



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΣΙΜΠΟΥΚΑ ANNA

(Α.Μ.: 20150610)

ΤΙΤΛΟΣ

“Μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων σε μεταμοσχευθέντες
καρδιολογικούς ασθενείς”

Μέλη Επιτροπής:

Αναπλ. Καθηγητής Μιχόπουλος Ι, Επιβλέπων

Αναπλ. Καθηγητής Χριστοδούλου Χ.

Καθηγητής Καραμπίνης Α.

Αθήνα, 2019

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια προσπάθεια μελέτης της ψυχικής κατάστασης των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς και των ασθενών που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου και βρίσκονται σε μηχανήμα υποστήριξης VAD, με απώτερο στόχο την παροχή δεδομένων για τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων και την ολιστική φροντίδα και στήριξή τους από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα μέλη της τριμελούς επιτροπής, για την ανάθεση του θέματος και την πολύτιμη συμβολή τους στην έρευνα. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου Αναπλ. Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, κ. Ι. Μιχόπουλο και τον Αναπλ. Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, κ. Χ. Χριστοδούλου για την εμπιστοσύνη τους και την καθοδήγησή τους. Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Επείγουσας Ιατρικής του ΕΚΠΑ κ Α. Καραμπίνη, Πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Ωνασείου που συνέβαλε σημαντικά στην παρούσα μελέτη, καθώς χωρίς την υποστήριξη του ίδιου και της νοσηλευτικής ομάδας του Ωνασείου η πρόσβαση στον μελετούμενο πληθυσμό θα ήταν εξαιρετικά δύσκολη.

Επιπλέον, ευχαριστώ πολύ την κα Αθ. Παπαδοπούλου, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Ψυχίατρο PhD, για την εποπτεία της και τη συμβολή της σε ιατρικά κομμάτια της έρευνας.

Θα ήθελα, επίσης να ευχαριστήσω την Β. Ευσταθίου, Ψυχολόγο PhD, για την συνεργασία και την βοήθειά της στην συγγραφή,- μεθοδολογικά και οργανωτικά- που με την καθοδήγησή της με βοήθησε στην ολοκλήρωση της έρευνας αλλά και εμένα σε πιο προσωπικό επίπεδο, δίνοντάς μου κίνητρα να εξελίσομαι γνωστικά.

Τέλος, ευχαριστώ τους δυο Συλλόγους των Μεταμοσχευμένων «Σκυτάλη» και «Συνεχίζω», για τη συνδρομή τους στην έρευνα. Πάνω απ' όλους όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συμμετέχοντες ασθενείς, που δίχως τη δική τους θέληση να συμμετάσχουν, δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η έρευνα.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης σημαντικών ψυχολογικών παραγόντων, όπως η κόπωση, η αϋπνία, το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιάς και σε καρδιολογικούς ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη. Στη μελέτη συμμετείχαν 89 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς, 19 ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (VAD), καθώς και 53 υγιείς μάρτυρες. Χορηγήθηκαν η κλίμακα κόπωσης (Fatigue Severity Scale), η κλίμακα αϋπνίας (Athens Insomnia Scale), καθώς και η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale). Βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών σε μηχανική υποστήριξη (63,2%) παρουσιάζει κόπωση και μάλιστα σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (39,3%), ενώ παράλληλα το αντίστοιχο ποσοστό στους υγιείς μάρτυρες είναι πολύ χαμηλότερο (5,7%). Οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (21,1%), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αϋπνίας από τους μεταμοσχευμένους (11,2%) και τους υγιείς μάρτυρες (7,5%), ωστόσο η διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά άγχους (26,3%) σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους (6,7%) και υγιείς μάρτυρες (7,5%) οι οποίοι έχουν παρόμοια επίπεδα άγχους. Υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάζουν οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (31,6%) σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους (3,4%) και μάρτυρες (3,8%) που είναι ιδιαιτέρως χαμηλά.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη είναι πιο επιβαρυνμένοι σε κόπωση, αϋπνία, άγχος και κατάθλιψη, σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους καρδιάς. Επομένως, η μεταμόσχευση βελτιώνει τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία των ασθενών τελικού σταδίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μεταμόσχευση φαίνεται να τους επαναφέρει σε μια κανονική ζωή που τείνει να παρουσιάζει παρόμοια ποσοστά ψυχικής υγείας με τους υγιείς μάρτυρες.

Abstract

The purpose of the present cross-sectional study is the investigation of important psychological factors such as fatigue, insomnia, anxiety and depression on patients who have undergone a heart transplant or patients dependent on life-support. This study included 89 individuals who have undergone a heart transplant, 19 individuals on life-support (VAD), as well as 53 healthy controls. All participants completed the Fatigue Severity Scale, the Athens Insomnia Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale. According to the results the majority of life-support patients (63,2%) show high levels of fatigue almost two-fold than heart-transplant patients (39,3), while fatigue levels of healthy participants were found significantly lower (5,7%). Patients on life-support (21,1%) also present higher observed levels of insomnia than the patients who have received a heart transplant (11,2%) and the controls (7,5%), nevertheless these differences did not reach statistical significance. Patients on life-support presented significantly higher levels of anxiety (26,3%) in comparison with heart transplant patients (6,7%) and healthy controls (7,5%) who present relatively similar levels of anxiety. Higher levels of depression were also observed in life-support patients (31,6%) in relation to heart transplant patients (3,4%) and healthy controls (3,8%), who present levels that are significantly low. From the aforementioned results it can be concluded that patients on life-support are considerably more burdened with fatigue, insomnia, anxiety and depression symptoms in comparison with people who have undergone a heart transplant. Therefore, a heart transplant improves not only the physical but the psychological health of patients, allowing them to return to an everyday routine that tends to present similar levels of mental health prosperity as healthy subjects.

Contents

Περίληψη	3
Abstract	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Η ιστορική αναδρομή των Μεταμοσχεύσεων καρδιάς- πνεύμονα	6
Καρδιακή Ανεπάρκεια	8
Μεταμοσχευτική διαδικασία.....	11
Σκοπός εργασίας	12
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία	20
2.1 Σχεδιασμός & διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	20
2.2 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	20
2.3 Στατιστική Ανάλυση	22
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα	22
Κεφάλαιο 3: Συζήτηση	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Βιβλιογραφία	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορική αναδρομή των Μεταμοσχεύσεων καρδιάς- πνεύμονα

Τη δεκαετία του 1950 οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς ή πνευμόνων ήταν θέμα επιστημονικής φαντασίας. Σήμερα, ύστερα από περισσότερες από 80000 μεταμοσχεύσεις καρδιάς/ πνευμόνων παγκοσμίως, δεν αποτελεί μια μεταμόσχευση είδηση αλλά σχεδόν επέμβαση ρουτίνας (Σαρρής, 2004).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950 ο καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Norman Shumway του Πανεπιστημίου Στάνφορντ στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ, άρχισε μια εντατική ερευνητική προσπάθεια, με στόχο την πραγματοποίηση μεταμόσχευσης καρδιάς στον άνθρωπο. Ύστερα από πολυετείς μελέτες και προσπάθειες σε πειραματόζωα, πέτυχε την επίλυση όλων των βασικών προβλημάτων μιας μεταμόσχευσης καρδιάς, επινόησε δηλαδή τις χειρουργικές μεθόδους που απαιτούνται για την αφαίρεση της καρδιάς από το δότη και την εμφύτευσή της στο λήπτη. Μελέτησε το φαινόμενο της απόρριψης του καρδιακού μοσχεύματος, το οποίο αντιμετώπισε με επιτυχία, χρησιμοποιώντας τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που είχαν δοκιμαστεί στη μεταμόσχευση νεφρών (αζαθειοπρίνη και στεροειδή) (Σαρρής, 2004).

