, μιδαζολάμη, κ.α.), νιτρώδη (σε στεφανιαία νόσο) και διουρητικά (σε καρδιακή ανεπάρκεια)
- Αφαίρεση του τριχωτού από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και από τη σύστοιχη μασχαλιαία χώρα
- Αφαίρεση οποιουδήποτε μεταλλικού αντικειμένου και της τεχνητής οδοντοστοιχίας (εφόσον υπάρχει)
- Παρότρυνση για κένωση της ουροδόχου κύστης
- Αφαίρεση των ενδυμάτων και τοποθέτηση ειδικής ενδυμασίας
- Εάν ο ασθενής μεταφερθεί από τη ΜΕΘ, στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, τότε κατά τη διακομιδή του ασθενούς απαιτείται :
 - ✓ Έλεγχος της λειτουργίας των συσκευών (οθόνη παρακολούθησης, κ.α.) οι οποίες ενδέχεται να συνοδέψουν τον ασθενή μέχρι την αίθουσα του αιμοδυναμικού εργαστηρίου
 - ✓ Εξασφάλιση της συνέχειας χορήγησης των ενδοφλέβιων διαλυμάτων (αντιαρρυθμικά φάρμακα, κ.α.)

- Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό κρίνεται σκόπιμη η τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη πριν την εμφύτευση της μόνιμης συσκευής
- Ο ασθενής θα πρέπει να είναι νήστις, τουλάχιστον 4 ώρες πριν την επέμβαση ενώ η αναμενόμενη χρονική διάρκεια της επέμβασης είναι 1-1^{1/2} ώρα
- Απαιτείται λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή για όλη τη διαδικασία όπως επίσης για πιθανή ύπαρξη άλγους στο σημείο της εμφύτευσης μετά τη λήξη της δράσης του τοπικού αναισθητικού φαρμάκου

Οι Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την εμφύτευση περιλαμβάνουν τα εξής:⁹⁻¹⁴

- Υποδοχή του ασθενούς στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και σύντομη περιγραφή της διαδικασίας
- Τοποθέτηση του ασθενούς στην κλίνη
- Σύνδεση του ασθενούς με οθόνη καταγραφής για τη συνεχή εκτίμηση των ζωτικών σημείων και του καρδιακού ρυθμού (monitoring)
- Τοποθέτηση οξυμετρίας (SpO₂)
- Χορήγηση της ενδοφλέβιας φαρμακευτικής αγωγής (αντιβιοτικά, αντιαρρυθμικά, κ.α.). Εάν ο ασθενής είναι αγχώδης ή δεν συνεργάζεται, μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια ήπιο κατασταλτικό φάρμακο.
- Παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας (αριθμός και βάθος αναπνοών) και χορήγηση οξυγόνου
- Εξασφάλιση ασηψίας του σημείου εμφύτευσης της συσκευής
- Εξασφάλιση των απαραίτητων εργαλείων και του αναλώσιμου υλικού και παροχή υποστήριξης στον ιατρό κατά τη διάρκεια της επέμβασης (χορήγηση τοπικής αναισθησίας, παροχή εργαλείων και υλικού, κ.α.).
- Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης της συσκευής εισέρχεται με ακτινοπροστατευτική ενδυμασία
- Απαιτείται προσοχή για την άμεση αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, όπως καρδιακή ανακοπή, καρδιογενές shock, αναφυλακτική αντίδραση, αιμορραγία, καρδιακός επιπωματισμός,

διάτρηση του μυοκαρδίου, πνευμοθώρακας, κ.α. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι διαθέσιμος ο κατάλληλος εξοπλισμός (απινιδιστής, ασκόςambu, λαρυγγοσκόπιο, αεραγωγοί, σετ περικαρδιοκέντησης, σετ θωρακοκέντησης, κ.α.) και φάρμακα (αδρεναλίνη, νορ-αδρεναλίνη, ατροπίνη, κορτιζόλη, κ.α.).

Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτικές ευθύνες αμέσως μετά το τέλος της εμφύτευσης είναι οι εξής:⁹⁻¹⁴

- Τοποθέτηση του ασθενούς επί κλίνης σε χαμηλή θέση Fowler (ύπτια θέση με το ερεισίνωτο σε 30°) διότι : α) παρέχει μεγαλύτερη άνεση στον ασθενή, β) διευκολύνει την αναπνοή και γ) μειώνει τη μυϊκή τάση στο σημείο εμφύτευσης
- Καθαρισμός του δέρματος από πιθανά υπολείμματα αντισηπτικού διαλύματος
- Καταγραφή των Ζ.Σ και του καρδιακού ρυθμού :
 - ✓ κάθε 15 λεπτά τις πρώτες δύο ώρες
 - ✓ κάθε 30 λεπτά τις επόμενες δύο ώρες και
 - ✓ κάθε μία ώρα για τις υπόλοιπες 4-6 ώρες.
- Εκτίμηση της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενή
- Εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης
- Διεκπεραίωση ρυθμίσεων της συσκευής από τον ιατρό
- Έλεγχος τραύματος για οίδημα και αιμορραγία
- Τεκμηρίωση της φροντίδας υγείας σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή
- Εφόσον η κατάσταση του ασθενούς είναι επιβαρυνμένη, απαιτείται συνεχής αιμοδυναμική παρακολούθηση στη Στεφανιαία Μονάδα, τουλάχιστον για το πρώτο 24ωρο !

**Οι Νοσηλευτικές ευθύνες μετά την εμφύτευση περιλαμβάνουν τα
εξής : 9-14**

- Σωστή θέση ασθενή
- Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας και χορήγηση οξυγόνου εάν ο ασθενής παρουσιάσει αναπνευστική δυσχέρεια (ρηχές και επιπόλαιες αναπνοές) λόγω άλγους στο σημείο της τομής και πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης SpO₂
- Εκτίμηση του πόνου και χορήγηση αναλγητικής αγωγής
- Ακτινογραφία θώρακος εντός 12 ωρών από την εμφύτευση για α) επιβεβαίωση της θέσης των ηλεκτροδίων στο καρδιακό τοίχωμα και β) αποκλεισμό επιπλοκών (πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, κ.α.)
- Χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής
- Παρακολούθηση του σημείου της τομής για συμπτώματα φλεγμονής
- Παρακολούθηση για την εμφάνιση λόξιγκα διότι ερεθίζεται το διάφραγμα εάν το άκρο του ηλεκτροδίου έχει τοποθετηθεί κοντά στο διάφραγμα ή το ηλεκτρόδιο που βρίσκεται στη δεξιά κοιλία έχει προκαλέσει διάτρηση του τοιχώματος
- Κινητοποίηση την επόμενη ημέρα στην πολυθρόνα βοηθούμενος από το νοσηλευτή και παρακολούθηση του ΗΚΓ
- Τις πρώτες 24-48 ώρες μετά την επέμβαση απαιτείται :
 - ✓ Περιορισμός των ακραίων κινήσεων ώστε να μειώνεται το άλγος στο σημείο της τομής και να επιτευχθεί η καλύτερη προσκόλληση των ηλεκτροδίων στην καρδιά
 - ✓ Ασκήσεις εύρους κινήσεων του σύστοιχου άκρου με το σημείο εμφύτευσης (ώμου και άνω άκρου) τουλάχιστον 3 φορές τη μέρα ώστε να προληφθεί η δυσκαμψία του ώμου και του βραχίονα.

1.1.2. Προετοιμασία Εξόδου

Η εμφύτευση βηματοδότη επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος.⁹⁻¹⁴

Η εκπαίδευση του ασθενή πριν την έξοδο από το νοσοκομείο είναι ζωτικής σημασίας. Αρχικά, ο ασθενής θα πρέπει να αντιληφθεί ότι, η εμφυτεύσιμη συσκευή δεν λύνει το πρόβλημα της αρρυθμίας αλλά αντιμετωπίζει την διαταραχή του ρυθμού όταν αυτή εμφανίζεται.

Συνεπώς, η πιστή τήρηση της αντιαρρυθμικής φαρμακευτικής αγωγής (δοσολογία, τρόπος χορήγησης, πρόληψη-αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών) σε συνδυασμό με την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής. Αναλυτικότερα, η εκπαίδευση αφορά την αναγνώριση διαταραχών του καρδιακού ρυθμού, την ενημέρωση του ιατρού ή την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας στις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, ασθενής με μόνιμο βηματοδότη οφείλει να ενημερώσει τον καρδιολόγο : α) εάν διαπιστώσει ότι οι σφίξεις του ανά λεπτό είναι λιγότερες τουλάχιστον κατά 5 από τη συχνότητα στην οποία έχει ρυθμιστεί η συσκευή και β) εάν εμφανιστούν εκδηλώσεις διαταραχής του καρδιακού ρυθμού (ζάλη, εύκολη κόπωση, κ.α.).⁹⁻¹⁴

Η εκπαίδευση ασθενή περιλαμβάνει επίσης παραμέτρους που αφορούν το είδος, το μηχανισμό λειτουργίας, τη θέση της συσκευής και την ανάγκη τακτικού ελέγχου της συσκευής και της μπαταρίας από τον καρδιολόγο ή τεχνικό της εταιρείας.

Επίσης, η εκπαίδευση ασθενή αφορά όλες τις πιθανές επιπλοκές και εκδηλώσεις, όπως τοπικές εκδηλώσεις (ερυθρότητα, οίδημα, θερμότητα), συστηματικές εκδηλώσεις φλεγμονής (πυρετός, κακουχία, κ.α.) και εκδηλώσεις αιμορραγίας/αιματώματος. Απαιτείται προσοχή τις πρώτες 4 εβδομάδες καθώς σε αυτό το χρονικό διάστημα ολοκληρώνεται η δημιουργία ουλώδους ιστού, ο οποίος καθιλώνει τη συσκευή και τα ηλεκτρόδια στη θέση τους. Το αιμάτωμα αποτελεί συχνή επιπλοκή και ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί προκειμένου να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα και να επικοινωνήσει άμεσα με τον ιατρό κυρίως όταν το αιμάτωμα συνοδεύεται από τοπικό άλγος, αίσθημα βάρους και επεκτείνεται ανατομικά ή τέλος εάν εκδηλωθεί αιμορραγία στην τομή. Επίσης,

επιβάλλεται ενημέρωση ιατρού σε περίπτωση ερυθρότητας ή οιδήματος ή πυρετού που διαρκεί πάνω από δύο ημέρες.⁹⁻¹⁴

Ο τρόπος ένδυσης είναι βασικό στοιχείο στην εκπαίδευση του ασθενή, για παράδειγμα συνιστάται αποφυγή χρήσης σφιχτών ή ανοιχτών ενδυμάτων που αφήνουν εκτεθειμένο το σημείο της τομής, αυξάνουν την πιθανότητα τραυματισμού ή την έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες και τέλος αυξάνουν την πρόκληση ισχαιμίας.⁹⁻¹⁴

Επίσης, προτείνεται αποφυγή έντονης σωματικής άσκησης για έξι εβδομάδες μετά την τοποθέτηση του βηματοδότη, κυρίως όπου απαιτούνται έντονες κινήσεις των χεριών π.χ. κολύμπι, τένις, σκι, μεταφορά αντικειμένων μεγάλου βάρους. Επιπλέον, οι ακραίες κινήσεις αποφεύγονται δια βίου, όπως α) κάμψη, έκταση του σύστοιχου με το σημείο εμφύτευσης άνω άκρου και του ώμου και β) άρση μεγάλου βάρους σε ύψος άνωθεν του στήθους.⁹⁻¹⁴

Η οδήγηση επιτρέπεται εκτός ορισμένων εξαιρέσεων ενώ δεν επηρεάζεται η σεξουαλική δραστηριότητα από την τοποθέτηση του βηματοδότη.⁹⁻¹⁴

Όσον αφορά το λουτρό του ατόμου, τις πρώτες μόνο ημέρες μετά την εμφύτευση δεν θα πρέπει να βραχεί το τραύμα μέχρι να επουλωθεί η πληγή. Το νερό δεν επηρεάζει το βηματοδότη διότι είναι τοποθετημένος κάτω από το δέρμα. Τα ράμματα συνήθως είναι απορροφήσιμα ενώ εάν δεν είναι, θα πρέπει να αφαιρεθούν οκτώ ημέρες μετά την εμφύτευση ενώ η αλλαγή του τραύματος γίνεται με αποστειρωμένα γάντια και γάζες χωρίς να βραχεί η περιοχή.⁹⁻¹⁴

Είναι επιτακτική ανάγκη, να φέρει ο ασθενής πάντοτε μαζί του ειδικό βραχιόλι ή ταυτότητα με τα χαρακτηριστικά της συσκευής (τα στοιχεία του συστήματος βηματοδότη, το τύπο του βηματοδότη, το όνομα του κατασκευαστή, το χρόνο εμφύτευσης και τη συχνότητα στην οποία έχει ρυθμιστεί). Το άτομο που φέρει βηματοδότη θα πρέπει σε οποιαδήποτε επαφή με τις Υπηρεσίες Υγείας να αναφέρει την ύπαρξη του βηματοδότη. Επιπροσθέτως, η ταυτότητα του βηματοδότη θα πρέπει να επιδεικνύεται στο προσωπικό ασφαλείας των αεροδρομίων (ενεργοποίηση του συναγερμού στις πύλες ελέγχου επιβατών).⁹⁻¹⁴

Αναλυτικότερα, ο βηματοδότης ως ηλεκτρονική συσκευή είναι καλά προστατευμένη ωστόσο κάποιες πηγές ηλεκτρομαγνητικής παρεμβολής μπορούν να επηρεάσουν προσωρινά τη λειτουργία της.⁹⁻¹⁴

Προσοχή συνιστάται στα εξής : κεραίες εκπομπής και τροφοδοτικά, φούρνοι μικροκυμάτων (δεν συμπεριλαμβάνεται ο κοινός ηλεκτρικός φούρνος), γραμμές μεταφοράς ενέργειας, συσκευές διαθερμίας, υψηλής ενέργειας ακτινοβολία, διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις (μαγνητική τομογραφία, λιθοτριψία, κ.α.), μηχανές οι οποίες προκαλούν ισχυρές δονήσεις (τρυπάνια κ.λπ.), πυροβόλα όπλα, ηλεκτρικές συσκευές με ισχυρά ηλεκτρικά πεδία, γραμμές υψηλής τάσης, πομποί ραδιοφώνου, τηλεόρασης και ραντάρ, ηλεκτρικά, αθωράκιστα συστήματα ανάφλεξης και διάφορες άλλες πηγές όπως ερασιτεχνικές συσκευές με εκπομπή ραδιοφωνικών σημάτων, συσκευές ανίχνευσης μετάλλων στο αεροδρόμιο. Τέλος, κάποιες συσκευές, όπως π.χ. ακουστικά, διαθέτουν μαγνήτες, οι οποίοι, όταν βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από το εμφύτευμα, μπορεί να προκαλέσουν βλάβες. Για το λόγο αυτόν απαιτείται μία απόσταση 3 εκατοστών μεταξύ των ακουστικών και του βηματοδότη. Όσον αφορά τη χρήση κινητού τηλέφωνα, αυτό θα πρέπει να κρατάτε από την αντίθετη πλευρά του εμφυτευμένου βηματοδότη, ακόμα και μετά τη χρήση δεν θα πρέπει να είναι κοντά στο βηματοδότη. Σχετικά με πιθανές επιδράσεις άλλων πηγών ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, συνιστάται επικοινωνία με την αντιπροσωπεία της κατασκευάστριας εταιρείας. Το τηλέφωνο της εταιρείας αναγράφεται στην κάρτα-ταυτότητα.⁹⁻¹⁴

Η μπαταρία του βηματοδότη δίνει την απαραίτητη ενέργεια για την παραγωγή ερεθισμάτων και είναι στεγανοποιημένη μέσα στο βηματοδότη μαζί με το ηλεκτρονικό κύκλωμα. Η διάρκεια ζωής της μπαταρίας εξαρτάται από τον τύπο του βηματοδότη, την ασθένεια και τη συχνότητα διέγερσης. Απαιτείται η τήρηση των τακτικών επισκέψεων στον καρδιολόγο για κλινική εκτίμηση και έλεγχο λειτουργίας της συσκευής (ουδός διέγερσης, επίπεδα φόρτισης της μπαταρίας, κ.α.).

Η European Heart Rhythm Association εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τη βέλτιστη παρακολούθηση λειτουργίας της συσκευής μετά την εμφύτευση δηλ., παρακολούθηση κάθε 3-12 μήνες και ετησίως έως την αντικατάσταση της

μπαταρίας. Όταν η μπαταρία εμφανίζει εξάντληση προγραμματίζεται η αντικατάσταση της μπαταρίας (μαζί με το κύκλωμα). Το ηλεκτρόδιο συνήθως δεν αντικαθίσταται, απλά συνδέεται με την καινούργια μπαταρία. Ο χρόνος εγγύησης αναφέρεται για λόγους οικονομικούς, με αποτέλεσμα ο πραγματικός χρόνος διάρκειας του βηματοδότη να είναι συνήθως πολύ μεγαλύτερος.⁹⁻¹⁴

Τέλος, είναι σημαντικό ο ασθενής να κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών ιατρικών επισκέψεων για την εύρυθμη λειτουργία της εμφυτευμένης συσκευής. Η συχνότητα και η μέθοδος αυτής της παρακολούθησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία του ασθενούς, ο αριθμός και η σοβαρότητα των συνυπάρχουσων καταστάσεων και η ηλικία της συσκευής. Η τηλεφωνική παρακολούθηση μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική όταν γίνεται κατάλληλα.²

2 ΑΓΧΟΣ

Η λέξη "άγχος" αναφέρεται στην καθημερινότητα των ατόμων, γεγονός, που υποδηλώνει ότι πρόκειται για ένα συνηθισμένο βίωμα. Το άγχος δεν αποτελεί γνώρισμα της σύγχρονης εποχής αλλά αντιθέτως ακολουθεί τον άνθρωπο από τα πρώτα χρόνια ζωής.¹⁹⁻²²

Ο όρος Άγχος προέρχεται από το ρήμα "ἄγχω" που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους, που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνά του. Κατά το πέρασμα των αιώνων το άγχος πήρε διάφορες μορφές ανάλογα με τις εκάστοτε επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες.

Σύμφωνα με τους Sorensen και Luckman (1979) ως άγχος ορίζεται ένα πραγματικό και συγκεκριμένο βίωμα που συνδέει προσωπικότητες, πολιτισμούς και εποχές. Ο Cannon, το 1939 ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε ότι, οι παράγοντες του άγχους ήταν συναισθηματικοί και φυσικοί. Ο Cannon περιέγραψε την αντίδραση "πάλης ή φυγής" ("fight-or-flight"), την οποία υιοθετούν ο άνθρωπος και τα ζώα σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Επίσης, διατύπωσε την άποψη ότι, αυτές οι αντιδράσεις βασίζονται στην απελευθέρωση ισχυρών νευροδιαβιβαστών από τα επινεφρίδια, όπως της επινεφρίνης και της νοραδρεναλίνης. Ωστόσο, ο όρος αναφέρεται σε μια κατάσταση η οποία συνοδεύει πάντα στον άνθρωπο και κινητοποιείται όταν υπάρχει απειλή την οποία το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει.¹⁹⁻²²

Το άγχος μπορεί να εκδηλωθεί είτε ξαφνικά είτε μετά από μια ιδιαίτερα δύσκολη και επώδυνη εμπειρία ή ακόμα να εκδηλωθεί μέρες ή μήνες μετά από ένα ψυχοτραυματικό γεγονός και προκαλεί γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα.¹⁹⁻²²

Το άγχος θεωρείται αναμενόμενη ή ακόμα και φυσιολογική αντίδραση σε ένα χρόνιο νόσημα. Τα χαμηλά επίπεδα άγχους είναι ωφέλιμα για το άτομο και το βοηθούν να βρίσκεται σε ετοιμότητα και εγρήγορση ή διευκολύνουν την εκμάθηση νέων πραγμάτων. Στη χρόνια νόσο, τα χαμηλά επίπεδα άγχους είναι

δυνατόν να επιδράσουν θετικά στην διάγνωση και πορεία της νόσου καθώς ωθούν το άτομο σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και θεραπείας.¹⁹⁻²²

Το άγχος έως ένα βαθμό θεωρείται σημαντικό για την επιβίωση του ατόμου, ωστόσο όταν αυξηθεί σε ένταση ή συχνότητα μπορεί να μετατραπεί σε παθολογία. Το φυσιολογικό άγχος μπορεί να είναι προσωρινό και μικρής έντασης ενώ το παθολογικό επίμονο και μεγίστης έντασης. Το άγχος, όπως και οποιοδήποτε ανθρώπινο βίωμα, μπορεί να εκφράζεται από τους ασθενείς με Σκέψεις, Συναισθήματα, Σωματικές αντιδράσεις ή/και Συμπεριφορές (μια ταξινόμηση στην οποία ορισμένοι αναφέρονται ως τα 4Σ).¹⁹⁻²³

Η εμπειρία του άγχους μπορεί να χωριστεί στις εξής δυο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά ένα οξύ, σοβαρό, σύντομο κύμα έντονου άγχους με έντονες μεταβολές στη νόηση, τη φυσιολογία και τη συμπεριφορά που θυμίζει οξύ φόβο ή συναγερμό μπροστά σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Νοητικά το άτομο βιώνει τρόμο, αβοηθησία και μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής ενώ μπορεί να συνυπάρχει μια εσωτερική πίεση για απόδραση και αναζήτηση ασφάλειας. Αυτή η μορφή άγχους αντιστοιχεί σε αυτό που χαρακτηρίζεται ως κρίση πανικού. Η δεύτερη κατηγορία αφορά μια χρόνια χαμηλού βαθμού επίμονη δυσφορία που διαφέρει ποιοτικά και ποσοτικά από την πρώτη. Πρόκειται για κατάσταση αυξημένης εγρήγορσης για πιθανούς κινδύνους, που αντιστοιχεί στο βίωμα που ονομάζουμε προσδοκητικό άγχος.²³

Το άγχος θα πρέπει να διαφοροποιείται τόσο από το "stress" όσο και από το φόβο. Το "stress" μπορεί να προκληθεί από οποιαδήποτε κατάσταση ή σκέψη που κάνει το άτομο συγχυσμένο, θυμωμένο ή νευρικό. Οι στρεσογόνοι παράγοντες δεν είναι ίδιοι για κάθε άτομο. Το άγχος είναι ένα αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητας ή φόβου ενώ η πηγή αυτής της διαταραχής δεν είναι πάντα γνωστή ή αναγνωρίσιμη, γεγονός, που ενισχύει τη δυσφορία που βιώνει το άτομο.¹⁹⁻²²

Παρότι, το άγχος και ο φόβος συνοδεύονται από την ίδια βιολογική απόκριση του οργανισμού, που περιλαμβάνει διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, (αυξημένη καρδιακή συχνότητα και αρτηριακή πίεση, μυδρίαση, ψυχρό δέρμα, ανόρθωση τριχών και μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού) εντούτοις το άγχος πρέπει να διαφοροποιείται από το φόβο.

Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο βλέπει έναν κροκόδειλο, ο φόβος τον παρακινεί να απομακρυνθεί. Συγκεκριμένα, ο φόβος αφορά αιφνίδιο αλλά συγκεκριμένο κίνδυνο ή απειλή, ο οποίος διαρκεί όσο διαρκεί και ο κίνδυνος ενώ η έντασή του ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος του κινδύνου. Αντιθέτως, το άγχος αφορά κάποια ασαφή, μη προκαθορισμένη απειλή και έχει μεγαλύτερη χρονική διάρκεια καθώς το ερέθισμα είναι άγνωστο και συνεπώς το άτομο δεν μπορεί να το αποφύγει. Ακόμα και όταν το άτομο γνωρίζει την πηγή του άγχους, η ένταση του αισθήματος δυσφορίας συνήθως δεν αντιστοιχεί στον πραγματικό κίνδυνο.¹⁹⁻²²

Το άγχος συχνά συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως:

- Κοιλιακό άλγος μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα ιδιαίτερα στα παιδιά
- Διάρροια ή συχνή ανάγκη για ούρηση
- Ζαλάδα
- Ξηροστομία ή δυσκολία κατάποσης
- Κεφαλαλγίες
- Μυϊκή τάση
- Ταχύπνοια και γρήγορος ή ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός
- Εφίδρωση
- Σπασμοί ή τρέμουλο

Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχουν και άλλα συμπτώματα με το άγχος:

- Μειωμένη συγκέντρωση
- Κόπωση
- Ευερεθιστότητα και έκρηξη θυμού
- Σεξουαλικά προβλήματα
- Δυσκολία στον ύπνο

Οι κυριότερες σωματικές και αυτονομικές εκδηλώσεις του άγχους είναι

οι εξής :¹⁹⁻²²

Αίσθημα παλμών

Λιποθυμική τάση

Αίσθημα ζέστης ή κρύου

Μυαλγίες

Αίσθημα πλακώματος

Μυϊκή ένταση/τρεμούλες

Αίσθημα πνιξίματος

Μυδρίαση

Αστάθεια	Ναυτία/ Έμετος
Αυξημένα αντανακλαστικά	Νευρικήτητα
Διάρροια	Ξηροστομία
Δύσπνοια	Παραισθησίες
Έκτακτες συστολές	Πονοκέφαλος
Εφίδρωση	Πόνος στο στομάχι
Εύκολο τρόμαγμα	Πόνος στο στήθος
Ερύθημα προσώπου	Σεξουαλική δυσλειτουργία
Εύκολη κόπωση	Συχνουρία/ Δυσουρία
Ζάλη	Ταχυπαλμία
Κόμπος στο λαιμό	Υπεραερισμός

Η επίδραση του άγχους συσχετίζεται με τις ακόλουθες παραμέτρους: ¹⁹⁻²²

- Τη φύση, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα του άγχους
- Την υποκειμενική, ψυχολογική σημασία του άγχους
- Τη δυνατότητα ή την αδυναμία αποφυγής και υπέρβασης του άγχους
- Τις προηγούμενες εμπειρίες
- Την ιδιοσυγκρασία, τη γενική κατάσταση πριν και κατά τη διάρκεια της έκθεσης στο άγχος
- Την κοινωνική στήριξη.

Το άγχος μπορεί να συμβαίνει ως τμήμα μιας αγχώδους διαταραχής, που ενέχει υπερβολικό άγχος. Οι κυριότερες αγχώδεις διαταραχές συνοψίζονται ως εξής: ¹⁹⁻²²

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή : χαρακτηρίζεται από υπερβολική, ανεξέλεγκτη και μη ρεαλιστική ανησυχία για καθημερινά. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή ανησυχούν συνέχεια για κάτι κακό που μπορεί να συμβεί σε εκείνους ή στα αγαπημένα τους πρόσωπα και συχνά συνυπάρχει ένα αίσθημα συνεχούς φόβου.

Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία : συνήθως σε καταστάσεις στις οποίες οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θα αισθάνονταν φόβο. Συνυπάρχουν δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα άγχους, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμού, αίσθημα απώλειας του ελέγχου και άλλα όπως το αίσθημα ότι το άτομο

παθαίνει καρδιακή προσβολή. Αυτοί οι φόβοι μπορεί να οδηγήσουν κάποια άτομα στην αγοραφοβία.

Αγοραφοβία : δεν αποτελεί μία συγκεκριμένη, ξεχωριστή διαταραχή, αλλά ένα στοιχείο της αγχώδους διαταραχής που χαρακτηρίζεται από το φόβο του ατόμου να βρεθεί σε κάποιο τόπο ή κατάσταση από όπου θα είναι δύσκολο ή θα έρθει σε αμηχανία για να ξεφύγει όπως επίσης χαρακτηρίζεται από το φόβο ότι μπορεί να μην υπάρχει βοήθεια. Τα άτομα που πάσχουν από αγοραφοβία αισθάνονται συνήθως φόβο σε σουπερμάρκετ και πολυκαταστήματα, σε πολυσύχναστα μέρη, σε μέσα μαζικής συγκοινωνίας, σε ανελκυστήρες και σε αυτοκινητόδρομους ταχείας κυκλοφορίας. Συνήθως, τα άτομα αυτά νοιώθουν ανακούφιση όταν συνοδεύονται από ένα οικείο πρόσωπο, όπως ο/η σύζυγός τους, ένας φίλος ή και κάποιο οικιακό ζώο.

Συγκεκριμένες φοβίες : που αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, όπως φόβο για το νερό, τους σκύλους, τους κλειστούς χώρους, τα φίδια ή τις αράχνες. Η επαφή με το αντικείμενο ή με την κατάσταση που προκαλεί το φόβο, έχει ως αποτέλεσμα υπερβολικό άγχος και κρίση πανικού.

Κοινωνική φοβία : πρόκειται για ένα επίμονο και υψηλής έντασης φόβο για τις καταστάσεις κοινωνικών συναναστροφών. Το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα τον περιεργαστούν προσεκτικά και ότι θα τον κρίνουν αρνητικά. Τα άτομα αυτά προσπαθούν να ανταπεξέλθουν με το να αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές ή τις ανέχονται με έντονα αισθήματα άγχους..

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή : αφορά συνεχείς ανεπιθύμητες σκέψεις και έχει ως αποτέλεσμα την επιτέλεση περίπλοκων τυποποιημένων επαναληπτικών κινήσεων στην προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει ή να εκδιώξει τις επίμονες σκέψεις. Για παράδειγμα, κάποια άτομα αισθάνονται την ανάγκη να ελέγχουν ξανά και ξανά εαν έχουν κλειδώσει την πόρτα ή εαν έχουν κλείσει τον φούρνο.

Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή : εκδηλώνεται μετά από ψυχοτραυματικό στρές και για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε σε βετεράνους πολέμου. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι κάποιο συμβάν όπου υπήρξε κίνδυνος θανάτου, σοβαρού τραυματισμού ή απειλή για την αξιοπρέπεια του ατόμου και παρακολούθηση κάποιου γεγονότος, συμπεριλαμβανομένου του

θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού κάποιου τρίτου. Άλλα τραυματικά γεγονότα αφορούν βίαια προσωπική επίθεση, συμμετοχή σε πολεμικές επιχειρήσεις, ομηρία, τρομοκρατική επίθεση, βασανιστήρια, κράτηση ως αιχμάλωτος πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης, τροχαία ατυχήματα ή διάγνωση απειλητικής για τη ζωή νόσου. Τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής τα οποία επιμένουν για παραπάνω από ένα μήνα, συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα: ¹⁹⁻²²

- Αποφυγή των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός
- Άμβλυση της απαντητικότητας (ψυχική άμβλυση ή συναισθηματικό μούδιασμα)
- Υπερδιέγερση (δυσκολία επέλευσης ύπνου, εφιάλτες, υπερεπαγρύπνηση ή αυξημένη επιφυλακή για κίνδυνο)
- Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος. Αναλυτικότερα, τα άτομα αυτά αναβιώνουν το τραυματικό γεγονός με διάφορους τρόπους, όπως επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις ή όνειρα για το συμβάν, επεισόδια αναβίωσης (flashback), κατά τα οποία ξαναζούν το συμβάν, πιστεύοντας ότι συμβαίνει στην πραγματικότητα.

Όταν τα άτομα που βιώνουν μετατραυματική διαταραχή αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις τότε εκδηλώνουν δυσφορία ή προβλήματα με τις διαπροσωπικές σχέσεις ή ακόμα εκδηλώνουν αδιαφορία για πρωτότερες ενασχολήσεις οι οποίες τους ευχαριστούσαν. Επίσης, μπορεί να εκδηλώσουν συμπεριφορές που δεν υιοθετούσαν πριν το συμβάν όπως ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, ακόμη και βία. Επιπλέον, τα άτομα αυτά είναι δυνατόν να υιοθετήσουν παραβατικές συμπεριφορές, όπως κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών ή ακόμα και να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που εμπλέκονται στη πιθανότητα εκδήλωσης μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής είναι η βαρύτητα και η διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η απόσταση (στο χώρο και στο χρόνο) της έκθεσης. ¹⁹⁻²²

2.1. Διάγνωση άγχους

Το άγχος μπορεί να πυροδοτηθεί λόγω μιας σωματικής νόσου ή της θεραπείας αυτής ή ακόμα να εκδηλωθεί ως αντίδραση στην εγκατάσταση της νόσου.²⁴ Το κύριο μέλημα στη διάγνωση του άγχους είναι να αποκλειστεί το ενδεχόμενο σωματικής νόσου όπως για παράδειγμα, υπερθυρεοειδισμός, άσθμα, υπογλυκαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα. Απαιτείται προσεκτική κλινική εξέταση και λεπτομερής εργαστηριακός έλεγχος.¹⁹⁻²²

Η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής τίθεται όταν αποκλειστούν ψυχιατρικές καταστάσεις (π.χ. κατάθλιψη), στις οποίες το άγχος μπορεί να είναι το αρχικό σύμπτωμα, όπως για παράδειγμα, η κατάθλιψη που συνυπάρχει σε αγχώδη διαταραχή ή οι κρίσεις κρίσεων πανικού που εμφανίζονται μόνο με σωματικά συμπτώματα. Εάν ο ασθενής είναι νοσηλευόμενος μπορεί να εκδηλωθεί είτε απλή φοβία ειδικά εκείνες που σχετίζονται με αίμα, σύριγγες είτε κοινωνική φοβία διότι οι συνθήκες νοσηλείας, αυξάνουν τις φοβίες που σχετίζονται με φόβο παρατήρησης του ατόμου από άλλους. Τέλος, μπορεί το άγχος να είναι εκδήλωση αποδιοργάνωσης που επιφέρει η νοσηλεία σε ένα ασθενή με ήδη εγκατεστημένη ψυχιατρική διαταραχή όπως σχιζοφρένεια ή βαριά διαταραχή της προσωπικότητας.