Παράλληλα ο Christian Barnard, που είχε μάθει τις τεχνικές του Norman Shumway από τον πρώτο μαθητή και συνεργάτη του Richard Lower, βρήκε πρώτος δότη στο Cape Town Hospital της Ν. Αφρικής και πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση καρδιάς στον άνθρωπο το Δεκέμβριο του 1967 (ο πρώτος αυτός ασθενής επέζησε 18 ημέρες). Έναν μήνα αργότερα, ο Shumway πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στις ΗΠΑ. Μέσα σε ένα χρόνο, πάνω από 100 μεταμοσχεύσεις καρδιάς πραγματοποιήθηκαν σε 17 χώρες, χρησιμοποιώντας την απλή τεχνική του Shumway, αλλά τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά: Η μέση επιβίωση ήταν μόλις 29 μέρες. Τα περισσότερα κέντρα (συμπεριλαμβανομένων αυτών σε μεγάλα Πανεπιστήμια, όπως το Χάρβαρντ), εγκατέλειψαν τις μεταμοσχεύσεις καρδιάς, η ομάδα όμως του Shumway, συνέχισε τις προσπάθειες χωρίς διακοπή, επινοώντας διαρκώς νέες λύσεις στα προβλήματα και βελτιώνοντας συνεχώς τα αποτελέσματα (Σαρρής, 2004).

Το επόμενο μεγάλο βήμα έγινε το 1980, όταν ερευνητές στο Ηνωμένο Βασίλειο ανακάλυψαν τις εξαιρετικές ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες ενός νέου φαρμάκου, της κυκλοσπορίνης. Στις έρευνες αυτές πρωτοστάτησε ο σημερινός καθηγητής Μεταμοσχεύσεων του Πανεπιστημίου Αθηνών Α. Κωστάκης. Με τη βοήθεια της κυκλοσπορίνης, τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων καρδιάς βελτιώθηκαν δραστικά, τα μεταμοσχευτικά κέντρα πολλαπλασιάστηκαν, ώστε σήμερα να πραγματοποιούνται πάνω από 3000 μεταμοσχεύσεις καρδιάς το χρόνο σε περισσότερα από 300 μεταμοσχευτικά κέντρα ανά τον κόσμο. Επίσης, η κυκλοσπορίνη επέτρεψε την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων καρδιάς και σε παιδιά, αφού δεν χρειαζόταν για πρόληψη της απόρριψης μεγάλες δόσεις κορτιζόνης, φάρμακο ιδιαίτερα επιβαρυντικό για τη σωματική ανάπτυξη των παιδιών (Σαρρής, 2004).

Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν πάνω από 300 κέντρα μεταμοσχεύσεων καρδιάς, από τα οποία πάνω από 50 πραγματοποιούν και παιδιατρικές μεταμοσχεύσεις. Στην Ελλάδα υπάρχουν τρία μεταμοσχευτικά κέντρα αλλά η μεταμοσχευτική δραστηριότητα παραμένει ακόμα σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Μέχρι σήμερα, όπως δείχνουν τα στοιχεία της Παγκόσμιας Εταιρίας Μεταμοσχεύσεων, έχουν πραγματοποιηθεί πάνω από 55.000 μεταμοσχεύσεις καρδιάς και η πιθανότητα επιβίωσης έπειτα από μεταμόσχευση ξεπερνά το 90% τον πρώτο χρόνο. Υπάρχουν ακόμα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την ανάγκη πρόσληψης ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, με συνέπεια τη μειωμένη αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις. Έτσι, οι δύο σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου μακροπρόθεσμα είναι η απόρριψη και η λοίμωξη και οι πιθανότητες επιβίωσης έπειτα από μεταμόσχευση καρδιάς είναι περίπου 70% στα πέντε χρόνια και 60% στα 10 χρόνια. Επίσης, κάποια χρόνια μετά την επιτυχή μεταμόσχευση, η καρδιά ανεπαρκή, προσβαλλόμενη από μια περίεργη γενικευμένη πάθηση των στεφανιαίων αγγείων που ονομάζεται αποφρακτική αγγειοπάθεια και θεωρείται μια μορφή χρόνιας απόρριψης. Σχεδόν παράλληλα με τις μεταμοσχεύσεις καρδιάς κινήθηκε και η ιστορία των μεταμοσχεύσεων πνευμόνων (Σαρρής, 2004).

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι μία πάθηση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να διοχετεύσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος στο σώμα, ώστε να επιτελέσει τις φυσιολογικές του λειτουργίες. Η καρδιά είναι μία αντλία, η οποία στέλνει το αίμα στους πνεύμονες προκειμένου να εμπλουτιστεί σε οξυγόνο, ώστε να τροφοδοτήσει τον υπόλοιπο οργανισμό με θρεπτικά στοιχεία. Αφού διενεργηθεί ο κύκλος της κυκλοφορίας του αίματος στον οργανισμό, η καρδιά παραλαμβάνει πάλι το αίμα ώστε να το ξαναστείλει στους πνεύμονες για τον εμπλουτισμό του σε οξυγόνο. Η ανικανότητα λοιπόν της καρδιάς να εκπληρώσει αυτό το σημαντικό και ασταμάτητο έργο της ως αντλία, σημαίνει συσσώρευση του αίματος και κατ' επέκταση των υγρών του σώματος σε διάφορα σημεία του σώματος. Οι παραπάνω λειτουργίες επιτυγχάνονται κυρίως στις 2 κοιλίες της καρδιάς, τη δεξιά και την αριστερή (Αντωνίτσης & Αναστασιάδης, 2014).

Συχνή αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος και μία χρόνια αρρυθμική πάθηση, όπως η υπέρταση η οποία επί χρόνια καταπονεί την καρδιά, την εξαντλεί και καταλήγει σε αδυναμία της λειτουργικότητάς της. Η έγκαιρη διάγνωση είναι το «κλειδί» για τη σωστή αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας. Από τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρδιακή ανεπάρκεια, το 40% αναμένεται να πεθάνει στα επόμενα 5 έτη. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται και φθάνει το 80% όταν η διάγνωση αργήσει και γίνει στα προχωρημένα στάδια της νόσου (Σαρρής, 2004).