Επιπλέον, φάρμακα και ουσίες, συχνά οδηγούν σε συμπτώματα άγχους, είτε ως παρενέργεια ή ως σύνδρομο στέρησης, τα οποία είναι τα εξής :¹⁹⁻²²

- Αμφεταμίνες
- Αλκοόλ
- Βενζοδιαζεπίνες (στη διάρκεια της διακοπής)
- Βρογχοδιασταλτικά (για άσθμα και συγκεκριμένες άλλες αναπνευστικές διαταραχές)
- Καφεΐνη
- Κοκαΐνη
- Φάρμακα για το κρυολόγημα
- Αποσυμφορητικά
- Χάπια διαίτης

- Μαριχουάνα
- Νικοτίνη
- Φάρμακα για τον θυρεοειδή

Συνοπτικά, τονίζεται ότι, ο ψυχίατρος του γενικού νοσοκομείου θα πρέπει να διερευνήσει τη πιθανότητα το άγχος να οφείλεται σε :

- Σωματικά συμπτώματα
- Καρδιολογικά φάρμακα
- Τοξίκωση από ουσίες
- Στέρηση οινόπνευματών και ναρκωτικών ουσιών

Εάν το άγχος εμφανίζεται 24-48 ώρες μετά την εισαγωγή και συνοδεύεται από τρόμο, απνία, νευροφυτικές εκδηλώσεις, μπορεί να αποτελεί συμπτωματολογία στέρησης οινόπνευματών. Όταν αποκλεισθεί η συμμετοχή σωματικών προβλημάτων, ο ψυχίατρος θα πρέπει να κατανοήσει τις αιτίες και τους μηχανισμούς που προκαλούν το άγχος. Οι συνηθέστερες είναι :

- Ο φόβος θανάτου, εγχείρησης, σωματικής αναπηρίας και συνεπαγόμενης αλλαγής του τρόπου ζωής
- Οι οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις και το κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές
- Οι δυσάρεστες εμπειρίες προσφιλών προσώπων από καρδιακό νόσημα
- Η αϋπνία λόγω της νοσηλείας και των συχνών παρεμβάσεων του προσωπικού.

2.2. Θεραπεία άγχους

Οι αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας για τους ασθενείς με 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 stress και να δοκιμάζουν νέες μεθόδους για μείωση του άγχους. Τέλος, στην κοινότητα, οι ασθενείς θα πρέπει να αναπτύξουν προσαρμοστικές μεθόδους αντιμετώπισης, να χρησιμοποιούν συστήματα υποστήριξης και να επιδεικνύουν κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.¹⁹⁻²²

Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας.

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα πιο ευρέως συνταγογραφούμενα φάρμακα παγκοσμίως. Χορηγούνται για το άγχος, την αυπνία, το στερητικό σύνδρομο στους αλκοολικούς, τη χαλάρωση των σκελετικών μυών, την οξεία αντιμετώπιση της επιληψίας, την έντονη διέγερση, την κοινωνική φοβία, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή πανικού.¹⁹⁻²²

Κάποιες φορές, οι ασθενείς έχουν παράδοξη (αντίθετη) αντίδραση στις βενζοδιαζεπίνες (είτε στις αγχολυτικές είτε στις ηρεμιστικές). Για παράδειγμα αντί για χαλάρωση, παρουσιάζουν διέγερση ή συναισθηματική αστάθεια. Οι ηλικιωμένοι, τα παιδιά και τα άτομα με εγκεφαλική βλάβη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτές τις αντιδράσεις. Όταν κάποιος ασθενής παρουσιάζει παράδοξη αντίδραση, οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να διακόπτονται.¹⁹⁻²²

Τα αντικαταθλιπτικά έχουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ορισμένων αγχωδών διαταραχών ενώ συγχρόνως αντιμετωπίζουν την συνυπάρχουσα ή υποκείμενη κατάθλιψη. Παρότι, τα φάρμακα αυτά έχουν κατασταλτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η οποία αυξάνεται όταν τα φάρμακα αυτά συνδυάζονται με αλκοόλ εντούτοις σε γενικές γραμμές είναι πολύ ασφαλή. Σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές, η λήψη τους επιτυγχάνει μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Δεδομένου ότι, στον πολιτισμό μας παρατηρείται

ένα στίγμα που συνοδεύει τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων θεωρείται σκόπιμο οι νοσηλευτές να παρέχουν στήριξη στα άτομα, που λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα.¹⁹⁻²²

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, οι ψυχολογικές θεραπείες (γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία) στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα διότι βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν τρόπους και μεθόδους να ξεπερνούν τα προβλήματά τους, κυρίως για άτομα με παροδικό ή χαμηλής έντασης άγχος ή με πτωχές ικανότητες αντιμετώπισης του στρες.¹⁹⁻²²

Οι ασθενείς με αγχώδη διαταραχή μπορεί να έχουν παθολογική νευροδιαβιβαστική ή νευροορμονική λειτουργία και το άγχος τους μπορεί να μην ανταποκρίνεται στη ψυχοθεραπεία (ως μονοθεραπεία) ή σε συνδυασμό γνωστικής και συμπεριφορικής θεραπείας. Κάποιες μορφές άγχους, όπως οι ειδικές φοβίες, ανταποκρίνονται άριστα στη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού μπορεί να χρειαστούν μακροχρόνια χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων, επειδή δεν μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς αυτά.¹⁹⁻²²

Συνοπτικά, οι διαταραχές άγχους είναι συχνές, χρόνιες, αποτελούν πηγή δυσφορίας και αναπηρίας, συχνά μένουν αδιάγνωστες, αν αφεθούν χωρίς θεραπεία και είναι δαπανηρές τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για την κατάσταση της συννοσηρότητας, ιδιαίτερα για το άγχος με την κατάθλιψη και το άγχος με την κατάχρηση ουσιών. Η ουσιαστική συζήτηση είναι σημαντική για την ανάδειξη του προβλήματος. Αρχικά, θα πρέπει να εντοπίζεται η αλληλουχία των προβλημάτων και να εντοπιστεί το κύριο ή πρωταρχικό πρόβλημα. Η κατάρτιση ενός χρονοδιαγράμματος συμβάλλει σημαντικά στον προσδιορισμό ανάπτυξης των διαφόρων προβλημάτων. Με την κατανόηση της εμφάνισης της αλληλουχίας των συμπτωμάτων, μπορεί να επιτευχθεί καλύτερη κατανόηση της συννοσηρότητας και συνεπώς να υπάρχει αποτελεσματική παρέμβαση που να ταιριάζει στις ανάγκες του ατόμου.¹⁹⁻²²

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες στην ικανότητα αντιμετώπισης του στρες είναι το μέγεθος και το αιφνίδιο του ψυχοπιεστικού παράγοντα, ο χρόνος που νοσεί κανείς σε σχέση με άλλα γεγονότα ή κρίσεις στη ζωή του, η επάρκεια του

διαθέσιμου υποστηρικτικού συστήματος, όπως επίσης η προσωπικότητα του ασθενούς και το είδος των μηχανισμών διαχείρισης και άμυνας που θα επιλεγούν.²³

Για τους περισσότερους ασθενείς το άγχος αντιμετωπίζεται με μια ποικιλία ψυχολογικών "μηχανισμών διαχείρισης" (coping mechanisms), και "μηχανισμών άμυνας" (defense mechanisms) αρκετοί από τους οποίους είναι κοινές νοητικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πρακτικές που ακολουθούν τα άτομα υπό κάποια απειλή.²³

Οι μηχανισμοί διαχείρισης (problem-focused coping) αφορούν τις συνειδητές, κυρίως, στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να ελέγξουν μια προβληματική ή δυνητικά ζημιογόνα για την ψυχική ισορροπία τους κατάσταση. Οι μηχανισμοί άμυνας (emotion-focused coping) αφορούν τις μη συνειδητές, κυρίως, στρατηγικές τις οποίες χρησιμοποιούν τα άτομα για να ανακουφίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που κινδυνεύουν να τους κατακλύσουν από μια κατάσταση την οποία αντιλαμβάνονται ως μη ελέγξιμη. Οι μηχανισμοί διαχείρισης είναι προσανατολισμένοι στην προσαρμογή του οργανισμού στις εξωτερικές συνθήκες ενώ οι μηχανισμοί άμυνας είναι προσανατολισμένοι στα συναισθήματα που κινδυνεύουν να αναδυθούν εξ' αφορμής των εξωτερικών προβλημάτων.²³

Κάποιες συνήθειες στρατηγικές διαχείρισης προβλήματος είναι οι εξής :²³

- Ζητά πληροφορίες ή καθοδήγηση.
- Μοιράζεται με τους άλλους τις ανησυχίες του. Συζητά το πρόβλημα.
- Αστειεύεται ή περιγελά το πρόβλημα. Αλλάζει συναισθηματική διάθεση.
- Προσπαθεί να ξεχάσει το πρόβλημα ή να το βγάλει από το μυαλό του.
- Ασχολείται με άλλα πράγματα για να αποτρέψει την προσοχή του.
- Δραστηριοποιείται με σθένος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.
- Αποδέχεται το πρόβλημα αλλά βρίσκει και κάποια θετική πλευρά.
- Υποτάσσεται στο αναπόφευκτο- μοιρολατρεία.

- Κάνει κάτι- οτιδήποτε- πιθανώς χωρίς σωστή κρίση.
- Προσπαθεί να παζαρέψει πιθανές εναλλακτικές.
- Εκτονώνει την ένταση με υπερβολικό ποτό, ναρκωτικά, ριψοκίνδυνες πράξεις.
- Συμβιβάζεται, συμμορφώνεται. Κάνει ό,τι τον συμβουλεύουν ή ό,τι περιμένουν από εκείνον.
- Κατηγορεί κάποιον ή κάτι. Φέρνει κάποιον σε δύσκολη θέση.
- Ξεθυμάνει, έχει συναισθηματικά ξεσπάσματα.
- Αρνείται την κατάσταση ή τις συνέπειές της .

Κατά τα τελευταία έτη, ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται ο ρόλος των κοινωνικών συνιστωσών (όπως η κοινωνική στήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις) στη διαδικασία της διαχείρισης του άγχους. Η κοινωνική απομόνωση προάγει το θάνατο ενώ η κοινωνική στήριξη προάγει την υγεία. Άλλα χαρακτηριστικά της κοινωνικής στήριξης αφορούν στη διάρκειά της, την ποσότητα ή την συχνότητα, την αμοιβαιότητα της υποστηρικτικής αλληλεπίδρασης και την ειδικότητα των υποστηρικτικών παρεμβάσεων. ²³ Διακρίνονται γενικά τέσσερα είδη κοινωνικής στήριξης ως εξής :

- Συναισθηματική στήριξη : προέρχεται κυρίως από συγγενείς και φίλους, και είναι η πιο γνωστή μορφή στήριξης. Περιλαμβάνει κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα, αγάπη και εμπιστοσύνη.
- Αξιολογική στήριξη : αφορά μετάδοση πληροφοριών (και όχι συναισθήματος όπως η πρώτη) που παρέχουν μια εκτίμηση του από τους άλλους, π.χ. οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, ιατρούς κλπ, με τη μορφή επιβεβαίωσης, αξιολόγησης της απόδοσης ή της θεραπευτικής πορείας του, κοινωνικής σύγκρισης κ.ά.
- Πληροφοριακή στήριξη : αφορά την παροχή πληροφοριών για την ασθένεια , ιατρικών οδηγιών, κατεύθυνσης, πρόγνωσης κ.ά
- Υλική στήριξη : με τη μορφή χρημάτων, χρόνου, βοήθειας σε είδος, και άλλες συγκεκριμένες παρεμβάσεις υπέρ του ατόμου

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί πάθηση που μπορεί να εκδηλωθεί τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η κατάθλιψη αναμένεται έως το 2020 να αποτελέσει τη κύρια αιτία αδειών για λόγους ασθένειας, τη δεύτερη αιτία ανικανότητας και το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας.²³⁻²⁹

Σε κάθε δεδομένη στιγμή, το 3-5% του πληθυσμού των ΗΠΑ εμφανίζει ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Η πλειονότητα αυτών είναι αδιάγνωστη ή δεν υποβάλλεται σε θεραπεία. Η κατάθλιψη πλήττει εξίσου άτομα όλων των εθνικοτήτων και κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Η μείζων κατάθλιψη είναι 1,5 έως 3 φορές συχνότερη στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα μέσα της 3^{ης} δεκαετίας παρότι είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία.

Οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες και συγκεκριμένα ο διά βίου κίνδυνος μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άνδρες. Στα παιδιά δεν υπάρχει διαφορά όσον αφορά στην επίπτωση ανάμεσα στα δύο φύλα αλλά στην εφηβεία, αυξάνει ο κίνδυνος για τις γυναίκες. Σημαντικό ποσοστό των προσβεβλημένων γυναικών αναφέρουν επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων λίγο πριν την εμμηνορρυσία.

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα όταν ονομάστηκε "μελαγχολία" από τον Ιπποκράτη, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό. Εκτός από το αίσθημα της λύπης χαρακτηρίζεται και από άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως, άγχος και συναισθήματα ενοχής, και συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε 3 κατηγορίες : α) τη μανία (ανώμαλος ενθουσιασμός) β) τη μελαγχολία (ανώμαλη απόρριψη) γ) τη φρενίτιδα (τον πυρετό του εγκεφάλου).³⁰

Δυστυχώς, η κατάθλιψη από τότε έως σήμερα ακολουθεί την ανθρωπότητα και συνεπάγεται τεράστιες αρνητικές προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων.²³⁻²⁹

Η κατάθλιψη είναι συχνό κλινικό φαινόμενο που έχει τη μορφή συνδρόμου με πέντε βασικές διαστάσεις :²³⁻²⁹

- συναισθηματική διάσταση: όπου επικρατεί καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και ανηδονία, άγχος και ευερεθιστότητα.
- γνωστική διάσταση : όπου υπάρχει αρνητισμός του ατόμου για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχές της συγκέντρωσης, της προσοχής, της μνήμης και της αποτελεσματικής επεξεργασίας των πληροφοριών και ενίοτε, παραληρητικές ιδέες.
- συμπεριφορική διάσταση : όπου επικρατεί ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση.
- σωματική διάσταση : όπου παρατηρείται ανορεξία ή υπερφαγία, διαταραχές του ύπνου, ελάττωση της libido, κόπωση και δυσавтоνομικές εκδηλώσεις.
- λειτουργική διάσταση : όπου παρατηρούνται ελάττωση της αποδοτικότητας στην εργασία και δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η μείζων κατάθλιψη είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, τα οποία διαφέρουν ως προς τη βαρύτητα προκαλώντας διαφορετικού βαθμού λειτουργική έκπτωση από ήπιας έως σοβαρής έντασης .²³⁻²⁹

Η κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών στα τελευταία ταξινομικά συστήματα (DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας περιλαμβάνει τις εξής διαγνώσεις:²³⁻²⁹

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

Για την βαθύτερη κατανόηση τη κατάθλιψης είναι σκόπιμο να αποσαφηνίζονται οι εξής έννοιες :

- Καταθλιπτικό συναίσθημα: Είναι το σε κάθε δεδομένη στιγμή, δυσάρεστο ή αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα ή βίωμα του ατόμου.
- Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: Είναι ο επικρατών καταθλιπτικός συναισθηματικός τόνος (δηλ., η παρουσία κατ' εξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων) κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος (πολλών ημερών- εβδομάδων- μηνών). Ενίοτε μπορεί να ασκεί διαβρωτική επίδραση στην όλη λειτουργία του ατόμου.
- Καταθλιπτική διαταραχή: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτείται από διάφορα συμπτώματα με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν συνδρομική δομή :

- περιλαμβάνουν σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται μεταξύ τους,
- ο σχηματισμός αυτός έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση,
- ως συμπτωματική δομή διακρίνεται από τις άλλες ψυχοπαθολογικές δομές.

3.1. Αιτιολογία κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσος που οφείλεται σε συνδυασμό αλληλοεπιδρώντων γενετικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Πολλές φορές μπορεί να υπάρχει η προδιάθεση για την εκδήλωση της κατάθλιψης όμως απαιτείται ένα στρεσογόνο γεγονός για την εμφάνισή της. Η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται μόνο μια φορά αλλά είναι δυνατόν να εκδηλωθούν καταθλιπτικά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής ύστερα από ένα αρχικό επεισόδιο. Κάποια άτομα εκδηλώνουν ένα μόνο επεισόδιο στη ζωή τους ενώ κάποιοι άλλοι έχουν μόνιμα καταθλιπτική διάθεση. Εάν το άτομο δεν λάβει θεραπεία, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για χρόνια.²³⁻²⁹

Από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία και η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης της κατάθλιψης. Η πρόωμη απώλεια ενός γονέα ή η ύπαρξη ιστορικού κακής γονεϊκής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του

ασθενούς, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και εκπαίδευση, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Η δυσλειτουργική προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια, κοινωνικό άγχος, αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων, ψυχαναγκαστική συμπεριφορά προδιαθέτει σε εκδήλωση κατάθλιψης.²³⁻²⁹

Τα πρώτα επεισόδια κατάθλιψης μπορεί να πυροδοτηθούν από ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Ωστόσο, η κατάθλιψη μπορεί να αυτονομηθεί και να εκδηλώνεται χωρίς τη παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων για την εμφάνιση υποτροπών. Ο εγκέφαλος του ατόμου ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών της διάθεσης χωρίς την ύπαρξη ερεθίσματος. Νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της λειτουργίας του εγκεφάλου ατόμων με κατάθλιψη.²³⁻²⁹

Η κατάθλιψη οφείλεται σε διαταραχές της φυσιολογικής λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, όπως η σεροτονίνη, η νοραδρελίνη, η ντοπαμίνη, η ακετυλοχολίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρωνικών ομάδων, κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνος και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου.²³⁻²⁹

Ενώ στη σχιζοφρένεια οι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου είναι αυξημένοι αντιθέτως στην κατάθλιψη είναι μειωμένοι. Το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία δρουν στους νευροδιαβιβαστές, είναι αποτελεσματικά αποδεικνύει ότι η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών επηρεάζει τη διάθεση.²³⁻²⁹

Για την εκδήλωση της κατάθλιψης ευθύνεται και το ενδοκρινικό σύστημα. Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (ΥΥΕ) ελέγχει τις φυσιολογικές απαντήσεις στο στρες. Ο άξονας ΥΥΕ επηρεάζει επίσης τον 24ωρο κύκλο ημέρας-νύκτας (κirkάδιος ρυθμός).²³⁻²⁹

Επίσης, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, όπως κάποιοι αντιμικροβιακοί, αντιμυκητιασικοί, αντιφλεγμονώδεις, αντινεοπλασματικοί και καρδιαγγειακοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ψυχοτρόπες ουσίες είναι δυνατό να επηρεάσουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ (χρόνιος αλκοολισμός) και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και

αμφεταμίνες. Τέλος, οι β-αδρενεργικοί αναστολείς μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα. Επομένως όταν κάποιος ασθενής εκδηλώνει νέο επεισόδιο κατάθλιψης, θα πρέπει να διερευνάται μήπως έχει ξεκινήσει πρόσφατα κάποια φαρμακευτική αγωγή.²³⁻²⁹

Τέλος, η κατάθλιψη σχετίζεται με πολλά νοσήματα όπως ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος και διάφορες κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington.²³⁻²⁹

3.1.1. Κατάθλιψη και αυτοκτονία

Η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών και για το λόγο αυτό απαιτεί άμεση αντιμετώπιση και έγκαιρη αναγνώριση. Η συχνότητα αυτοκτονιών είναι υψηλότερη στα ηλικιωμένα άτομα. Η πλειονότητα των αυτοχειρών ηλικιωμένων έχουν επισκεφθεί κάποιον επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λίγες εβδομάδες πριν το περιστατικό, εν μέσω ενός πρώτου επεισοδίου ήπιας ως μέτριας κατάθλιψης. Η επίσκεψη αυτή αντιπροσωπεύει μια χαμένη ευκαιρία αναγνώρισης του κινδύνου αυτοκτονίας.²³⁻²⁹

Η μοναδική ευκαιρία πρόληψης της αυτοκτονίας είναι η διερεύνηση των συναισθημάτων των ατόμων. Η συζήτηση των συναισθημάτων μπορεί να τους βοηθήσει να βάλουν τη ζωή τους στο σωστό πλαίσιο, να απορρίψουν το φαύλο κύκλο των αρνητικών σκέψεων και να ασχοληθούν με την επίλυση των προβλημάτων τους. Ένα άτομο με σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να νοσηλευτεί χωρίς να το θέλει για αξιολόγηση ή θεραπεία εάν:²³⁻²⁹

- Έχει κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας
- Κάνει επίμονες σκέψεις αυτοκτονίας και σκοπεύει να τις πραγματοποιήσει
- Δεν μπορεί να φροντίζει στοιχειωδώς τον εαυτό του, δεν τρώει καλά και δε λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την υγεία του

Το άτομο μπορεί να νοσηλευτεί για ψυχιατρική αξιολόγηση με δικαστική εντολή ή εντολή γιατρού για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Αν η αξιολόγηση δείξει λόγους ανησυχίας, το δικαστήριο πρέπει να αποφασίσει εάν το άτομο είναι ψυχικά άρρωστο και χρειάζεται θεραπεία, οπότε θα εκδώσει εντολή υποχρεωτικής νοσηλείας. Χωρίς δικαστική εντολή, το άτομο δεν μπορεί να νοσηλευτεί ενάντιο στη θέληση του παρά μόνο σε επείγουσα περίπτωση και για μικρό χρονικό διάστημα.²³⁻²⁹

3.2. Θεραπεία

3.2.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Επειδή, η κατάθλιψη θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος, οι θεραπείες είναι ψυχοκοινωνικές (διδασκαλία, συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία) και οργανικές (φαρμακευτική ή ψυχοφαρμακολογική θεραπεία). Κάποιοι ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη εμφανίζουν και ψυχωσικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.²³⁻²⁹

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, με την οποία επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε διάστημα ολίγων εβδομάδων (περίπου 3-6 εβδομάδες) η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενή στην προνοσηρή του κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας.²³⁻²⁹

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα κατά τη μακροχρόνια χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι η επανεμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Η επανεμφάνιση της νόσου εντός έξι μηνών από την έναρξη της αγωγής θεωρείται ότι οφείλεται σε αναζωπύρωση του προηγθέντος επεισοδίου ενώ η εμφάνιση νέου επεισοδίου πέραν του διαστήματος αυτού (και εφόσον η κατάθλιψη είχε εν τω μεταξύ αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά) πρέπει να θεωρείται ως υποτροπή.

Επί λήψης χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής είναι πιθανό ανά διαστήματα να εκδηλωθεί ανάδυση ελαφράς καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα πλαίσια κάποιων καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία λόγω της ακολουθούμενης αγωγής δεν φτάνουν στη συνήθη έντασή τους. Η μη επαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία και η επανεμφάνιση της νόσου αντιμετωπίζεται με αλλαγή θεραπείας, με θεραπεία συνδυασμού ή/και ενισχυτική θεραπεία.²³⁻²⁹

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαφοροποιούνται ως προς το είδος και τη συχνότητα χορήγησης λόγω διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων : α) τα αντικαταθλιπτικά, β) τις βενζοδιαζεπίνες και γ) τα αντιψυχωσικά φάρμακα.

Οι κανόνες της αντικαταθλιπτικής αγωγής περιλαμβάνουν τα εξής :²³⁻²⁹

- Χορήγηση της κατάλληλης δόσης του σκευάσματος για επαρκές χρονικό διάστημα (κατάλληλη δόση -κατάλληλος χρόνος).
 - ✓ Η παραμονή σε ανεπαρκή δοσολογία εξαιτίας της εμφάνισης τυχόν παρενεργειών αποτελεί εσφαλμένη τακτική, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή σε αυτές και η αύξηση της δόσης είναι εφικτή.
- Αναμονή για επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος όχι νωρίτερα πριν την παρέλευση 2-3 εβδομάδων μετά την έναρξη της χορήγησης τους.
 - ✓ Αυτή ακριβώς η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης, αποτελεί το σημαντικότερο ίσως μειονέκτημα της χορήγησής τους. Γι' αυτό το λόγο δεν συνιστάται η εγκατάλειψη ή αλλαγή κάποιου θεραπευτικού σχήματος πριν την παρέλευση του χρονικού αυτού διαστήματος.
- Εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος
 - ✓ Λεπτομερή ενημέρωση και διαβεβαίωση ότι, η καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας του, αποτελεί το σημαντικότερο βήμα σε αυτές τις περιπτώσεις.

- Όταν επιτευχθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα συνιστάται η συνέχιση της θεραπείας για μερικούς μήνες και η και η σταδιακή διακοπή με ταυτόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς για την πρόληψη υποτροπών. ²³⁻²⁹
- Σε περίπτωση μη επαρκούς ανταπόκρισης σε κάποιο θεραπευτικό σχήμα, συνιστάται αλλαγή του αντικαταθλιπτικού και επιλογή άλλου με διαφορετικό μηχανισμό δράσης και ενίσχυση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες ή παράλληλη εφαρμογή μη-φαρμακευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι προϋποθέσεις για μακροχρόνια φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνουν την ύπαρξη διπολικής διαταραχής, υποτροπιάζουσας κατάθλιψης με τρία τουλάχιστον επεισόδια, ή με δύο επεισόδια αλλά συνύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. ²³⁻²⁹

Οι δυο επικρατέστερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή/και νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO).

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: αποτελούσαν τη θεραπεία πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη κατά την περίοδο 1950-1990. Μετά τη δεκαετία του 1990 κυκλοφόρησαν νεότερα φάρμακα με παρόμοια αποτελεσματικότητα αλλά λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυξάνοντας την ποσότητα των εν λόγω μονοαμινών στις εγκεφαλικές συνάψεις. Τα κυριότερα αίτια διακοπής των φαρμάκων αυτών από τους ασθενείς είναι οι αντιχολινεργικές παρενέργειες όπως επίσης η αύξηση του σωματικού βάρους και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Η υπερδοσολογία των τρικυκλικών μπορεί να αποδειχθεί θανατηφόρος. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέσο αυτοκτονίας και για το λόγο αυτό επί υποψίας αυτοκτονίας, οι καταθλιπτικοί θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο και να λαμβάνονται προφυλάξεις για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. ²³⁻²⁹

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) : έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες συγκριτικά με τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Οι SSRI αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης από τον προσυναπτικό

νευρώνα, αυξάνοντας έτσι τη διαθέσιμη ποσότητα σεροτονίνης στις εγκεφαλικές συνάψεις. Η υπερδοσολογία ενέχει μικρό κίνδυνο πρόκλησης δυσμενών επιδράσεων. Τα φάρμακα αυτά έχουν αντιαμοπεταλιακή δράση η οποία αποτελεί βασικό μηχανισμό αιφνίδιων θανάτων στους καρδιολογικούς ασθενείς. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η πρόκληση αιμορραγίας μέσω της παράτασης του χρόνου προθρομβίνης όταν συνχορηγούνται με αντιπηκτική αγωγή και για το λόγο αυτό απαιτείται έλεγχος πήκτικότητας.²³⁻²⁹

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) : είναι αποτελεσματικοί αντικαταθλιπτικοί παράγοντες, αλλά σπάνια χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Χορηγούνται συνήθως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα αντικαταθλιπτικά όμως είναι ικανοί να συμμορφωθούν με τους φαρμακευτικούς και διαιτητικούς περιορισμούς, όπως για παράδειγμα να αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε τυραμίνη. Ωστόσο, όλα τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν τις ίδιες ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και φάρμακα. Η εκπαίδευση του ασθενούς είναι εξαιρετικά σημαντική για τα άτομα που λαμβάνουν αναστολείς της ΜΑΟ.²³⁻²⁹

3.2.2 Μη-Φαρμακευτική θεραπεία

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελούν αποτελεσματική εναλλακτική λύση στις ήπιες και μετρίου βαθμού καταθλίψεις. Κάποιοι ασθενείς που εκδηλώνουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ήπιας-μέτριας βαρύτητας χωρίς την παρουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων μπορεί να επωφεληθούν μόνο από την ψυχοθεραπεία.²³⁻²⁹

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί μία από τις θεραπευτικές επιλογές για την κατάθλιψη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να ζει με τη χρόνια καταθλιπτική διαταραχή του, να διαχειρίζεται τα συμπτώματα, να εφαρμόζει αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών και να καταπολεμά τον φαύλο κύκλο αρνητικών σκέψεων.

Όλες οι ψυχοθεραπευτικές σχολές έχουν αναπτύξει μοντέλα θεραπείας και όλες έχουν να επιδείξουν αποτελεσματικότητα. Οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές σχολές μοιράζονται, κάποια κοινά στοιχεία, όχι μόνο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αλλά και γενικότερα:

- Συναισθηματικά φορτισμένη σχέση που βασίζεται στην εμπιστευτικότητα
- Συλλογιστική που παρέχει εξηγήσεις για τα προβλήματα του ασθενούς και μεθόδους για να αντιμετωπισθούν
- Παροχή νέων πληροφοριών για το μέλλον, την πηγή του προβλήματος και για πιθανές εναλλακτικές λύσεις που εμπεριέχουν την ελπίδα της ανακούφισης
- Διευκόλυνση της συναισθηματικής φόρτισης και αποφόρτισης
- Μη ειδικές μεθόδους τόνωσης της αυτο-εκτίμησης
- Μετάδοση ελπίδας
- Παροχή εμπειριών επιτυχίας

Οι διάφορες μορφές θεραπείας είναι οι εξής : ²⁶⁻³⁵

- Γνωστική θεραπεία : είναι η αποτελεσματικότερη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης. Σε αυτή τη θεραπεία επιχειρείται αναγνώριση και αξιολόγηση των δυσπροσαρμοστικών και αρνητικών τρόπων σκέψης του ασθενή με απώτερο στόχο την καταπολέμηση των συμπτωμάτων. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι, η γνωσιακή δυσλειτουργία αποτελεί τον πυρήνα της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης που επηρεάζει όλες τις άλλες εκδηλώσεις ανεξαρτήτως βαρύτητας, χρονιότητας ή κλινικής εικόνας.

Η κατάθλιψη περιλαμβάνει διαταραχές βαθύτερης δομής της σκέψης, διαταραχές στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών και διαταραχές περιεχομένου της σκέψης. Το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσω της γνωσιακής τριάδας, εαυτός, κόσμος και μέλλον, όπου θεωρεί τον εαυτό αποτυχημένο, τον κόσμο εχθρικό και το μέλλον άσχημο. Βασικό στοιχείο αποτελεί η ενεργοποίηση του σχήματος.

Η θεραπευτική προσέγγιση είναι βραχείας διάρκειας και περιλαμβάνει εκτός από τους συμπεριφορικούς χειρισμούς και γνωσιακούς. Οι συμπεριφορικές τεχνικές εφαρμόζονται στην έναρξη της θεραπείας και αποσκοπούν στη δραστηριοποίηση: τεχνική ευχαρίστησης και ικανοποίησης, κατάτμηση δραστηριοτήτων και προγραμματισμός δραστηριοτήτων. Οι γνωσιακές επεμβάσεις καταγράφουν, ελέγχουν και τροποποιούν άμεσες κυρίως γνωσιακές δραστηριότητες (σκέψεις, εικόνες, διεργασίες) που είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς. Τελικό στάδιο αποτελεί η γνωσιακή αναδόμηση, η οποία στοχεύει στην αξιολόγηση και έλεγχο κεντρικότερων γνωσιακών δραστηριοτήτων και δομών (κανόνες, πεποιθήσεις, σχήματα). Τελικός στόχος της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να γίνει "θεραπευτής" του εαυτού του, αποκτώντας δεξιότητες, ώστε να μπορεί, ο ίδιος να αναλάβει τη φροντίδα σε πιθανά μελλοντικά επεισόδια.³⁵

- Συμπεριφορική θεραπεία : Χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με τη γνωστική θεραπεία και βασίζεται στη θεωρία της μάθησης. Απαραίτητη προϋπόθεση σε αυτή τη θεραπεία είναι η συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή προκειμένου να προσδιορίσουν ποιες συμπεριφορές χρήζουν τροποποίησης. Ο ασθενής υιοθετεί νέους, θετικούς τρόπους συμπεριφοράς, αντικαθιστώντας την προγενέστερη, δυσλειτουργική του συμπεριφορά. Αρχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματα του ασθενή ακολουθούν τη συμπεριφορά του. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο μαθαίνει να ενεργεί θετικά τότε λειτουργεί με αυτοπεποίθηση. Η λεκτική επιβράβευση της προόδου του ασθενή θα προάγει την επανάληψη θετικών, αποτελεσματικών συμπεριφορών αντιμετώπισης των δυσκολιών. Η κατάθλιψη αποτελεί μια υπεργενικευμένη απόκριση, η οποία προκύπτει μετά από συγκεκριμένο ερέθισμα ή γεγονός. Δίνεται έμφαση στις συνθήκες που συντελούν στη συντήρηση της παθολογίας, όπως η μείωση της συχνότητας ή της αποτελεσματικότητας των θετικών ενισχυτών, η έλλειψη των

κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων και η ύπαρξη αποστροφικών συμπεριφορών. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται παθητικότητα και δυσφορία. Ακόμη ένας βασικός παράγοντας που συντελεί στη συντήρηση της παθολογίας θεωρείται η "αβοηθητότητα", όπου ένα επανειλημμένο αναπόφευκτο ισχυρό ερέθισμα οδηγεί σε μελλοντικές καταστάσεις σε ελλείμματα στην κινητοποίηση (δεν γίνονται προσπάθειες διαφυγής), στη μάθηση (αποτυχία μάθησης νέων ανακουφιστικών τακτικών) και στο συναίσθημα (έντονη παθητικότητα). Η συμπεριφορική θεραπεία είναι βραχείας διάρκειας και ως κύρια τεχνική εφαρμόζει τη συμπεριφορική ενεργοποίηση (behavioral activation). Αυτή περιλαμβάνει την κατάτμηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων ανάλογα με το επίπεδο της κατάθλιψης. Αρχικά το άτομο ξεκινά με απλές δραστηριότητες οι οποίες αυξάνονται προοδευτικά με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του ατόμου. Το συναίσθημα βελτιώνεται δευτερογενώς.

- Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία : είναι βραχείας διάρκειας και εστιάζεται στην επίλυση των προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, όπως η κοινωνική απομόνωση, το παρατεταμένο πένθος, η πρώιμη κατάθλιψη δυσλειτουργικής κοινωνικής συμπεριφοράς. Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, επιχειρείται απογραφή των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και αξιολόγηση της κατάθλιψης με τη διαπροσωπική κατάσταση του ασθενή (διαπροσωπική διατύπωση του προβλήματος). Κατόπιν επιχειρείται λεπτομερή αξιολόγηση των προσδοκιών και αντιλήψεων του ασθενή για τις σχέσεις του και προσπάθεια ανεύρεσης εναλλακτικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων. Η δημιουργία κατάλληλου κλίματος εμπιστοσύνης είναι καθοριστική και για την αυτό-αποκάλυψη του ασθενή. Ζητήματα που απασχολούν κατά το τέλος της θεραπείας είναι το πένθος και η αυτονόμηση.³⁰
- Φυσική άσκηση : θα πρέπει να εφαρμόζεται συμπληρωματικά σε όλες τις θεραπείες της κατάθλιψης, ύστερα από προσεκτική αξιολόγηση της ικανότητας των ατόμων για άσκηση διότι έχουν μειωμένη ενέργεια και

συνεπώς μειωμένη διάθεση για άσκηση. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης οφείλονται στην απελευθέρωση ενδορφινών.

- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος μέσω του εγκεφάλου για την πρόκληση γενικευμένων σπασμών. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης παραμένει άγνωστος, ωστόσο η μέθοδος αυτή φαίνεται να αυξάνει τα κυκλοφορούντα επίπεδα νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, και κατά συνέπεια να ανακουφίζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία.³¹ Εφαρμόζεται κυρίως : α) σε ασθενείς που έχουν έντονα και παρατεταμένα συμπτώματα που τους προκαλούν σημαντική αναπηρία, β) σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή ή εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα και γ) σε ασθενείς που αδυνατούν να λάβουν φάρμακα, που παρουσιάζουν άμεσο κίνδυνο αυτοκτονίας ή που εμφανίζουν επικίνδυνες παραληρητικές ιδέες. Οι συχνότερες παρενέργειες της μεθόδου είναι η παροδική απώλεια μνήμης και η σύγχυση, η οποία υποχωρεί συνήθως εντός μιας ώρας. Η βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης μπορεί να επιταθεί καθώς προχωρούν οι συνεδρίες. Τα σπάνια περιστατικά θανάτου που σχετίστηκαν με την τεχνική αυτή που οφείλονταν σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο ή διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.²⁶⁻³⁵
- Διακρανιακή μαγνητική διέγερση (Transcranial magnetic stimulation - TMS) : είναι μια παρέμβαση που χρησιμοποιείται σήμερα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Λειτουργεί με τη χρήση μαγνητικής ενέργειας που διεγείρει τα νευρικά κύτταρα σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στον έλεγχο της διάθεσης. Φαίνεται να είναι μια ελπιδοφόρα νέα θεραπεία για την ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη.

« Αυτός που σήμερα αυτοκτονεί λόγω μελαγχολίας, θα ευχόταν να ζούσε εάν έκανε υπομονή μόλις μία εβδομάδα »

Βολταίρος, συγγραφέας και φιλόσοφος, 1694–1778

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 230 ασθενείς (149 άνδρες και 81 γυναίκες) που φέρουν βηματοδότη. Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που επισκέφθηκαν το εξωτερικό ιατρείο στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν», κατά τη χρονική περίοδο (Απρίλιος 2016 – Ιούνιος 2017). Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν να φέρουν βηματοδότη και να κατανοούν καλά 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 γραπτή συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε παρουσία ερευνητή χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της μελέτης.

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.

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν:

- το φύλο και η ηλικία των συμμετεχόντων,
- η οικογενειακή τους κατάσταση ,
- το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ,
- το επάγγελμά τους ,
- ο τόπος διαμονής τους ,
- ο αριθμός των παιδιών τους .

Στοιχεία σχετικά με την υποκείμενη νόσο

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αναφορικά με την υποκείμενη νόσο και την παρούσα κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν τα παρακάτω στοιχεία.

- Πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα
- Ο τύπος του βηματοδότη
- Εάν πάσχουν από άλλο νόσημα, αν έχουν κάποιο άλλο άτομο στην οικογένεια με πρόβλημα καρδιάς
- Ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το πρόβλημα νοσηλείας τους
- Εάν ακολουθούν πιστά τις οδηγίες

Άλλα χαρακτηριστικά

Επιπλέον οι ασθενείς ρωτήθηκαν:

- Για τη σχέση τους με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και με τους υπόλοιπους ασθενείς που ανήκουν στην ίδια ομάδα με αυτούς

Αξιολόγηση του Άγχους/Κατάθλιψης των ασθενών

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη & άγχος) των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)”³². 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 και οι υπόλοιπες επτά αξιολογούν το επίπεδο άγχους 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 μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους Μυστακίδου και συν. 2004 και είχε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα³³.

Στατιστική Ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος εφόσον δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (ελέγχθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με Q-Q plots). Ο Χ² έλεγχος ανεξαρτησίας χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των ασθενών.

Επιπλέον, πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για να ελεγχθεί ποιοι ανεξάρτητοι παράγοντες συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με το άγχος και τη κατάθλιψη, μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως Odds Ratio (OR) 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).

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή Δείγματος

Από τον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι το 64,8% των ασθενών του δείγματος ήταν άντρες, και το 50% περίπου άνω των 70 ετών. Το 63,9% επίσης του δείγματος ήταν παντρεμένοι και το 44,2% είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η πλειοψηφία του δείγματος (54,4%) ήταν συνταξιούχοι, έμεναν στην Αττική (64,8%) και είχαν δύο παιδιά (56,4%).

Από τον Πίνακα 2 φαίνεται ότι το 16% των ασθενών τοποθέτησε τον βηματοδότη πριν τα 50 έτη και για το 21% τα συμπτώματα ξεκίνησαν κάτω των 50 ετών. Το 70% περίπου είχαν βηματοδότη τύπου DDD. Παραπάνω από τους μισούς (56,8%) έπασχαν και από άλλο νόσημα. Το 51,7% είχε και άλλο μέλος της οικογένειας με καρδιακό πρόβλημα και το 20,5% είχε άλλο μέλος με βηματοδότη. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το πρόβλημά τους (46,3%). Το 76,9% δηλώνει ότι ακολουθεί αρκετά πιστά τον περιοδικό έλεγχο.

Στον Πίνακα 3 βλέπουμε την κατανομή άλλων χαρακτηριστικών των ασθενών. Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία των ασθενών είχαν πολύ καλές σχέσεις με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό (82,3% και 83% αντίστοιχα). Το 23,5% του δείγματος είχε σχέσεις με άλλους ασθενείς της ίδιας ομάδας.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών (N=230)

	n (%)
Φύλο (Αντρες)	149 (64,8%)
Ηλικία (έτη)	
<30	3 (1,3%)
30-40	14 (6,1%)
41-50	19 (8,3%)
51-60	31 (13,5%)
61-70	47 (20,4%)
71-80	90 (39,1%)
>80	26 (11,3%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος	145 (63,9%)
Άγαμος	23 (10,1%)
Διαζευγμένος	8 (3,5%)
Χήρος	47 (20,7%)
Συμβίωση	4 (1,8%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Πρωτοβάθμια	96 (44,2%)
Δευτεροβάθμια	73 (33,6%)
Τριτοβάθμια	28 (12,9%)
Μεταπτυχ.	19 (8,8%)
Επάγγελμα	

Άνεργος	9 (3,9%)
Δημόσιος Υπ.	27 (11,8%)
Ιδιωτικός Υπ.	34 (14,9%)
Ελεύθερος Επαγγ.	17 (7,5%)
Οικιακά	17 (7,5%)
Συνταξιούχος	124 (54,4%)
Τόπος διαμονής	
Αττική	147 (64,8%)
Πρωτεύουσα Νομού	47 (20,7%)
Μικρή πόλη	15 (6,6%)
Υπαιθρος	18 (7,9%)
Αριθμός παιδιών	
Κανένα	29 (12,8%)
Ένα	30 (13,2%)
Δύο	128 (56,4%)
Περισσότερα από 2	40 (17,6%)

Πίνακας 2: Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών (N=230)

	n (%)
Ηλικία τοποθέτησης Βηματοδότη (έτη)	
<30	4 (1,8%)
30-40	16 (7,1%)
41-50	16 (7,1%)
51-60	44 (19,6%)
61-70	48 (21,4%)
71-80	86 (38,4%)
>80	10 (4,5%)
Πότε άρχισαν να εμφανίζονται τα συμπτώματα (Ηλικία)	
20-30	8 (3,7%)
31-40	22 (10,0%)
41-50	16 (7,3%)
51-60	82 (37,4%)
61-70	20 (9,1%)
>70	71 (32,4%)
Πόσα χρόνια έχετε το βηματοδότη	4 (2-6) §
Τύπος Βηματοδότη	
VV	69 (30,3%)
DDD	159 (69,7%)
Άλλο νόσημα (Ναι)	130 (56,8%)
Αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας σας καρδιακό πρόβλημα (Ναι)	119 (51,7%)
Έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του	47 (20,5%)

οικογενειακού σας περιβάλλοντος (<i>Ναι</i>)	
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας	
<i>Πολύ</i>	82 (35,8%)
<i>Αρκετά</i>	106 (46,3%)
<i>Λίγο</i>	37 (16,2%)
<i>Καθόλου</i>	4 (1,7%)
Πιστεύετε ότι τα άτομα του οικογενειακού σας περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα	
<i>Πολύ</i>	95 (41,9%)
<i>Αρκετά</i>	88 (38,8%)
<i>Λίγο</i>	43 (18,9%)
<i>Καθόλου</i>	1 (0,4%)
Ακολουθείτε πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες ;	
<i>Πολύ</i>	170 (76,9%)
<i>Αρκετά</i>	49 (22,2%)
<i>Λίγο</i>	1 (0,5%)
<i>Καθόλου</i>	1 (0,5%)

§ Τα δεδομένα παρουσιάζονται με διάμεσο (και ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

Πίνακας 3: Άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών (N=230)

	n (%)
Σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό	
<i>Πολύ καλή</i>	186 (82,3%)
<i>Καλή</i>	38 (16,8%)
<i>Μέτρια</i>	2 (0,9%)
Σχέση με ιατρικό προσωπικό	
<i>Πολύ καλή</i>	190 (83,0%)
<i>Καλή</i>	37 (16,2%)
<i>Μέτρια</i>	2 (0,9%)
Σχέση με άλλους ασθενείς (<i>Ναι</i>)	54 (23,5%)

Επίπεδα άγχους / κατάθλιψης των ασθενών

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 3, που αφορούν το άγχος/κατάθλιψη των ασθενών, το 60,1% και το 69,0% των ασθενών δηλώσανε χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκε στο 26,9% και 14,1% αντίστοιχα.

Πίνακας 3: Μέτρηση των επιπτώσεων του βηματοδότη στο άγχος/κατάθλιψη των ασθενών

	N(%)
Επίπεδα Άγχους	
Χαμηλά	134 (60,1%)
Μεσαία	29 (13,0%)
Υψηλά	60 (26,9%)
Επίπεδα Κατάθλιψης	
Χαμηλά	147 (69,0%)
Μεσαία	36 (16,9%)
Υψηλά	30 (14,1%)

Συσχέτιση παραγόντων με το άγχος/κατάθλιψη

Στους Πίνακες 4-5 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών που συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των επιπέδων άγχους των ασθενών και του φύλου ($p < 0.001$), της ηλικίας ($p = 0.040$), του αριθμού των παιδιών ($p = 0,042$), του εάν έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος ($p = 0,050$), του βαθμού ενημέρωσης ($p = 0,013$), και του αν τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα ($p = 0,027$) (Πίνακας 4). Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους (41,8%) σε σχέση με τους άντρες (18,8%). Ομοίως οι ασθενείς ηλικίας 50-70 ετών έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους (35,5%) σε σχέση με τους ασθενείς με ηλικία <50 ετών (17,1)% και αυτούς με ηλικία >70 ετών (24,1%). Οι ασθενείς με

κανένα ή ένα παιδί έχουν επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους (37,9%) σε σχέση με αυτούς με παραπάνω από ένα παιδί (21,6%). Αυτοί που έχουν και άλλο μέλος της οικογένειας με τοποθετημένο βηματοδότη σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους (37,8%) σε σχέση με τους υπόλοιπους (23,7%). Επιπλέον όσοι ασθενείς δηλώνουν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το πρόβλημα της υγείας τους ή ότι πιστεύουν ότι τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα έχουν σε χαμηλότερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους (21,4% και 18,6% αντίστοιχα).

Πίνακας 4: Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με τα επίπεδα άγχους (N=230)

	Καθόλου άγχος N(%)	Μέτρια επίπεδα άγχους N(%)	Υψηλά επίπεδα άγχους N(%)	p-value
Φύλο				
<i>Αντρες</i>	104 (72,2%)	13 (9,0%)	27 (18,8%)	<0,001
<i>Γυναίκες</i>	30 (38,0%)	16 (20,3%)	33 (41,8%)	
Ηλικία (έτη)				
<i><50</i>	27 (77,1%)	2 (5,7%)	6 (17,1%)	0,040
<i>50-70</i>	36 (47,4%)	13 (17,1%)	27 (35,5%)	
<i>>70</i>	71 (63,4%)	14 (12,5%)	27 (24,1%)	
Οικογενειακή κατάσταση				
<i>Έγγαμος/ Συμβίωση</i>	93 (64,6%)	21 (14,6%)	30 (20,8%)	0,117
<i>Άγαμος</i>	11 (47,8%)	2 (8,7%)	10 (43,5%)	
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	29 (54,7%)	6 (11,3%)	18 (34,0%)	
Επίπεδο εκπαίδευσης				
<i>Πρωτοβάθμια</i>	51 (53,7%)	15 (15,8%)	29 (30,5%)	0,087
<i>Δευτεροβάθμια</i>	44 (62,0%)	8 (11,3%)	19 (26,8%)	
<i>Τριτοβάθμια</i>	34 (75,6%)	1 (2,2%)	10 (22,2%)	
Επάγγελμα				
<i>Εργαζόμενος</i>	42 (55,3%)	8 (10,5%)	26 (34,2%)	0,060
<i>Συνταξιούχος</i>	83 (69,7%)	13 (10,9%)	23 (19,3%)	
Τόπος διαμονής				
<i>Αττική</i>	89 (62,2%)	17 (11,9%)	37 (25,9%)	0,718
<i>Άλλο</i>	45 (57,7%)	12 (15,4%)	21 (26,9%)	
Αριθμός παιδιών				
<i>0-1</i>	31 (53,4%)	5 (8,6%)	22 (37,9%)	0,042
<i>>1</i>	103 (63,6%)	24 (14,8%)	35 (21,6%)	

Ηλικία τοποθέτησης (έτη)				
<50	26 (72,2%)	2 (5,6%)	8 (22,2%)	0,300
50-70	48 (53,3%)	14 (15,6%)	28 (31,1%)	
>70	58 (63,0%)	12 (13,0%)	22 (23,9%)	
Πότε άρχισαν να εμφανίζονται τα συμπτώματα (Ηλικία)				
≤50	31 (70,5%)	2 (4,5%)	11 (25,0%)	0,303
51-70	60 (59,4%)	15 (14,9%)	26 (25,7%)	
>70	37 (54,4%)	12 (17,6%)	19 (27,9%)	
Τύπος Βηματοδότη				
VV	39 (57,4%)	14 (20,6%)	15 (22,1%)	0,076
DDD	95 (61,7%)	15 (9,7%)	44 (28,6%)	
Άλλο νόσημα				
Ναι	70 (55,6%)	22 (17,5%)	34 (27,0%)	0,073
Όχι	63 (65,6%)	7 (7,3%)	26 (27,1%)	
Αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας καρδιακό πρόβλημα				
Ναι	65 (57,0%)	18 (15,8%)	31 (27,2%)	0,414
Όχι	69 (63,3%)	11 (10,1%)	29 (26,6%)	
Έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος				
Ναι	20 (44,4%)	8 (17,8%)	17 (37,8%)	0,050
Όχι	114 (64,4%)	21 (11,9%)	42 (23,7%)	
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας				
Πολύ	49 (62,0%)	4 (5,1%)	26 (32,9%)	0,013
Αρκετά	66 (64,1%)	15 (14,6%)	22 (21,4%)	
Λίγο/ Καθόλου	18 (45,0%)	10 (25,0%)	12 (30,0%)	
Πιστεύετε ότι τα άτομα του οικογενειακού σας περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα				
Πολύ	55 (59,8%)	9 (9,8%)	28 (30,4%)	0,027
Αρκετά	60 (69,8%)	10 (11,6%)	16 (18,6%)	
Λίγο/ Καθόλου	18 (41,9%)	9 (20,9%)	16 (37,2%)	

Ακολουθείτε πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες;				
<i>Πολύ</i>	99 (60,0%)	21 (12,7%)	45 (27,3%)	0,750
<i>Αρκετά</i>	27 (57,4%)	8 (17,0%)	12 (25,5%)	
Σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό				
<i>Πολύ καλή</i>	113 (62,1%)	19 (10,4%)	50 (27,5%)	0,068
<i>Καλή</i>	19 (52,8%)	9 (25,0%)	8 (22,2%)	
Σχέση με ιατρικό προσωπικό				
<i>Πολύ καλή</i>	111 (60,3%)	23 (12,5%)	50 (27,2%)	0,712
<i>Καλή</i>	22 (61,1%)	6 (16,7%)	8 (22,2%)	
Σχέση με άλλους ασθενείς				
<i>Ναι</i>	31 (57,4%)	4 (7,4%)	19 (35,2%)	0,164
<i>Όχι</i>	103 (60,9%)	25 (14,8%)	41 (24,3%)	

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης των ασθενών και του φύλου ($p=0.002$), της ηλικίας ($p=0.001$), της οικογενειακής κατάστασης ($p=0,012$), του εάν αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας καρδιακό πρόβλημα ($p=0,034$), του εάν έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος ($p=0,003$), του βαθμού ενημέρωσης ($p=0,006$), και της σχέσης με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,001$) (Πίνακας 5). Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (22,4%) σε σχέση με τους άντρες (9,5%). Ομοίως οι ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών και άνω των 70 ετών έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (περίπου 17% έκαστοι) σε σχέση με τους ασθενείς με ηλικία <50 ετών που δεν εμφανίζουν καθόλου υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (0%). Οι διαζευγμένοι/χήροι ασθενείς έχουν επίσης σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (27,5%) σε σχέση με τους έγγαμους (8%) και τους άγαμους (14,3%). Αυτοί που έχουν και άλλο μέλος της οικογένειας με καρδιακό πρόβλημα ή με τοποθετημένο βηματοδότη έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (19% και 18,6% αντίστοιχα) σε σχέση με τους υπόλοιπους (9,3% και 13% αντίστοιχα). Όσοι ασθενείς δηλώνουν ότι είναι λίγο ή καθόλου ενημερωμένοι

για το πρόβλημα της υγείας τους έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (30,8%).