Ένας βασικός και πολύ αποδοτικός τρόπος να προληφθεί η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η σωστή παρακολούθηση σε ειδικά ιατρεία καρδιακής ανεπάρκειας και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Απ' όταν όμως επέλθει η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, η αντιμετώπισή της προϋποθέτει αλλαγές στον τρόπο ζωής σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να αποφεύγει το κάπνισμα και το αλκοόλ, να ασκείται (ήπια και πάντα σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του) και να περπατάει καθημερινά, να προσέχει τη διατροφή του κυρίως στη χρήση αλατιού, και να παρακολουθεί τα βάρος του, την πίεση και τις σφίξεις του. Επίσης, ο προληπτικός εμβολιασμός για προστασία από τον πνευμονιόκοκκο και τη γρίπη είναι σημαντικός, εφόσον οι λοιμώξεις του μυοκαρδίου είναι μία από τις βασικές αιτίες καρδιακής ανεπάρκειας. Η αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας γίνεται κυρίως με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Σε προχωρημένα στάδια καρδιακής ανεπάρκειας χρησιμοποιούνται αμφικοιλιακή

βηματοδότηση, συσκευές μηχανικής υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας και τέλος η μεταμόσχευση καρδιάς (Σαρρής, 2004). Σχεδόν πέντε εκατομμύρια Αμερικανοί ζουν με καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ 700.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Εκτός από παράγοντες του τρόπου ζωής, οι επιστήμονες έχουν δείξει ότι η καρδιακή ανεπάρκεια έχει μια ισχυρή κληρονομική συνιστώσα.

Τα στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας μέχρι τη μεταμόσχευση καρδιάς

Στάδιο A: Ασθενείς που είναι υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά δεν παρουσιάζουν καμία δομική καρδιακή ανωμαλία

Στάδιο B: Ασθενείς που έχουν κάποια δομική ανωμαλία της καρδιάς, αλλά ουδέποτε εμφάνισαν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας

Στάδιο C: Ασθενείς που παρουσιάζουν τρεχόντως ή είχαν αναπτύξει στο παρελθόν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και έχουν δομικές ανωμαλίες της καρδιάς

Στάδιο D: Ασθενείς σε τελικό στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας που έχουν ανάγκη από εξειδικευμένες στρατηγικές της: Μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας, συνεχή ενδοφλέβια έγχυση ινοτρόπων, μεταμόσχευση καρδιάς, ή φροντίδα σε ίδρυμα. (Τσιάρδας, 2005)

Η μηχανική υποστήριξη του κυκλοφορικού, αναφέρεται στην υποβοήθηση που απαιτείται για τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας, όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή για την αντιστροφή της κατάστασης. Ως πρώτη γραμμής συσκευή, η οποία βρίσκεται στην κλινική πράξη σχεδόν μισό αιώνα, χρησιμοποιείται ο ενδοαορτικός ασκός (IABP), ο οποίος μπορεί να αυξήσει την καρδιακή παροχή μέχρι 25-30%, δεν μπορεί όμως να σταθεροποιήσει αιμοδυναμικά έναν ασθενή με σοβαρή δυσπραγία της αριστερής κοιλίας ή με οξεία δεξιά ή αμφικοιλιακή καρδιακή ανεπάρκεια. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν αναπτυχθεί μηχανικές συσκευές υποστήριξης των κοιλίων, οι οποίες λειτουργούν ως αντλίες και υποκαθιστούν πλήρως τη λειτουργία των κοιλίων. Οι συσκευές αυτές, ανάλογα με το που τοποθετούνται ως προς το σώμα του ασθενούς, μπορεί να είναι είτε εξωσωματικές, είτε παρασωματικές, είτε ολικώς εμφυτεύσιμες, ενώ παρέχουν σφυγμική ή συνεχή ροή. Οι συσκευές υποστήριξης της καρδιάς εξελίσσονται συνεχώς, όπως και οτιδήποτε διαθέτει τεχνολογία, και χρησιμοποιούνται είτε ως «γέφυρα προς μεταμόσχευση», σε ασθενείς που περιμένουν να υποβληθούν σε καρδιακή μεταμόσχευση, είτε ως «γέφυρα προς ανάρρωση», σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία μετά από χειρουργική επέμβαση, σε οξεία

μυοκαρδίτιδα κ. α, είτε ως μακροχρόνια θεραπεία σε ασθενείς οι οποίοι δεν πληρούν τα κριτήρια για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση καρδιάς. (Τσιάρδας, 2005). Στις περιπτώσεις που απαιτείται βραχυχρόνια υποστήριξη της κυκλοφορίας, έχουν κερδίσει έδαφος οι διαδερμικές συσκευές υποστήριξης της αριστερής κοιλίας, (pLVADs) με αντλίες συνεχούς ροής, οι οποίες μπορούν να αποφορτίσουν μερικώς την αριστερή κοιλία και να χορηγήσουν παροχή από 2,5 λίτρα/ λεπτό μέχρι 5 λίτρα/ λεπτό. Κύριο πλεονέκτημά τους αποτελεί η ευκολία διαδερμικής τοποθέτησής τους από περιφερικά αγγεία και το σχετικά χαμηλό κόστος. Το κυριότερο μειονέκτημα που περιορίζει και τη χρήση τους αποτελεί το γεγονός ότι η μερική αυτή υποβοήθηση δεν επαρκεί σε περιπτώσεις σοβαρής καρδιογενούς καταπληξίας. Εφαρμόζεται, επομένως, κυρίως ως «γέφυρα» προς ανάρρωση ή ως «γέφυρα» προς «γέφυρα», προσφέροντας προσωρινή μερική υποβοήθηση της καρδιάς μέχρι την εμφύτευση μιας αντλίας που επιτυγχάνει μεγαλύτερη παροχή. (Τσιάρδας, 2005)

Οι ολικώς εμφυτεύσιμες συσκευές μηχανικής υποστήριξης χρησιμοποιούνται πλέον σχεδόν αποκλειστικά στους ασθενείς που απαιτείται μακροχρόνια υποστήριξη. Παρέχουν συνεχή ροή 5-10 λίτρα/ λεπτό και καταργούν τη σφυγμικότητα στον ασθενή. Ο μακροβιότερος ασθενής με LVAD έζησε 7,5 χρόνια σε κλινικό στάδιο NYHA I, ενώ σημαντικός αριθμός ασθενών έχει ξεπεράσει την πενταετία. Κυριότερη επιπλοκή των συσκευών αυτών αποτελούν οι λοιμώξεις, ιδιαίτερα στο τραύμα εξόδου του καλωδίου, ενώ ακολουθούν θρομβωτικές και αιμορραγικές επιπλοκές. Οι σύγχρονες τεχνικές μετάδοσης ενέργειας με πηνία επαγωγής της ενέργειας, καθώς και ελέγχου της συσκευής από απόσταση, θα συντελέσουν στην περαιτέρω βελτίωση των συσκευών και της ποιότητας ζωής των ασθενών. (Τσιάρδας, 2005)

Μεταμοσχευτική διαδικασία

Κάθε μεταμόσχευση, ίσως ιδιαίτερα μια μεταμόσχευση καρδιάς, προκαλεί πάντα ιδιαίτερη συγκίνηση, αποτελώντας τη σύγκλιση και την κορύφωση δύο τραγικών ιστοριών, δηλαδή του συνήθως απροσδόκητου θανάτου ενός μέχρι πρότινος υγιούς δότη και της νέας ευκαιρίας και ελπίδας για ζωή ενός ανθρώπου που βρισκόταν στα πρόθυρα του θανάτου. (www.EOM.gr)