Πίνακας 5: Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των ασθενών με τα επίπεδα κατάθλιψης (N=230)

	Καθόλου κατάθλιψη N(%)	Μέτρια επίπεδα κατάθλιψης N(%)	Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης N(%)	p-value
Φύλο				
<i>Αντρες</i>	106 (77,4%)	18 (13,1%)	13 (9,5%)	0,002
<i>Γυναίκες</i>	41 (53,9%)	18 (23,7%)	17 (22,4%)	
Ηλικία (έτη)				
<i><50</i>	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	0,001
<i>50-70</i>	38 (53,5%)	21 (29,6%)	12 (16,9%)	
<i>>70</i>	77 (71,3%)	13 (12,0%)	18 (16,7%)	
Οικογενειακή κατάσταση				
<i>Έγγαμος/ Συμβίωση</i>	104 (75,4%)	23 (16,7%)	11 (8,0%)	0,012
<i>Άγαμος</i>	14 (66,7%)	4 (19,0%)	3 (14,3%)	
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	28 (54,9%)	9 (17,6%)	14 (27,5%)	
Επίπεδο εκπαίδευσης				
<i>Πρωτοβάθμια</i>	61 (68,5%)	16 (18,0%)	12 (13,5%)	0,069
<i>Δευτεροβάθμια</i>	44 (66,7%)	12 (18,2%)	10 (15,2%)	
<i>Τριτοβάθμια</i>	39 (86,7%)	6 (13,3%)	0 (0,0%)	
Επάγγελμα				
<i>Εργαζόμενος</i>	47 (65,3%)	15 (20,8%)	10 (13,9%)	0,564
<i>Συνταξιούχος</i>	81 (70,4%)	17 (14,8%)	17 (14,8%)	
Τόπος διαμονής				
<i>Αττική</i>	94 (68,6%)	20 (14,6%)	23 (16,8%)	0,078
<i>Άλλο</i>	53 (71,6%)	16 (21,6%)	5 (6,8%)	
Αριθμός παιδιών				
<i>0-1</i>	35 (66,0%)	13 (24,5%)	5 (9,4%)	0,166
<i>>1</i>	112 (71,3%)	22 (14,0%)	23 (14,6%)	
Ηλικία τοποθέτησης (έτη)				
<i><50</i>	30 (85,7%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	0,079
<i>50-70</i>	53 (63,9%)	18 (21,7%)	12 (14,5%)	
<i>>70</i>	60 (66,7%)	13 (14,4%)	17 (18,9%)	

Πότε άρχισαν να εμφανίζονται τα συμπτώματα (Ηλικία)				
≤50	36 (83,7%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)	0,063
51-70	66 (69,5%)	16 (16,8%)	13 (13,7%)	
>70	40 (61,5%)	11 (16,9%)	14 (21,5%)	
Τύπος Βηματοδότη				
VV	45 (70,3%)	13 (20,3%)	6 (9,4%)	0,318
DDD	102 (68,9%)	22 (14,9%)	24 (16,2%)	
Άλλο νόσημα				
Ναι	75 (63,6%)	25 (21,2%)	18 (15,3%)	0,129
Όχι	71 (75,5%)	11 (11,7%)	12 (12,8%)	
Αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας καρδιακό πρόβλημα				
Ναι	64 (61,0%)	21 (20,0%)	20 (19,0%)	0,034
Όχι	83 (76,9%)	15 (13,9%)	10 (9,3%)	
Έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος				
Ναι	21 (48,8%)	14 (32,6%)	8 (18,6%)	0,003
Όχι	125 (74,0%)	22 (13,0%)	22 (13,0%)	
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας				
Πολύ	56 (71,8%)	11 (14,1%)	11 (14,1%)	0,006
Αρκετά	72 (75,0%)	17 (17,7%)	7 (7,3%)	
Λίγο/ Καθόλου	19 (48,7%)	8 (20,5%)	12 (30,8%)	
Πιστεύετε ότι τα άτομα του οικογενειακού σας περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα				
Πολύ	62 (68,9%)	15 (16,7%)	13 (14,4%)	0,900
Αρκετά	59 (72,8%)	12 (14,8%)	10 (12,3%)	
Λίγο/ Καθόλου	25 (64,1%)	7 (17,9%)	7 (17,9%)	
Ακολουθείτε πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες;				
Πολύ	115 (72,3%)	22 (13,8%)	22 (13,8%)	0,183
Αρκετά	25 (58,1%)	10 (23,3%)	8 (18,6%)	
Σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό				

<i>Πολύ καλή</i>	128 (74,0%)	20 (11,6%)	25 (14,5%)	0,001
<i>Καλή</i>	17 (47,2%)	15 (41,7%)	4 (11,1%)	
Σχέση με ιατρικό προσωπικό				
<i>Πολύ καλή</i>	122 (70,1%)	26 (14,9%)	26 (14,9%)	0,152
<i>Καλή</i>	24 (64,9%)	10 (27,0%)	3 (8,1%)	
Σχέση με άλλους ασθενείς				
<i>Ναι</i>	39 (76,5%)	5 (9,8%)	7 (13,7%)	0,280
<i>Όχι</i>	108 (66,7%)	31 (19,1%)	23 (14,2%)	

Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των ασθενών στο άγχος και την κατάθλιψη

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολυωνυμική λογαριθμιστική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης για να συμπεράνουμε ποιος ανεξάρτητος παράγοντας παραμένει στατιστικά σημαντικός και άρα συσχετίζεται με το άγχος/κατάθλιψη, διορθώνοντας για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Από τον πίνακα 8α παρατηρείται ότι οι γυναίκες έχουν 4,62 και 2,76 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους άντρες να εμφανίσουν μεσαία και υψηλά επίπεδα άγχους αντίστοιχα σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=4,62 [95% ΔΕ:1,81-11,78], p=0,001 και OR=2,76 [95% ΔΕ:1,30-5,82], p=0,008). Οι ασθενείς ηλικίας 50-70 ετών έχουν 4,03 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους ασθενείς ηλικίας <50 ετών να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=4,03 [95% ΔΕ: 1,18-13,75], p=0,026). Οι ασθενείς με παραπάνω από ένα παιδί έχουν 0,41 φορές περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τους ασθενείς με κανένα ή ένα παιδί να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=0,41 [95% ΔΕ:0,17-0,99], p=0,049). Επιπλέον, οι ασθενείς που ήταν λίγο ή καθόλου ενημερωμένοι για το πρόβλημα υγείας τους έχουν 10,47 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν πολύ ενημερωμένοι να εμφανίσουν μέτρια επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=10,47 [95% ΔΕ: 2,07-53,03], p=0,005).

Πίνακας 8α: Επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κλίμακα άγχους της HADS.

Κατηγορία Αναφοράς: Χαμηλά επίπεδα άγχους				
	Μεσαία επίπεδα Άγχους		Υψηλά επίπεδα Άγχους	
	OR (95% ΔΕ)	p-value	OR (95% ΔΕ)	p-value
Φύλο				
<i>Αντρες</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Γυναίκες</i>	4,62 (1,81-11,78)	0,001	2,76 (1,3-5,82)	0,008
Ηλικία (έτη)				
<i><50</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>50-70</i>	1,96 (0,29-13,3)	0,489	4,03 (1,18-13,75)	0,026
<i>>70</i>	0,66 (0,09-4,71)	0,677	1,91 (0,55-6,61)	0,306
Αριθμός παιδιών				
<i>0-1</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>>1</i>	1,29 (0,35-4,82)	0,700	0,41 (0,17-0,99)	0,049
Έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος				
<i>Ναι</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Όχι</i>	0,6 (0,2-1,75)	0,349	0,55 (0,24-1,27)	0,160
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας				
<i>Πολύ</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Αρκετά</i>	3 (0,78-11,58)	0,110	0,67 (0,28-1,59)	0,369
<i>Λίγο/ Καθόλου</i>	10,47 (2,07-53,03)	0,005	1,78 (0,56-5,58)	0,326
Πιστεύετε ότι τα άτομα του οικογενειακού σας				

περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα

	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Πολύ</i>				
<i>Αρκετά</i>	0,59 (0,19-1,86)	0,371	0,58 (0,25-1,36)	0,213
<i>Λίγο/ Καθόλου</i>	1,49 (0,43-5,16)	0,530	1,73 (0,65-4,61)	0,276

Από τον πίνακα 8β παρατηρείται ότι οι γυναίκες έχουν 2,85 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους άντρες να εμφανίσουν μεσαία επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=2,85 [95% ΔΕ: 1,12-7,25], $p=0,028$). Οι ασθενείς ηλικίας 50-70 ετών έχουν 10,62 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους ασθενείς ηλικίας <50 ετών να εμφανίσουν μεσαία επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=10,62 [95% ΔΕ: 1,04-108,97], $p=0,047$). Οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι έχουν 37,26 και 11,14 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αντίστοιχα σε σχέση με τους έγγαμους ασθενείς να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=37,26 [95% ΔΕ: 2-694,57], $p=0,015$ και OR=11,14 [95% ΔΕ: 2,98-41,6], $p=0,001$). Επιπλέον, οι ασθενείς που ήταν λίγο ή καθόλου ενημερωμένοι για το πρόβλημα υγείας τους έχουν 6,73 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν πολύ ενημερωμένοι να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=6,73 [95% ΔΕ: 1,41-32,02], $p=0,017$). Τέλος, οι ασθενείς που έχουν καλή σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν 5,34 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν πολύ καλή σχέση να εμφανίσουν μεσαία επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=5,34 [95% ΔΕ: 1,86-15,35], $p=0,002$).

Πίνακας 8β: Επίδραση των χαρακτηριστικών των ασθενών στην κλίμακα κατάθλιψης της HADS.

	Κατηγορία Αναφοράς: Χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης			
	Μεσαία επίπεδα κατάθλιψης		Υψηλά επίπεδα κατάθλιψης	
	OR (95% ΔΕ)	p-value	OR (95% ΔΕ)	p-value
Φύλο				
<i>Αντρες</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Γυναίκες</i>	2,85 (1,12-7,25)	0,028	1,75 (0,54-5,66)	0,347
Ηλικία (έτη)				
<i><50</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>50-70</i>	10,62 (1,04-108,97)	0,047	-	-
<i>>70</i>	3,39 (0,26-43,43)	0,348	-	-
Οικογενειακή κατάσταση				
<i>Έγγαμος/ Συμβίωση</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Άγαμος</i>	3,21 (0,32-32,61)	0,324	37,26 (2-694,57)	0,015
<i>Διαζευγμένος/ Χήρος</i>	1,15 (0,36-3,63)	0,816	11,14 (2,98-41,6)	0,001
Αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας σας καρδιακό πρόβλημα				
<i>Ναι</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Όχι</i>	1 (0,32-3,08)	0,996	0,35 (0,1-1,2)	0,095

Έχει τοποθετηθεί
βηματοδότης σε άλλο μέλος
του οικογενειακού σας
περιβάλλοντος

<i>Ναι</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Όχι</i>	0,32 (0,1-1,08)	0,066	1,07 (0,27-4,28)	0,927

Βαθμός ενημέρωσης για το
πρόβλημα υγείας

<i>Πολύ</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Αρκετά</i>	0,78 (0,28-2,2)	0,636	0,28 (0,07-1,09)	0,067
<i>Λίγο/ Καθόλου</i>	1,57 (0,34-7,21)	0,564	6,73 (1,41-32,02)	0,017

Σχέση με νοσηλευτικό
προσωπικό

<i>Πολύ καλή</i>	Κατ. Αναφ.		Κατ. Αναφ.	
<i>Καλή</i>	5,34 (1,86-15,35)	0,002	0,27 (0,04-1,68)	0,160

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα εργασία έδειξε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο 26,9% και 14,1% αντίστοιχα. Η εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης ασθενών με βηματοδότη παρότι θεωρείται αναγκαία εντούτοις δεν έχει πλήρως ενσωματωθεί ως μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Δυστυχώς, στην Ελλάδα και γενικότερα σε παγκόσμια κλίμακα υπάρχουν ακόμα πολλές δυσχέρειες όσον αφορά την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης ασθενών με βηματοδότη. Αφενός μεν, διότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αγνοούν, παραβλέπουν ή αδυνατούν να αναγνωρίσουν τις ψυχικές ανάγκες των ασθενών και δραστηριοποιούνται μόνον όταν παραπονεθεί ο ασθενής, αφετέρου δε, διότι οι ίδιοι οι ασθενείς διστάζουν να αναφερθούν στα προβλήματα που τους απασχολούν.^{34,35}

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός λόγος για την αδυναμία διάγνωσης των προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα είναι η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι επικεντρώνονται κυρίως στη θεραπεία της νόσου και δεν συμπεριλαμβάνουν τη βιο-ψυχοκοινωνική εκτίμηση των ασθενών.³⁵

Παρότι εκτιμάται ότι, η επικράτηση του άγχους και της κατάθλιψης σε καρδιακούς ασθενείς κυμαίνεται από 15% έως 50%, εντούτοις τα δεδομένα σε ασθενείς με βηματοδότη είναι περιορισμένα. Οι λίγες μελέτες που έχουν ερευνήσει το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με βηματοδότη μετράνε μόνο αυτές τις μεταβλητές, σε έναν ανακριβή χρόνο από την εμφύτευση και χωρίς να λάβουν υπόψη τυχόν διαφορές πριν και μετά την εμφύτευση βηματοδότη.³⁵

Δεδομένου, ότι η ψυχική απόκριση των ασθενών στη νόσο επηρεάζει και την καθαρά βιολογική πλευρά της νόσου, καθίσταται εύκολα αντιληπτό ότι, η έγκαιρη αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης θα συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά τους παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με βηματοδότη.³⁶⁻⁴²

Οι Lelakowski και συν.,³⁷ που μελέτησαν 343 άτομα στα οποία είχε εμφυτευτεί βηματοδότης πριν από 2-8 χρόνια (181 γυναίκες και 162 άνδρες, μέσης ηλικίας 66.7 +/- 2.5 έτη) έδειξαν ότι, παρά τα θετικά αποτελέσματα στην αίσθηση ευεξίας, τη φυσική λειτουργικότητα και την συγκέντρωση, το 41,4% του δείγματος βίωνε άγχος για την πιθανή δυσλειτουργία της συσκευής.

Οι Liou και συν.,³⁸ που μελέτησαν 114 ηλικιωμένους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση βηματοδότη (68 άνδρες και 46 γυναίκες με μέση ηλικία ήταν 68,2 ± 8,5 χρόνια) έδειξαν ότι, βίωναν σοβαρής έντασης κατάθλιψη και άγχος πριν και μετά την εμφύτευση βηματοδότη, τα οποία όμως βελτιώθηκαν μετά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Liang και συν.,³⁹ και Zheng και συν.,⁴⁰ η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να είναι εξατομικευμένη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση βηματοδότη με απώτερο στόχο την ανακούφιση από το άγχος και την κατάθλιψη και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ωστόσο, πριν οι ηλικιωμένοι υποβληθούν σε εμφύτευση του βηματοδότη, συχνά υποφέρουν από πολλαπλές ασθένειες ενώ παράλληλα, η μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή οδηγεί σε αυξανόμενες ανάγκες. Οι ασθενείς ελπίζουν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα μέσω της εμφύτευσης του καρδιακού βηματοδότη αλλά εκδηλώνουν άγχος επειδή ανησυχούν για την αποτυχία της λειτουργίας και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι Aydemir και συν.,⁴¹ που μελέτησαν 84 ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη έδειξαν ότι, σε δεκαέξι ασθενείς (19,1%) είχε τεθεί μια ψυχιατρική διάγνωση, εκ των οποίων οι πιο συχνές ήταν η διαταραχή προσαρμογής (5,9%) και το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (4,7%) ενώ εννέα ασθενείς (10,7%) είχαν διαγνωστεί με κλινική κατάθλιψη. Η καταθλιπτική διάθεση, το άγχος, η απώλεια ενέργειας, η απώλεια ενδιαφέροντος και η αϋπνία ήταν πιο συχνά στις γυναίκες. Οι ασθενείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου είχαν περισσότερη απώλεια ενέργειας συγκριτικά με τους μορφωμένους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους Sears και συν.,⁴² οι αλλαγές στον τρόπο ζωής που αφορούν κυρίως την οδήγηση, τη σεξουαλική δραστηριότητα, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τη φυσική εμφάνιση και τη σωματική δραστηριότητα περιπλέκουν τη ζωή ατόμου με εμφυτεύσιμο βηματοδότη. Η διερεύνηση του

επίπεδου του άγχους και της κατάθλιψης, πριν και μετά την εμφύτευση βηματοδότη, καθώς των σχετιζόμενων παραγόντων βοηθά τους νοσηλευτές να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Η Αγγελίδου³⁶ υποστηρίζει ότι, ανεξαρτήτως ηλικίας, οι ψυχο-κοινωνικές ανησυχίες των ασθενών με βηματοδότη περιλαμβάνουν την εξάρτηση της συσκευής, τη κακή εικόνα του σώματος, τη δυσλειτουργία της συσκευής, τις σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και την απομόνωση. Επίσης, τονίζει ότι, η εκπαίδευση του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει γνώση που αφορά κάθε ατομική ή περιβαλλοντική αλληλεπίδραση η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά την ορθή λειτουργία της συσκευής. Τέλος, οι ασθενείς με βηματοδότη πιθανώς αδυνατούν να επανακτήσουν τις πρωτότερες κοινωνικές τους δραστηριότητες ή δεν μπορούν να ακολουθήσουν όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως ταξίδια, εξόδους κ.α., με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το κοινωνικό περιβάλλον και να βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης. Οι ανωτέρω περιορισμοί σε συνδυασμό με τις οικονομικές μεταβολές, όπως μείωση εισοδήματος, ελάττωση βιοτικού επιπέδου, επιβαρύνουν τη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους των ασθενών και του φύλου, της ηλικίας, του αριθμού των παιδιών, του εάν έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος, του βαθμού ενημέρωσης και του αν τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα.

Τα δύο φύλα βιώνουν διαφορετικά το άγχος και τη κατάθλιψη όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο το οποίο αποδίδεται στους διαφορετικούς κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους των γυναικών (φροντίδα των μελών οικογένειας) ή ακόμα και στο γεγονός ότι, οι γυναίκες είναι δυνατό να εκφράζουν ευκολότερα τα συναισθήματα τους. Επίσης, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της στεφανιαίας νόσου καθώς αρχικά οι γυναίκες αντιλαμβάνομενες την αδυναμία τους λόγω της ασθένειας να φροντίσουν την οικογένεια, στο βαθμό που οι ίδιες επιθυμούν, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ή επιφορτιζόμενες με υποχρεώσεις υποτιμούν τα

συμπτώματα της νόσου, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Ωστόσο, κάποιες φορές, η ενασχόληση των γυναικών με τα οικιακά μειώνει τα προβλήματά τους από την ψυχική σφαίρα.³⁵

Καθώς η γήρανση του πληθυσμού είναι πλέον ευρέως γνωστή, ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων υποβάλλεται σε μόνιμη εμφύτευση καρδιακού βηματοδότη. Αναλυτικότερα, μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε εμφύτευση βηματοδότη, το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών ανέρχεται στο 70% έως 80%.⁴²⁻⁴⁵

Για παράδειγμα στη γειτονική Ιταλία, το 90% των βηματοδοτών εμφυτεύονται σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών ενώ οι εμφυτεύσεις βηματοδότη έχουν διπλασιαστεί, περίπου από 15.000 το 1995 σε 30.963 το 2005.⁴⁴

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση βηματοδότη, βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα. Αφενός, πρέπει να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους αφετέρου να παρατείνουν τη διάρκεια ζωής τους. Το πιο σημαντικό είναι ότι πρέπει να μειώσουν τις διάφορες αρνητικές διαθέσεις, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και την ικανότητα αντιμετώπισης της ασθένειας προκειμένου να επιτύχουν ικανοποιητική κατάσταση υγείας.^{36, 42,43,44}

Επιπλέον, το κόστος για την εμφύτευση του βηματοδότη είναι μεγάλο, γεγονός, που οδηγεί σε σημαντικό ψυχικό και οικονομικό βάρος για τους ασθενείς. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν μπορούν να λάβουν έγκαιρη, κατάλληλη και επαρκή φροντίδα από τα παιδιά τους. Επομένως, είναι απαραίτητη η καθιέρωση συνεχούς υπηρεσίας για ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση βηματοδότη. Επιπροσθέτως, μετά τη τοποθέτηση βηματοδότη, οι ηλικιωμένοι ασθενείς χάνουν την άμεση καθοδήγηση των ιατρών σε μια περίοδο όπου απαιτείται καθοδήγηση και ψυχολογική στήριξη.³⁶

Οι ανωτέρω παράγοντες καταδεικνύουν ότι, η ηλικία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κατά την εμφύτευση βηματοδότη.

Η ενημέρωση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους και στην εξασφάλιση της συνεργασίας με τους ασθενείς. Η ανάγκη πληροφόρησης των ασθενών εξαρτάται από δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, την ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, κ.ά. Συνεπώς, η παροχή

πληροφόρησης προϋποθέτει αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου, της ικανότητας κατανόησης των γνώσεων και του άγχους που μπορεί να διαχειρισθεί το άτομο.⁴⁶⁻⁴⁸

Ωστόσο, οι ασθενείς επιθυμούν ενημέρωση όχι μόνο για τη νόσο, τη θεραπεία, την πρόληψη των επιπλοκών αλλά και για άλλα πρακτικότερα προβλήματα που αφορούν στις καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμα και σε οικονομικά θέματα. Απαιτείται μετάδοση της πληροφόρησης χωρίς υπερβολές ή αρνητισμό με ειλικρίνεια και ενσυναίσθηση ενώ η πληροφόρηση θα πρέπει να είναι διαρκής σε όλα τα στάδια καθώς οι ανάγκες είναι δυνατόν να αλλάζουν. Η παροχή αποτελεσματικής πληροφόρησης προϋποθέτει αφενός τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος με ειλικρινή και άνετη ατμόσφαιρα, αφετέρου τη χρήση σαφών και κατανοητών όρων και την επανεκτίμηση της κατανόησης των αποκτηθέντων γνώσεων διότι η αμφιβολία συχνά αυξάνει το άγχος και γενικότερα υποθάλπει τη θεραπεία. Η ανεπαρκής πληροφόρηση σε συνδυασμό με την αποφυγή επικοινωνίας, όπου δεν ενθαρρύνεται η έκφραση του ασθενή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εντάσεων ή ακόμα και την επιδείνωση του άγχους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, κάποιες φορές οι πληροφορίες πρέπει να δοθούν στο μέτρο που ο ασθενής αντέχει ή στο βαθμό που ο ασθενής μπορεί να αποδεχθεί. Για παράδειγμα, η λεπτομερής ενημέρωση επιτρέπει στους ασθενείς να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία και να έχουν κάποιο έλεγχο στην πορεία της θεραπείας τους. Αντιθέτως, όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να κατανοήσουν την παρεχόμενη πληροφόρηση φαίνεται ότι βιώνουν εντονότερο άγχος καθώς δεν γνωρίζουν τον τρόπο να χειριστούν τις απαιτήσεις της νόσου. Άτομα που αδυνατούν να κατανοήσουν τη παρεχόμενη πληροφόρηση θα πρέπει να αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες υγείας και να λαμβάνεται μέριμνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Επίσης απαιτείται διάθεση χρόνου ασθενή να αντιδράσει και να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα του και παροχή εναλλακτικών λύσεων, αντιμετώπισης των αναγκών ανάλογα με την προσωπικότητα του.⁴⁶⁻⁴⁸

Σε πολλές χώρες του κόσμου έχει πλέον αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της λεπτομερούς πληροφόρησης των ασθενών ή έχει κατοχυρωθεί με νόμο. Η

ενημέρωση αποτελεί δικαίωμα των ασθενών και η παράβασή της αποτελεί βασικό κεφάλαιο της ιατρικής ευθύνης. Η ενημέρωση συνεπάγεται και για τις δύο πλευρές (ασθενών και επαγγελματιών υγείας) ιδιαίτερα καθήκοντα και υποχρεώσεις, με υψηλό αίσθημα υπευθυνότητας και εμπιστοσύνης και με αντικείμενο την υγεία. Αποτελεί ύψιστο προσωπικό και κοινωνικό αγαθό που κατοχυρώνεται από το ίδιο το Σύνταγμα. Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (νόμος 3418/2005) περιέχει δύο άρθρα (11 και 12) που αφορούν στην ενημέρωση του γιατρού και στην επακόλουθη συναίνεση του ασθενούς.⁴⁹

Η αποτελεσματική ενημέρωση έχει πολλά πλεονεκτήματα στην πορεία της υγείας. Για παράδειγμα, μπορεί ν' ανακουφίσει τους ασθενείς από αρνητικά συναισθήματα, αυξάνει την γνώση του ασθενή για την νόσο του και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, βελτιώνει την ποιότητα ζωής, μπορεί να παρέχει αίσθημα ελέγχου καθώς οι αρνητικές σκέψεις εκλογικεύονται, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην τοποθέτηση στόχων και επανάκτηση ρόλων (επιστροφή στις καθημερινές ασχολίες, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακές υποχρεώσεις χωρίς φόβο και δισταγμό), αυξάνει την υιοθέτηση και διατήρηση υγιεινών συμπεριφορών και πολλά άλλα.

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η οικογένεια καθώς όσοι ασθενείς δηλώνουν ότι τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα έχουν σε χαμηλότερο ποσοστό υψηλά επίπεδα άγχους. Συνεπώς, η θέση της στη θεραπεία ασθενών με βηματοδότη δεν πρέπει να υποτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας αλλά αντιθέτως να ενσωματώνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Στη Ελληνική κοινωνία, ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικής σημασίας. Η οικογένεια διέπεται από αμοιβαία αισθήματα αγάπης και εκτίμησης και χαρακτηρίζεται από ετοιμότητα συμπαράστασης και αλληλοβοήθειας. Πρόκειται για μια σχέση αλληλεπίδρασης που σχετίζεται άμεσα με το βιοκοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την προσωπικότητα των εμπλεκόμενων στο πρόβλημα. Ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα πρέπει να προσαρμοστεί στη νέα τάξη πραγμάτων από την άποψη της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων, της εργασίας, των οικογενειακών ρόλων και του τρόπου διαχείρισης του

άγχους. Συχνά, η νόσηση ξυπνάει συχνά φόβους απόρριψης από την οικογένεια και τους φίλους και απομόνωσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Με την πρόοδο μιας χρόνιας νόσου ο ασθενής μπορεί να νιώσει φόβο αποξένωσης και ανησυχία ότι η στήριξη και η φροντίδα θα μειωθούν.²³

Η στάση της οικογένειας άλλοτε διευκολύνει (δεκτική μορφή οικογένειας) και άλλοτε δυσχεραίνει (απόμακρη μορφή οικογένειας) τον ασθενή.

Υπάρχουν τρεις ψυχολογικοί τύποι οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους ένα χρόνιο άρρωστο: α) η απορριπτική οικογένεια που δεν παραχωρεί διευκολύνσεις προς το ασθενές μέλος της ενώ τα μέλη της συνεχίζουν τους προηγούμενους ρυθμούς ζωής τους και αδιαφορούν για το άρρωστο μέλος, β) η υπερπροστατευτική οικογένεια που επικεντρώνει όλη την προσοχή στο άρρωστο μέλος της και συνήθως είναι ανήσυχη ή ενθαρρύνει στον ασθενή συμπεριφορές εξάρτησης και γ) η προσαρμοστική οικογένεια που συμπαραστέκεται στο ασθενές μέλος της χωρίς να παραμελεί και να θυσιάζει τις ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας.⁵⁰⁻⁵²

Τα ευρήματα της μελέτης ότι, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών όπως επίσης και το βαθμό ενημέρωσης της οικογένειας πιθανώς να υποδηλώνουν το σημαντικό ρόλο της στήριξης, η οποία παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή αποκτήσει καλύτερες ψυχολογικές άμυνες προκειμένου να διαχειριστεί τη νόσο.

Η παροχή ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά το ασθενή να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νέα κατάσταση της ζωής και να αυξήσει το βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Αναλυτικότερα, οι Liu και συν.,³⁸ υποστηρίζουν ότι, στους ασθενείς που φέρουν βηματοδότη η ψυχολογική στήριξη συμβάλλει στην ενίσχυση της υποκειμενικής πρωτοβουλίας και της ικανότητας αυτοελέγχου των ασθενών, στην ικανοποίηση των αναγκών για ασφάλεια και άνεση των ασθενών στην ειδική κατάσταση, στη μείωση της αρνητικής νοοτροπίας των ασθενών, στην εξάλειψη των ανησυχιών των ασθενών και στην ενίσχυση της ικανότητας διανοητικής προσαρμογής και αυτοεκτίμησης των ασθενών.

Οι Hodder και συν.,⁵³ τονίζουν ότι, μια σειρά πρακτικών, όπως η έκδοση κάρτας επαφής των πρωτοβάθμιων νοσοκόμων, η τηλεφωνική επικοινωνία και η επικοινωνία με άλλους παρόμοιους ασθενείς, χαρακτηρίζεται ως υποστήριξη πληροφοριών. Αυτή η μορφή στήριξης μπορεί να προσφέρει καθοδήγηση, υποδείξεις και συμβουλές για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση στρες, να αυξήσει τις γνώσεις τους, να βελτιώσει την αυτοφροντίδα και να ενισχύσει την ικανότητα των ασθενών να αντιμετωπίζουν τις ασθένειες. Επίσης, κατά τη διαδικασία επανεκτίμησης δεν πρέπει να χάνεται πολύτιμος χρόνος αλλά αντιθέτως να αξιολογείται λεπτομερώς η ψυχολογική κατάσταση, το στάδιο λειτουργίας του βηματοδότη και τα σχετικά προβλήματα των ασθενών, προκειμένου να παρέχεται έγκαιρα επαγγελματική καθοδήγηση και ψυχολογική συμβουλή, να μειωθούν οι επιπλοκές στην περίοδο αποκατάστασης, να ενισχυθεί η γνώση των ασθενών για την ασθένεια, να ανακουφιστούν τα μέλη της οικογένειάς τους, να ενισχυθεί το αίσθημα ασφάλειας και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Η αποτελεσματική βελτίωση των σωματικών συμπτωμάτων των ασθενών, η γνώση των γνώσεων που σχετίζονται με το βηματοδότη, η υποστήριξη από τους συγγενείς των ασθενών και η κοινωνική υποστήριξη μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση του φόβου και της ανησυχίας, στην ανάκτηση της λειτουργικότητας και στην ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης ασθενειών.^{38,53}

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζονταν σημαντικά με την κατάθλιψη. Πράγματι, η σχέση ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική για την έκβαση της νόσου. Αναλυτικότερα, η δημιουργία μιας θετικής και σταθερής σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας έχει θεραπευτική σημασία και αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στα χέρια τους. Η καλή σχέση συμβάλλει σημαντικά στη συμμόρφωση στη θεραπεία και γενικότερα στη βαθύτερη κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών.

Τα άτομα που συμμετέχουν στη σχέση, δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας, φέρνουν στη σχέση την προσωπική τους ιστορία, τα παιδικά τους βιώματα, το χαρακτήρα τους, τις εμπειρίες τους, τις προσωπικές τους συνήθειες και προκαταλήψεις, το κοινωνικο-οικονομικό, μορφωτικό και πολιτισμικό τους

επίπεδο. Συνεπώς, στη σχέση αυτή, τα εμπλεκόμενα μέλη αναπτύσσουν μια δυναμική σχέση σε συγκεκριμένη θεραπευτική συνθήκη με γνώμονα το καλό του ασθενή. Πολλές φορές παρατηρείται μια υποτίμηση αυτής της σχέσης με αποτέλεσμα αφενός η θεραπεία να παραβλάπτεται αφετέρου να μην υπάρχουν τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα.¹⁹

Η διαμόρφωση μιας θεραπευτικής σχέσης διέπεται από ψυχολογικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα, κατά την παιδική ηλικία, υπάρχει μια σχέση εξάρτησης από τους γονείς. Τα παιδιά επικαλούνται τους γονείς σε περίπτωση κινδύνου ή δυσπραγίας με την προσδοκία βοήθειας, μια προσδοκία που σπάνια διαψεύδεται. Η προσδοκία αυτή αναβιώνει όταν κατά την ενήλικη ζωή αναζητάται η βοήθεια του γιατρού, στο πρόσωπο του οποίου μεταβιβάζεται η προσδοκία βοήθειας που υπήρχε παλαιότερα για τους γονείς. Με τους ψυχαναλυτικούς όρους, το φαινόμενο αυτό λέγεται μεταβίβαση (transference). Στην περίπτωση αυτή, αντί για εμπιστοσύνη υπάρχει καχυποψία απέναντι στο γιατρό, η θεραπευτική σχέση δύσκολα εγκαθίσταται, γεγονός, που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διαθέτουν κατάλληλες δεξιότητες και στάσεις και πιο συγκεκριμένα:

- να είναι καλοί ακροατές
- να είναι σε θέση να ακούνε και αυτά που δεν λέγονται, δηλαδή να αντιλαμβάνεται τα υπόγεια ρεύματα της επικοινωνίας, που πολλές φορές δίνουν πιο σημαντικές πληροφορίες από αυτές που προκύπτουν από τη λεκτική επικοινωνία.
- να διαθέτουν ενεργό και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο
- να έχουν σαφή αντίληψη για την πολυπλοκότητα και την ιδιαιτερότητα του ασθενούς
- να έχουν σαφή αντίληψη των ορίων μιας θεραπευτικής σχέσης
- να είναι σε θέση να παρατηρούν και τις δικές του αντιδράσεις και να βελτιώνονται διορθώνοντας τα λάθη του, με αυτογνωσία και ειλικρίνεια.