Βασικές ενδείξεις για μεταμόσχευση καρδιάς αποτελούν:

- Λειτουργικό σύνδρομο III ή IV με πολύ φτωχή πρόγνωση κάτω των 6 μηνών.
- Ηλικία ασθενούς κάτω των 60 ετών. Οι νεότερες ηλικίες κάτω των 40 ετών προτιμώνται από τις ηλικίες άνω των 50 ετών.
- Καρδιακός δείκτης χαμηλός και κλάσμα εξωθήσεως μικρότερο από 20%. Οι πνευμονικές αντιστάσεις πρέπει να είναι μικρότερες από 6 μονάδες (U.I Wood).
- Καλή κατάσταση των άλλων οργάνων (εκτός της καρδιάς) του σώματος.
- Ικανότητα του ασθενούς να ακολουθήσει ιατρικές οδηγίες- μάλλον πολύπλοκες- για την υπόλοιπη ζωή του.
- Συναισθηματική σταθερότητα του ασθενούς. (www.EOM.gr)

Ένταξη στη λίστα (προμεταμοσχευτικός έλεγχος): Η ένταξη των ασθενών στη λίστα μεταμοσχεύσεων γίνεται μετά από ενδελεχή έλεγχο όλων των οργάνων και συστημάτων με σκοπό τον εντοπισμό παθήσεων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την επιβίωση μετά την μεταμόσχευση. Διενεργούνται εξετάσεις αίματος (γενικές, μικροβιολογικές και κυρίως ανοσολογικές), υπερηχογράφημα καρδιάς, καρδιακός καθετηριασμός, εργοσπιρομετρία (ένα ειδικό τεστ κοπώσεως), απεικονιστικός έλεγχος των αγγείων, υπερηχογράφημα/αξονική τομογραφία των οργάνων, έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας κ.λπ. (www.EOM.gr)

Η κατανομή των καρδιακών μοσχευμάτων γίνεται με βάση την ομάδα αίματος, τις σωματομετρικές διαστάσεις του λήπτη σε σχέση με τον δότη, το χρόνο αναμονής στη λίστα καθώς και τον δείκτη βαρύτητας της κατάστασης του λήπτη (ΦΕΚ 973/1996). (www.EOM.gr)

Όσον αφορά στη μεταμοσχευτική διαδικασία, όταν εντοπιστεί καρδιακό μόσχευμα προερχόμενο από πτωματικό δότη, ο υποψήφιος λήπτης καλείται από τον κλινικό συντονιστή του μεταμοσχευτικού κέντρου. Ενώ οι γιατροί ελέγχουν το δωρηθέν όργανο ο ασθενής αξιολογείται και ξεκινά τη λήψη φαρμάκων για την προετοιμασία για τη μεταμόσχευση. Αν το μόσχευμα είναι κατάλληλο, ο λήπτης οδηγείται στο

χειρουργείο και αρχίζει η προετοιμασία για την αφαίρεση της πάσχουσας καρδιάς. Στο μεταξύ, αφαιρείται η νέα καρδιά στο νοσοκομείο του δότη προκειμένου να μεταφερθεί στο μεταμοσχευτικό κέντρο του λήπτη, υπό ειδικές συνθήκες συντήρησης. Η νέα καρδιά τοποθετείται στον λήπτη μέσω μιας τομής στο στέρνο. Πριν και μετά την μεταμόσχευση χορηγούνται φάρμακα στον λήπτη με σκοπό να αποτρέψουν την απόρριψη της νέας καρδιάς από το σώμα του. (www.EOM.gr)

Αναφορικά με την πορεία μεταμόσχευσης και την επιβίωση των ασθενών μετά από μεταμόσχευση καρδιάς, αυτή δεν παύει ποτέ. Οι τρεις πρώτοι μήνες μετά την μεταμόσχευση είναι κρίσιμοι για την επιτυχία του εγχειρήματος, ενώ μετά την παρέλευση έξι μηνών η κατάσταση του ασθενούς σταθεροποιείται. Το πρώτο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όλοι οι μεταμοσχευμένοι που επιβιώνουν την εγχείρηση είναι η απόρριψη του μοσχεύματος. Γενικά ο οργανισμός απορρίπτει κάθε ξένο σώμα που εισβάλλει μέσα του. Αυτό είναι γενικά καλό (αφού προστατεύει τον οργανισμό από κάθε εισβολέα) αλλά δυστυχώς ανιχνεύει και το μόσχευμα σαν ξένο σώμα κι έτσι προσπαθεί να το απορρίψει. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την απόρριψη είναι αμέσως μετά την εγχείρηση. Μετά την παρέλευση ενός έτους η οξεία απόρριψη είναι σπάνια. Ο μεταμοσχευμένος βρίσκεται σε κατάσταση ανοσοκαταστολής προκειμένου να μην απορριφθεί το μόσχευμα. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι μεταμοσχευμένοι επιστρέφουν στη συνήθη καθημερινότητά τους, στην οικογένεια, στην εργασία και στα άλλα ενδιαφέροντά τους. Η σωστή διατροφή, η άθληση κι η προσοχή στους κανόνες υγιεινής αποτελούν πλέον τα κύρια «συστατικά» της νέας τους ζωής (www.EOM.gr).

Σκοπός εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κόπωση, η αυπνία, το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιάς και καρδιολογικούς ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Σε έρευνα των Dew και Roth (1996), που μελετούσε την κατάθλιψη και το άγχος των μεταμοσχευμένων μετά τον πρώτο χρόνο, έδειξε ότι η μείζων κατάθλιψη ήταν η πιο διαδεδομένη διαταραχή μετά τη μεταμόσχευση (ποσοστό στο πρώτο έτος 17,3%) και ακολουθούσε η διαταραχή προσαρμογής με 10%. Οι ειδικοί παράγοντες, όπως ψυχιατρικό ιστορικό, αύξανε τον κίνδυνο εμφάνισης οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών εκδηλώσεων έπαιζε και η κακή κοινωνική υποστήριξη από τον φροντιστή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η διαχείριση του προβλήματος. Τέλος, βασική διάκριση για τον πληθυσμό ήταν ο χρόνος αναμονής που είχαν έως τη μεταμόσχευση και το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό. (Dew & Roth, 1996)

Σε έρευνα των Dew και Kormos (2001) μελετήθηκε η επικράτηση του κινδύνου κατάθλιψης και των διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών μετά τη μεταμόσχευση καρδιάς. Παρόλο που η κακή ψυχολογική προσαρμογή στη μεταμόσχευση οργάνων φαίνεται να συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση της ποιότητας ζωής και στην αυξημένη σωματική νοσηρότητα, ο επιπολασμός και οι παράγοντες κινδύνου για τη ψυχιατρική διαταραχή, δεν εξετάστηκαν πέραν των πρώτων 12- 18 μηνών μετά τη μεταμόσχευση. Η ανάλυση επιβίωσης δείχνει ότι οι σωρευτικοί κίνδυνοι για την έναρξη της διαταραχής, ήταν οι διαταραχές της διάθεσης, 25,5%, διαταραχής προσαρμογής 20,8% (17,7% με ανησυχητική διάθεση), PTSD- T 17% και οποιαδήποτε εκτιμώμενη διαταραχή 38,3%. Υπήρχε μόνο μια περίπτωση της GAD. Η έναρξη του PTSD- T περιορίστηκε σχεδόν αποκλειστικά στο πρώτο έτος μετά τη μεταμόσχευση. Τα επεισόδια των διαταραχών της διάθεσης (αλλά όχι των διαταραχών άγχους), που εμφανίστηκαν αργότερα μετά τη μεταμόσχευση (8 έως 36 μήνες μετά την επέμβαση), ήταν πιο πιθανό από ότι τα πρώτα επεισόδια μετά τη μεταμόσχευση να αντιμετωπιστούν με ψυχότροπα φάρμακα. Για αμφοτέρες τις διαταραχές διάθεσης και άγχους, αργότερα τα επεισόδια ήταν λιγότερο πιθανό να κατακερματιστούν από τους παράγοντες που σχετίζονται με τη μεταμόσχευση, σε σύγκριση με άλλα στρεσογόνα στρώματα. Παράγοντες αύξησης του σωρευτικού κινδύνου για ψυχιατρικές εκδηλώσεις, περιλαμβάνουν: το ψυχιατρικό ιστορικό πριν το μόσχευμα, το γυναικείο φύλο, η μέγιστη νοσηλεία, η μειωμένη σωματική λειτουργική κατάσταση και η χαμηλή κοινωνική στήριξη από τον φροντιστή και την οικογένειά τους, κατά την περίοδο

υπερημερίας. Οι επιδράσεις των παραγόντων κινδύνου ήταν πρόσθετες, η παρουσία ενός αυξανόμενου αριθμού παραγόντων κινδύνου, φέρει μια σχέση δόσης- απόκρισης στο σωρευτικό κίνδυνο διαταραχής. (Dew & Kormos, 2001)

Σε έρευνα των Milaniak και Ruzyczka (2016), αναφέρεται ο ρόλος της ανθεκτικότητας στην κατάθλιψη και το άγχος σε μεταμοσχευμένους καρδιάς. Αφορά τους λήπτες μεταμόσχευσης καρδιάς και τους συνδέει με την ανθεκτικότητα που διαθέτουν και πως αυτή αντιμετωπίζει κινδύνους ψυχοπαθολογίας, που συνδέεται με την κατάθλιψη και το άγχος. Αποδείχτηκε ότι η ανθεκτικότητα είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση αγχωτικών συμβάντων ζωής. Μπορούν να οριστεί ως γενικά χαρακτηριστικά του εξωτερικού, διαπροσωπικού και προσωπικού κόσμου που διαδραματίζουν ρυθμιστικό ρόλο στην επίτευξη/ διατήρηση μιας κατάλληλης κατάστασης υγείας. Βρέθηκε έντονη συσχέτιση στην επικράτηση της κατάθλιψης και του άγχους στους μεταμοσχευμένους από καρδιά. Επίσης οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην ανθεκτικότητα βελτιώνουν τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν με τη μεταμόσχευση. Η μεταμόσχευση καρδιάς είναι η κύρια επιλογή για θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας και αυξάνει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των αποδεκτών. Ωστόσο, αυτή η χειρουργική επέμβαση προκαλεί πολυάριθμα ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Οι προστατευτικοί παράγοντες και η ανθεκτικότητα είναι μια σημαντική δύναμη πίσω από την υγιή προσαρμογή στις ζωτικές πιέσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο ρόλος της ανθεκτικότητας, όσον αφορά την κατάθλιψη και το άγχος στους λήπτες μεταμόσχευσης καρδιάς (Milaniak & Ruzyczka, 2016).

Σε έρευνα των Dew και Robert L εστιάζουν στα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων καρδιάς που για να μεταμοσχευθούν πέρασαν από συσκευή κοιλιακής υποβοήθησης. Αυξημένος αριθμός ατόμων πριν τη μεταμόσχευση, λαμβάνει συσκευή κοιλιακής υποβοήθησης (VAD) ως γέφυρα. Οι κίνδυνοι και τα οφέλη από τη φυσική νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής στην υποστήριξη του VAD, έχουν τεκμηριωθεί. Οι επιδράσεις της υποστήριξης VAD πριν και μετά τη μεταμόσχευση καρδιάς, δεν έχουν λάβει καμία εμπειρική προσοχή. Οι 63 ασθενείς με VAD που έκαναν μεταμόσχευση καρδιάς, υποβλήθηκαν σε εκτιμήσεις QOL για τη φυσική λειτουργία, τη συναισθηματική και τη νοητική ευεξία και την κοινωνική λειτουργία σε 2,7 και 12 μήνες μετά τη μεταμόσχευση (ποσοστό ανταπόκρισης= 95%). Ενενήντα ασθενείς οι οποίοι δεν έλαβαν VAD- αντιστοιχούσαν στην ομάδα VAD σχετικά με καρδιολογικά και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά-

χρησίμευαν ως διαχρονικοί έλεγχοι. Οι δυο ομάδες εμφάνισαν παρόμοια επίπεδα και παρόμοια στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) βελτίωση της σωματικής λειτουργίας (ύπνος, φροντίδα σώματος, κινητικότητα, ασκήσεις, συνολική λειτουργική κατάσταση, αριθμός σωματικών καταγγελιών), κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης. Η συναισθηματική ευεξία (αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού, ρυθμός διαταραχής μετατραυματικού στρες), ήταν σταθερή ή βελτιωμένη και στις δύο ομάδες και οι ασθενείς με VAD παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά άγχους. Η γνωστική κατάσταση μετά την μεταμόσχευση των ασθενών με VAD ήταν πολύ πιθανό να επιστρέψουν στην εργασία. Άλλοι μετρητές κοινωνικής λειτουργίας έδειξαν μικτά αποτελέσματα. Η γνωστική εξασθένηση, εξήγησε μεγάλο μέρος της συσχέτισης μεταξύ της υποστήριξης του VAD και της μεταμόσχευσης. Συμπέρασμα είναι ότι, οι ασθενείς με VAD, διατηρούν περισσότερες γνωστικές διαταραχές και εμφανίζουν μικτές αλλαγές στην κοινωνική λειτουργία. Απαιτείται αυξημένη προσοχή στις στρατηγικές για τη μεγιστοποίηση της γνωστικής ικανότητας των ασθενών με VAD για τη διευκόλυνση της κοινωνικής επανένταξης. (Dew & Robert, 2001)