Πολλές φορές το προσωπικό συνήθως αδυνατεί να προσφέρει την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή για πολλούς και ποικίλους λόγους, όπως ο φόρτος εργασίας, η αδυναμία στήριξης, η έλλειψη ενδιαφέροντος στο βαθμό που θα ήθελαν οι ασθενείς κ.ά.

Η διατήρηση της επικοινωνίας με τον ασθενή αποτελούν θετικές παρεμβάσεις. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου το θέμα του θανάτου βρίσκεται στο υπόβαθρο είτε εκφράζεται καθαρά από τον ασθενή είτε όχι. Η στάση των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική ειδικά όταν ο ασθενής έχει ανάγκη να συζητήσει θέματα σχετικά με το ενδεχόμενο ή το επερχόμενο θάνατό του ενώ αντίθετα η προσπάθεια να κλείσει βιαστικά το θέμα αυξάνει το άγχος και τη δυσφορία του ασθενούς γιατί δίνει το μήνυμα ότι είναι τόσο τρομερό που δεν τολμούν να το αγγίξει.¹⁹

Συμπερασματικά, η διαμόρφωση μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης δεν υπαγορεύεται μόνο από ανθρωπιστικό ή δεοντολογικό καθήκον. Είναι ένα εργαλείο στα χέρια του γιατρού, που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί επαγωγικά για την υγεία του ασθενούς.^{19,52}

Περιορισμοί της έρευνας

Το δείγμα μελέτης δεν ήταν αντιπροσωπευτικό των ασθενών με βηματοδότη στην Ελλάδα, αλλά ένα δείγμα ευκολίας. Η σχετική μέθοδος δειγματοληψίας περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, το γεγονός ότι η μελέτη ήταν συγχρονική δεν επιτρέπει την εμφάνιση αιτιώδους σχέσης μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και των κοινωνικο-δημογραφικών, κλινικών ή άλλων μεταβλητών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των επιπέδων άγχους των ασθενών και του φύλου, της ηλικίας, του αριθμού των παιδιών, του εάν έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος, του βαθμού ενημέρωσης και του αν τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης των ασθενών και του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εάν αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας καρδιακό πρόβλημα, του εάν έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος, του βαθμού ενημέρωσης, και της σχέσης με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης είναι όλο και πιο σημαντική τόσο στην κλινική πρακτική όσο και στην έρευνα και αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς που εμπλέκονται στη φροντίδα ατόμων με βηματοδότη. Η έγκαιρη αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν το άγχος και την κατάθλιψη θα είχε θετική επίδραση στη διαχείριση της νόσου.

Περίληψη

Σκοπός: της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη ασθενών με βηματοδότη. **Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 230 ασθενείς με βηματοδότη. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την παρουσία ερευνητή χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης για την συγκέντρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και το ερωτηματολόγιο The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών. **Αποτελέσματα:** Το 60,1% και το 69,0% των ασθενών δηλώσανε χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκε στο 26,9% και 14,1% αντίστοιχα. οι γυναίκες έχουν 4,62 και 2,76 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους άντρες να εμφανίσουν μεσαία και υψηλά επίπεδα άγχους αντίστοιχα σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=4,62 [95% ΔΕ:1,81-11,78], p=0,001 και OR=2,76 [95% ΔΕ:1,30-5,82], p=0,008). Οι ασθενείς ηλικίας 50-70 ετών έχουν 4,03 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους ασθενείς ηλικίας <50 ετών να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=4,03 [95% ΔΕ: 1,18-13,75], p=0,026). Οι ασθενείς με παραπάνω από ένα παιδί έχουν 59% λιγότερες πιθανότητες σε σχέση με τους ασθενείς με κανένα ή ένα παιδί να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=0,41 [95% ΔΕ:0,17-0,99], p=0,049). Επιπλέον, οι ασθενείς που ήταν λίγο ή καθόλου ενημερωμένοι για το πρόβλημα υγείας τους έχουν 10,47 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν πολύ ενημερωμένοι να εμφανίσουν μέτρια επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα χαμηλά επίπεδα (OR=10,47 [95% ΔΕ: 2,07-53,03], p=0,005). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για τα επίπεδα της κατάθλιψης. **Συμπεράσματα:** Η μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης είναι όλο και πιο σημαντική τόσο στην κλινική πρακτική όσο και στην έρευνα και αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς που εμπλέκονται στη φροντίδα ατόμων με βηματοδότη. Η έγκαιρη αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν το άγχος και την κατάθλιψη θα είχε θετική επίδραση στη διαχείριση της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: άγχος-κατάθλιψη, βηματοδότης

Abstract

Purpose: The present study was to investigate the factors associated with anxiety and depression of patients with a pacemaker. **Material and Method:** The study sample consisted of 230 pacemaker patients. Data collection was conducted with the presence of the researcher using a questionnaire created by the researcher that included patients' characteristics as well as the "The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)" for assessing patient anxiety and depression. **Results:** 60.1% and 69.0% of patients reported low levels of anxiety and depression, respectively. High levels of anxiety and depression were observed in 26.9% and 14.1%, respectively. Women have a 4.62 and 2.76 times higher probability than men to show moderate and high levels of anxiety compared to low levels (OR = 4.62 [95% CI: 1.81-11.78], P = 0.001 and OR = 2.76 [95% ΔE: 1.30-5.82], p = 0.008). Patients aged 50-70 years have a 4.03-fold greater probability than those who are <50 years of age to have high levels of anxiety compared to low levels (OR = 4.03 [95% CI: 1.18-13.75], P = 0.026). Patients with more than one child have 59% less chance of having no or one child with high levels of anxiety compared to low levels (OR = 0.41 [95% DE:, 017-0.99], P = 0.049). In addition, patients who were little or no informed of their health problem have a 10.47-fold higher probability than patients who were very well informed about moderate levels of stress compared to low levels (OR = 10.47 [95 % ΔE: 2.07-53.03], p = 0.005). Similar results were also observed for depression levels. **Conclusions :** Measuring anxiety and depression is increasingly important in both clinical practice and research and consists a challenge for clinicians involved in the care of individuals with pacemaker.

Early assessment of factors affecting anxiety and depression would have a positive effect on disease management.

key-words: anxiety, depression, pacemaker

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Ahmed SM, Ansari MJ. Common indications of permanent pacemaker insertion. *Compr Ther*. 2008;34(1):24-7.
- 2) Gregoratos G. Indications and recommendations for pacemaker therapy. *Am Fam Physician*. 2005;71(8):1563-7.
- 3) Vardas PE, Simantirakis EN, Kanoupakis EM. New developments in cardiac pacemakers. *Circulation* 2013;127(23):2343-50.
- 4) Młynarski R, Włodyka A, Kargul W. Changes in the mental and physical components of the quality of life for patients six months after pacemaker implantation. *Cardiol J* 2009;16(3):250-3.
- 5) Kaszala K, Kalahasty G, Ellenbogen KA. Cardiac pacing in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol*. 2006;15(2):77-81.
- 6) Malm D, Syensson E, Karlsson JE, Fridlund B. Health related quality of life in pacemaker patients: a single and multidimensional self rated health comparison study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(4):291-302.
- 7) Vellone E, Rega ML, Galletti C, Morchio A, Alvaro R, Sansoni J. Anxiety and depression before and after a pacemaker implantation: a comparative study. *Int Nurs Persp* 2008; 8(3): 93-99.
- 8) Σαχίνη- Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδ., Βήτα, Αθήνα 2002.
- 9) Ulrich J, Lanale E, Uenbell M. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας. Εκδ., Παρισιάνος, Αθήνα, 2003.
- 10) Ignatavicius D, Workan L. Επιμέλεια: Βασιλειάδου Α. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκδ., βήττα, Αθήνα, 2008.
- 11) Χανιώτης Φ, Χανιώτης Δ. Νοσολογία – Παθολογία, Έκδ., Λίτσας, Αθήνα, 2008.
- 12) Μπροκαλάκη- Παναουδάκη Η. Νόσοι της καρδιάς και νοσηλευτική φροντίδα, Ολιστική προσέγγιση. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 2012.
- 13) Στεφανίδης Χρ. Παθήσεις της καρδιάς, Τόμος Α, Εκδ., Πασχαλίδη, Αθήνα 2003.

- 14) Sokolow M, Mclroy M, Cheitlin M.. Μετάφραση-Επιμέλεια Παναγιωτόπουλος Π.. Κλινική Καρδιολογία. 5^η Έκδοση, Εκδ., Πασχαλίδη, Αθήνα, 2003.
- 15) Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκδ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
- 16) Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
- 17) Keable D. The Management of Anxiety: A Guide for Therapists. Churchill Livingstone, 2nd edition, 1997.
- 18) Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.
- 19) Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2009.
- 20) Πολυκανδριώτη Μ, Κουτσοπούλου Β. Άγχος σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού 2014;13(1):54-65.
- 21) Πολυκανδριώτη Μ, Ολύμπιος Χ. Άγχος και στεφανιαία νόσος. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014; 31(4):403-411.
- 22) Kennerley H. Managing anxiety. A training manual. Oxford, Oxford University Press, 1995.
- 23) Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
- 24) Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού 2013;12(4):397-408.
- 25) Χριστοδούλου Γ. Ν. Κατάθλιψη. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.
- 26) American Psychiatric Association. DSM- IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000.
- 27) Ουλής Π. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας. Εκδ., Βήττα, Αθήνα 2006.
- 28) Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. Epidemiology of Major Depressive Disorder, Arch Gen Psychiatry. 2005;62(10):1097-1106.

- 29) Διαδικτυακή σελίδα :http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12382/SDO_DMYP_00343_Medium.pdf?sequence=1. Πρόσβαση:1/7/2017.
- 30) Μιχόπουλος Ι.Μ, Ζέρβας Γ.Μ. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης. *Ψυχιατρική* 2009;20(3) :211-221.
- 31) Στεργιοπούλου Α. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή στη Ψυχιατρική. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2015;4(1):13-19.
- 32) Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370
- 33) 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
- 34) 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. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012; 29(1):33-4
- 35) Vellone E , Rega ML2, Galletti C , Morchio A3, Alvaro R , Sansoni J . Anxiety and depression before and after a pacemaker implantation: a comparative study *Int Nurs Persp* 2008; 8(3): 93-99.
- 36) Angelidou D. Counseling Patients with Implanted Cardiac Devices: the Nurse's Role. *Hospital Chronicles* 2009; 4(2): 56-62.
- 37) Lelakowski J, Podolec P, Majewski J, Szczepkowski J, Olszowska M, Przewlocki T, et al. Quality of life in patients after implantation of pacemaker type DDD. *Pol Merkur Lekarski* 2000;9 (50): 554-556.
- 38) Liu X, He X, Li L, Huang L, Liu Z..Influence of Continuous Nursing on the Psychological State and Coping Style of Patients Undergoing Pacemaker Implantation. *Iran J Public Health* 2015;44(7):953-61.
- 39) Liang SL, Zheng KL. Effect of nursing intervention on anxiety and depression of patients with pacemaker implantation. *Chinese J Urban Rural Ind Hyg* 2011; 10(5): 60-1.

- 40) Yang X, Xu L. Anxiety survey and nursing countermeasures of patients before pacemaker implantation. *W China Med J* 2010;25(6): 1161-2.
- 41) Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart* 2002;87:488-493
- 42) Aydemir O, Ozmen E, Küey L, et al. Psychiatric morbidity and depressive symptomatology in patients with permanent pacemakers. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997;20(6):1628-1632.
- 43) Kaszala K, Kalahasty G, Ellenbogen KA. Cardiac pacing in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol* 2006;15(2):77-81.
- 44) Vellone E, Rega ML, Galletti C, Morchio A , Alvaro R, Sansoni J. Anxiety and depression before and after a pacemaker implantation: a comparative study *Int Nurs Persp* 2008; 8(3): 93-99.
- 45) Liang JJ, Yang B, Wu S. Follow-up study of life quality of old patients after cardiac pacemaker implantation. *Chinese J Cardiovas Rehab Med* 2011;20(3): 196-8.
- 46) Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2011;10(4):439-440.
- 47) Polikandrioti M, Babatsikou F. Information to coronary disease patients. *Health Science Journal* 2013;7(1):3-10.
- 48) Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal* 2011;5(1):15-22.
- 49) Διαδικτυακή σελίδα: http://www.anaplasi-rehab.gr/%CE%86%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%BF/article_08.pdf. Πρόσβαση :1-7-2017.
- 50) Διαδικτυακή σελίδα: http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/391/gian_mpro_main.pdf?sequence=2 Πρόσβαση : 17-7-2013.
- 51) Ποντισίδης Γ, Μπελλάλη Θ. Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2015; 8(4): 6-16.

52) Ghojazadeh M, Azami-Aghdash S, Sohrab-Navi Z, Kolahdouzan K. Cardiovascular patients' experiences of living with pacemaker: Qualitative study. *ARYA Atheroscler* 2015;11(5):281-8.

53) Hodder JN, Holmes MW, Keir PJ. Continuous assessment of work activities and posture in long-term care nurses. *Ergonomics* 2010;53(9): 1097–107.

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: 30-40ετών=1, 41-50 ετών=2, 51-60 ετών=3, 61-70 ετών=4, 71-80 ετών=5, <30=6	
3	Ηλικία κατά την τοποθέτηση: 30-40ετών=1, 41-50 ετών=2, 51-60 ετών=3, 61-70 ετών=4, 71-80 ετών=5, <30=6	
4	Πόσα χρόνια έχετε το βηματοδότη.....	
5	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος /η =1, Άγαμος /η =2, Διαζευγμένος /η - Διάσταση = 3, Χήρος /α = 4, Συμβίωση = 5	
6	Μορφωτικό επίπεδο: Απόφοιτος Δημοτ. =1, Γυμνασίου - Λυκείου = 2, ΤΕΙ - Α ΕΙ= 3, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό = 4	
7	Επάγγελμα: Άνεργος=1, Δημ. Υπάλληλος= 2, Ιδιωτ. Υπάλληλος =3, Ελεύθερος επαγγελματίας = 4, Οικιακά = 5, Συνταξιούχος = 6, Άλλο -----7	
8	Τόπος διαμονής: Ευρύτερη περιοχή Αττικής =1, Πρωτεύουσα νομού =2, Μικρή πόλη = 3, Ύπαιθρος = 4	
9	Αριθμός παιδιών: Κανένα =(0), ένα= (1), δύο= (2), περισσότερα από δύο = (3)	
10	Πότε άρχισαν να εμφανίζονται τα συμπτώματα που σχετίζονται με την πάθηση σας; Στην παιδική ηλικία =1, Στην εφηβική ηλικία =2, από 20 -30 ετών =3, από 31- 40 ετών=4, από 41-50 ετών=5, από 51-60ετών=6 >70 ετών=7	
11	Τύπος βηματοδότη : ΑΑΙ=1, VVI=2, DDD και τα λοιπα =3	
12	Πάσχετε από κάποιο άλλο νόσημα; Ναι =1, Όχι = 2	
13	Αντιμετωπίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας καρδιακό πρόβλημα; Ναι =1, Όχι = 2	
14	Έχει τοποθετηθεί βηματοδότης σε άλλο μέλος του οικογενειακού σας περιβάλλοντος; Ναι =1, Όχι = 2	
15	Είστε ενημερωμένος για το πρόβλημα υγείας σας; Πολύ =1, αρκετά = 2, λίγο =3, καθόλου =4	
16	Πιστεύετε ότι τα άτομα του οικογενειακού σας περιβάλλοντος είναι κατάλληλα ενημερωμένα να σας βοηθήσουν, σε περίπτωση που αντιμετωπίσετε κάποιο πρόβλημα; Πολύ =1, αρκετά	

	= 2, λίγο =3, καθόλου =4	
17	Πιστεύεται ότι ακολουθείτε πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες ; Πολύ =1, αρκετά = 2, λίγο =3, καθόλου =4	
18	Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το νοσηλευτικό προσωπικό ; Πολύ καλή = 1, καλή = 2, μέτρια = 3, κακή=4, πολύ κακή=5	
19	Πως θα χαρακτηρίζατε τη σχέση σας με το ιατρικό προσωπικό; Πολύ καλή = 1, καλή = 2, μέτρια = 3, κακή=4, πολύ κακή=5'	
20	Διατηρείτε προσωπικές επαφές με άλλους ασθενείς που ανήκουν στην ίδια ομάδα με εσάς; Ναι = 1, Όχι = 2	

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