Η έρευνα των Kollner V και Einsle F εξετάζει τους παράγοντες στρες, τους πόρους αντιμετώπισης, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (QoL) σε ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιάς ή πνεύμονα. Οι ασθενείς εξετάστηκαν με τα ερωτηματολόγια SF-36 (QoL), HADS-D (άγχος & κατάθλιψη), IES-R & PTSS-10 (διαταραχή μετατραυματικού στρες, PTSD) 32,3 (4-86) μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Οι παράγοντες άγχους, οι πόροι και τα διαγνωστικά κριτήρια για την PTSD, ερευνήθηκαν με δομημένη συνέντευξη. Σε ολόκληρο το δείγμα, το άγχος, η κατάθλιψη και η QoL ήταν στο εύρος του φυσιολογικού πληθυσμού. Μια υποομάδα 13 ασθενών με διάγνωση PTSD, είχε σημαντικά μειωμένη QoL. Το άγχος και η διείσδυση εξήγησαν τη διακύμανση 42% της ψυχοκοινωνικής βαθμολογίας του QoL. Υπήρξε μικρότερη επίδραση της κατάθλιψης στην ιατρική βαθμολογία της QoL. Τα ψυχολογικά συμπτώματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η PTSD, επηρεάζουν σημαντικά την QoL μετά από μεταμόσχευση καρδιάς ή πνεύμονα. Οι ασθενείς με διάγνωση PTSD είχαν κακή QoL. Η εξέταση για PTSD θα πρέπει να αποτελεί μέρος της συνήθους αξιολόγησης μετά τη μεταμόσχευση οργάνων (Kollner & Einsle, 2003)

Στην έρευνα των Favaro A και Gerosa G, ανιχνεύεται η διαταραχή μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης σε λήπτες μεταμόσχευσης καρδιάς και η

σχέση με την έκβαση και η τήρηση της ιατρικής θεραπείας. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της μείζονος κατάθλιψης και του μετατραυματικού στρες στην πρόβλεψη του αποτελέσματος της HT σε ένα διαδοχικό δείγμα 107 παραληπτών. Όλα τα υποκείμενα της μελέτης υποβλήθηκαν σε διαρθρωμένη διαγνωστική συνέντευξη, για την αξιολόγηση της παρουσίας της μείζονος κατάθλιψης πριν και μετά τη μεταμόσχευση και του PTSD που σχετίζεται με τη μεταμόσχευση 1 έως 5 έτη μετά την HT. Η τήρηση της ιατρικής περίθαλψης αξιολογήθηκε μερικούς μήνες μετά τη δομημένη συνέντευξη. Το ιατρικό αποτέλεσμα (οξεία απόρριψη, καρκίνος, θνησιμότητα) παρακολουθήθηκε για 8 χρόνια κατά μέσο όρο μετά τη συνέντευξη, χρησιμοποιώντας ένα μελλοντικό σχεδιασμό. Η εκτιμώμενη συχνότητα ψυχιατρικών διαγνώσεων μετά από HT ήταν 12% για PTSD που σχετίζεται με τη μεταμόσχευση και 41% για μείζονα κατάθλιψη. Η παρουσία ενός επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης πριν από το HT είναι ένας σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για κακοήθειες μετά τη μεταμόσχευση. Η ηλικία, οι κακοήθειες μετά τη μεταμόσχευση και η κακή προσκόλληση, είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της θνησιμότητας στις αναλύσεις επιβίωσης. Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της αξιολόγησης των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών και των ψυχιατρικών διαγνώσεων πριν και μετά τη μεταμόσχευση σε παραλήπτες HT. Τα ευρήματά ήταν σημαντικά και απαιτούν αναπαραγωγή με μεγαλύτερα δείγματα. (Favaro & Gerosa, 2011)

Οι συγγραφείς της έρευνας Hategan A και Nelson C, τεκμηριώνουν μια περίπτωση ενός μεταμοσχευμένου καρδιάς, ηλικίας 65 ετών με 10 ετη παρακολούθηση, με ιδιαίτερη αναφορά στην ψυχιατρική του ανάρρωση. Αυτή η περίπτωση απεικονίζει τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης τόσο ως οξεία επέμβαση, όσο και ως μακροπρόθεσμη συντήρηση στον ασθενή, με ψυχιατρικές και πολλαπλές ιατρικές καταστάσεις. Διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην ανάκτηση μοσχεύματος μπορεί να επηρεαστεί από κρίσιμες περιόδους, συμπεριλαμβανομένης της αρχικής μετεγχειρητικής σταθεροποίησης και αναρρώσεως και στη συνέχεια και πάλι με πιο μακροπρόθεσμες αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους. Απαιτείται ενισχυμένη συνεργασία μεταξύ ομάδων μεταμόσχευσης και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. (Hategan & Nelson , 2008)

Στην έρευνα των Trevizan FB1 και Miyazaki MCOS2, για την ποιότητα ζωής, την κατάθλιψη, το άγχος και τις στρατηγικές αντιμετώπισης μετά από μεταμόσχευση καρδιάς, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στο δείγμα είχαν

συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, μόνο ένας ασθενής ταυτοποιήθηκε με μέτρια συμπτώματα και στους δύο τομείς. Οι ασθενείς έχουν κατατάξει τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής ως «καλές», επισημαίνοντας την ικανοποίησή τους για την υγεία τους. Συνολικά 33 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Η μελέτη ήταν ποσοτική, με ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς. Οι συμμετέχοντες απάντησαν στο Κοινωνικοδημογραφικό Ερωτηματολόγιο, στην κατάθεση κατάθλιψης του Beck (BDI-II), στο βιβλίο αποφυγής άγχους Beck (BAI), στη διεθνή νευροψυχιατρική συνέντευξη MINI, στο EMEP και στην ποιότητα ζωής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας -BREF (WHOQOL-BREF). Για ανάλυση δεδομένων, το επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε $P < 0,05$. (Trevizan & Miyazaki, 2017)

Στην έρευνα των Milaniak I και Wilczek-Rużyczka E (2017), σχετικά με την επίδραση των κλινικών μεταβλητών στα συμπτώματα κινδύνου και κατάθλιψης στους αποδέκτες μεταμόσχευσης καρδιάς, ο επιπολασμός της κατάθλιψης και της σοβαρής δυσφορίας είναι κοινός. Οι ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής αδιαθεσίας. Το δείγμα περιελάμβανε 131 λήπτες HTx από έναν ιστότοπο. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια ενός επακόλουθου ραντεβού στο νοσοκομείο, χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της κατάθλιψης (Short Form Inventory Short Form Inventory Short Form) και το άγχος (Αντιληπτή κλίμακα στρες-10). Οι στατιστικές αναλύσεις περιλάμβαναν περιγραφικές στατιστικές, συσχετίσεις Pearson, t-tests και γενικευμένα γραμμικά μοντέλα.

Οι ασθενείς με μελέτη ήταν 75,6% (n = 97) άνδρες, 100% (n = 131) Καυκάσιοι, 74% (n = 89) παντρεμένοι, με μέση ηλικία 54 ετών κατά τη μεταμόσχευση καρδιάς. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (40,5%) παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την αξιολόγηση. Σοβαρό άγχος παρατηρήθηκε στο 30% των ατόμων. Τα συμπτώματα κατάθλιψης και η έντονη δυσφορία παρατηρήθηκαν συχνότερα σε ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες, που απαιτούν θεραπεία με πολλαπλά φάρμακα και υψηλό βαθμό NYHA (Milaniak & Wilczek-Rużyczka, 2017).

Στην έρευνα των Spaderna H1, Zittermann A2 (2017), αναλύεται ο ρόλος της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης κατά το χρόνο της αναμονής για επιβίωση 8 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση καρδιάς. Βρέθηκε ότι η χαμηλή κατάθλιψη σε συνδυασμό με την κοινωνική ενσωμάτωση σε περιόδους αναμονής περιγράφει τις αυξημένες πιθανότητες επιβίωσης μετά την HTx. Και οι δύο παράγοντες πρέπει να

ληφθούν υπόψη για να συμπεριληφθούν σε τυποποιημένες αξιολογήσεις και παρεμβάσεις για τους υποψήφιους για την HTx. Η έρευνα έγινε μεταξύ του 2005 και του 2006, 318 υποψήφιοι για ενήλικες HTX συμμετείχαν στην έρευνα "Περιμένοντας μια νέα καρδιά" και 164 έλαβαν μεταμόσχευση. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν μέχρι τον Φεβρουάριο του 2013. Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά αξιολογήθηκαν με ερωτηματολόγια. Η Eurotransplant παρείχε ιατρικά δεδομένα σε λίστα αναμονής, ημερομηνίες μεταμόσχευσης και χαρακτηριστικά δότη. τα νοσοκομεία ανέφεραν ιατρικά δεδομένα σε HTx και ημερομηνία θανάτου μετά από HTx. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης των 70 μηνών (<1-93 μήνες μετά την HTX), 56 (38%) των 148 μεταμοσχευμένων ασθενών με πλήρη δεδομένα πέθαναν. Οι βαθμολογίες κατάθλιψης δεν σχετίζονταν με την κοινωνική απομόνωση και ούτε συσχετίστηκαν με τη σοβαρότητα της νόσου. Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης αύξησαν τον κίνδυνο θανάτου (αναλογία κινδύνου = 1.07, 95% διάστημα εμπιστοσύνης, 1.01, 1.15, P = 0.032), η οποία μετριάστηκε με βαθμολογίες κοινωνικής απομόνωσης 0.973, 0.998, P = 0.022). Αυτά τα ευρήματα διατηρήθηκαν σε πολυπαραγοντικά μοντέλα που ελέγχουν για μεταβλητές (τιμές P ρ 0,020-0,039). Η αναλογιστική 1ετής / 5ετής επιβίωση ήταν καλύτερη για ασθενείς με χαμηλή κατάθλιψη οι οποίοι δεν ήταν κοινωνικά απομονωμένοι στην λίστα αναμονής (86% μετά από 1 έτος, 79% μετά από 5 χρόνια). Η επιβίωση αυτών που ήταν είτε καταθλιπτικά είτε κοινωνικά απομονωμένα ή και τα δύο, ήταν μικρότερη, ειδικά 5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση (56%, 60% και 62% αντίστοιχα) (Spaderna & Zittermann, 2017).

Στην έρευνα των Milaniak I και Wilczek-Rużyczka E, μελετάται ο ρόλος των προσωπικών εφοδίων στην κατάθλιψη και το άγχος στους λήπτες μεταμόσχευσης καρδιάς. Δεδομένου ότι η μεταμόσχευση καρδιάς αποτελεί την κύρια επιλογή για θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας και αυξάνει τον ρυθμό επιβίωσης και την ποιότητα ζωής των αποδεκτών παρατηρείται ότι αυτή η χειρουργική επέμβαση προκαλεί πολυάριθμα ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Οι προστατευτικοί παράγοντες και τα προσωπικά εφόδια είναι μια σημαντική δύναμη πίσω από την υγιή προσαρμογή στις ζωικές πιέσεις. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το ρόλο των προσωπικών εφοδίων όσον αφορά την κατάθλιψη και το άγχος στους αποδέκτες μεταμόσχευσης καρδιάς. Η μελέτη περιελάμβανε δείγμα 131 ασθενών με μεταμόσχευση καρδιάς. Χρησιμοποιήθηκαν τυποποιημένα όργανα για τη

μέτρηση των κατασκευών κλειδιών: σύντομη φόρμα καταγραφής κατάθλιψης κατά Beck για επικράτηση της κατάθλιψης, κλίμακα αβεβαιότητας για την επικινδυνότητα επικράτησης και Sense of Coherence (SOC-29), δοκιμή προσανατολισμού ζωής και γενική κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας για τη μέτρηση προσωπικών πόρων. Διαπιστώθηκε ότι η αίσθηση της συνοχής, της αισιοδοξίας και της αυτοεκτίμησης αποδείχθηκαν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την επικράτηση τόσο της κατάθλιψης όσο και του στρες. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και η αίσθηση της συνοχής στους λήπτες καρδιαγγειακών μοσχευμάτων απαιτεί εξερεύνηση. Η αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και της αίσθησης συνοχής πριν από τη χειρουργική επέμβαση φαίνεται σημαντική και αρχίζει με την ανάπτυξη δεξιοτήτων σε αυτόν τον τομέα (Milaniak & Wilczek-Rużyczka, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Σχεδιασμός & διαδικασία συλλογής δεδομένων

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας ήταν συγχρονικός (Cross-sectional Study). Στη μελέτη συμμετείχαν 89 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς, 19 ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (VAD), καθώς και 53 υγιείς μάρτυρες.

Τα δεδομένα των ασθενών συλλέχθηκαν με τη χορήγηση ερωτηματολογίων στα εξωτερικά ιατρεία του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου όπου προσέρχονταν οι ασθενείς για την καθιερωμένη επανεξέταση (follow up).

Η νοσηλευτική υπηρεσία σε συνεργασία με την ερευνήτρια έκαναν την απαιτούμενη ενημέρωση στους ασθενείς και χορηγούσαν τα ερωτηματολόγια. Η ερευνήτρια διερευνούσε εάν οι ασθενείς ήταν σε θέση αισθητηριακά να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια αλλά και εάν μπορούσαν να διαχειριστούν την Ελληνική γλώσσα. Γινόταν η σχετική ενημέρωση αναφορικά με τη φύση και τους στόχους της έρευνας ώστε να δοθεί κίνητρο και ενεργή συμμετοχή στην έρευνα, ενώ επιπλέον δινόταν η απαιτούμενη σημασία θέματα δεοντολογίας και απορρήτου.

Η συλλογή των δεδομένων των ασθενών διήρκησε 6 μήνες και παραπέμφθηκαν 113, ενώ συνολικά ο πληθυσμός μαζί και στις δυο ομάδες υπολογίζεται περίπου στους 125 σε όλη την Ελλάδα. (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, EOM)

2.2 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών στοιχείων

Κατασκευάστηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο καταγραφής των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλάμβανε την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων όπως φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, τέκνα κ.α. καθώς και κλινικών στοιχείων.

Κλίμακα κόπωσης Fatigue Severity Scale (FSS)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 9 ερωτήσεις και συνιστά ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης της κόπωσης όπως την βίωσαν οι ασθενείς τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η FSS μετράει τη σοβαρότητα, τη συχνότητα και τις επιπτώσεις της κόπωσης στην καθημερινή λειτουργία και περιέχει στοιχεία σχετικά με τη σωματική κόπωση και τις κοινωνικές πτυχές. Βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 36 (≥ 36) στην κλίμακα FSS υποδηλώνει την ύπαρξη κόπωσης (Krupp et al., 1988, Krupp et al., 1989). Το FSS θεωρείται έγκυρο εργαλείο για τη διάκριση της κόπωσης που υφίστανται οι ασθενείς με ιατρική ασθένεια από την κόπωση που αντιμετωπίζουν οι υγιείς μάρτυρες. Η κλίμακα FSS έχει σταθμιστεί στα ελληνικά (Bakalidou et al., 2013). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιείται η κλίμακα για να αξιολογηθεί η κόπωση των μεταμοσχευμένων καρδιάς και των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε τεχνική καρδιά, ώστε να ανιχνευθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του αποτελέσματος, στην παρεχόμενη φροντίδα. Είναι σύντομη, συμπληρώνεται εύκολα από τον ασθενή και αξιολογείται εύκολα από τον ερευνητή.

Κλίμακα αϋπνίας Athens Insomnia Scale (AIS)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 8 ερωτήσεις και συνιστά ένα εργαλείο μέτρησης της αϋπνίας με το οποίο υπολογίζονται υποκειμενικά παράπονα σχετικά με την επέλευση του ύπνου, τις αφυπνίσεις, την τελική αφύπνιση, τη συνολική διάρκεια ύπνου, την ποιότητα ύπνου, την ευεξία, τη λειτουργικότητα και την υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα. Το AIS μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική πρακτική για να μετρήσει αξιόπιστα την ένταση των αντιληπτών προβλημάτων που σχετίζονται με τον ύπνο από έναν συγκεκριμένο ασθενή. Βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 6 (≥ 6) υποδηλώνει την ύπαρξη αϋπνίας. Το AIS θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο. Αυτές οι ιδιότητες του AIS σε συνδυασμό με την απλότητα του, το καθιστούν ένα ανεκτίμητο ψυχομετρικό μέσο στην έρευνα του ύπνου και στην κλινική πρακτική (Soldatos et al., 2000).

Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 14 ερωτήσεις, οι οποίες ταξινομούνται σε δύο υποκλίμακες που αξιολογούν το άγχος και την κατάθλιψη (7 ερωτήσεις για την κάθε υποκλίμακα) (Zigmond & Snaith, 1983). Η HADS έχει

σταθμιστεί στα ελληνικά με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, εμφανίζει υψηλή εσωτερική συνοχή (δείκτης Cronbach's $\alpha=0,884$) και σημαντική εσωτερική και εξωτερική αξιοπιστία (Michopoulos et al., 2008). Βαθμολογία στην κάθε υποκλίμακα (Άγχους και κατάθλιψης) μεγαλύτερη ή ίση του 8 (≥ 8) υποδηλώνει την ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα.

2.3 Στατιστική Ανάλυση

Τα περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν και παρουσιάζονται ως μέσοι όροι με τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές και ως συχνότητες με επί τοις εκατό ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές. Η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών εξετάστηκε με τη χρήση του τεστ χ^2 για τις ποσοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές με τη χρήση του Student's t-test για ανεξάρτητα δείγματα ή της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για την σύγκριση περισσότερων από δύο μέσων τιμών. Όπου απαιτήθηκαν εκ των υστέρων (post-hoc) συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Tukey HSD, για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων.

Τα περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν και παρουσιάζονται ως μέσοι όροι με τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές και ως συχνότητες με επί τοις εκατό ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές. Η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών εξετάστηκε με τη χρήση του τεστ χ^2 για τις ποιοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές με τη χρήση της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA). Όπου απαιτήθηκαν εκ των υστέρων (post-hoc) συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Bonferroni, για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι ορισμένο στην τιμή $p \leq 0,05$. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Version 25.0, Armonk, NY: IBM Corp).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία ασθενών μετά από μεταμόσχευση καρδιάς, ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και υγιών μαρτύρων. Παρατηρείται ότι οι άνδρες ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες στην ομάδα των ασθενών μετά από μεταμόσχευση όσο και των ασθενών σε μηχανική υποστήριξη. Αντίθετα, συμβαίνει στις γυναίκες στην ομάδα των υγιών μαρτύρων οι οποίες είναι περισσότερες. Η ηλικία των μεταμοσχευμένων καρδιάς, έχει μεγαλύτερο μέσο όρο από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη και από τους υγιείς μάρτυρες. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις του πληθυσμού σχετικά με ποιόν διαμένουν στη φάση που βρίσκονται στη ζωής τους. Είναι φανερό από τα ποσοστά ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη, δεν μένουν μόνοι τους, αλλά με πρόσωπα του περιβάλλοντος. Αντίθετα είναι διαφορετικά τα ποσοστά διαμονής στους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιάς και μοιάζουν με τα ποσοστά των υγιών μαρτύρων. Τέλος, φαίνεται από τη διαμονή και τον αριθμό παιδιών ότι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη μένουν με την γονεϊκή οικογένεια και όχι με συντρόφους και παιδιά.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών μετά από μεταμόσχευση, ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και υγιών μαρτύρων

	Ομάδες Συμμετεχόντων		
	Ασθενείς μετά από μεταμόσχευση (N=89)	Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (N=19)	Υγιείς μάρτυρες (N=53)
Φύλο [N(%)]			
Άνδρες	66 (75,0%)	12 (63,2%)	23 (43,4%)
Γυναίκες	22 (25,0%)	7 (36,8%)	30 (56,6%)
Ηλικία (σε έτη, M±SD)	48,97±14,36	40,47±14,32	40,62±6,55
Διαμένει με [N(%)]			
Γονείς	9 (10,5%)	10 (52,6%)	3 (5,7%)
Σύζυγο	24 (27,9%)	3 (15,8%)	11 (20,8%)
Σύζυγο και παιδιά	27 (31,4%)	5 (26,3%)	24 (45,3%)
Σύντροφο	7 (8,1%)	0 (0%)	6 (11,3%)
Μόνος/η	19 (22,1%)	0 (0%)	9 (17,0%)
Άλλο	0 (0%)	1 (5,3%)	0 (0%)
Παιδιά [N(%)]			
Όχι	31 (34,8%)	11 (57,9%)	23 (43,4%)
Ναι	58 (65,2%)	8 (42,1%)	30 (56,6%)
Αριθμός Παιδιών(M±SD)	1,12±0,96	0,84±1,07	1±1,06

Με σκοπό να διερευνηθεί η πιθανή διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών μετά από μεταμόσχευση, ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και υγιών μαρτύρων ως προς την κόπωση, την αϋπνία, το άγχος και την κατάθλιψη πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών στις αντίστοιχες κλίμακες με One-way ANOVA. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Ειδικότερα, όσον αφορά στην κόπωση, βρέθηκε ότι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα τόσο από τους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση όσο και από τους υγιείς μάρτυρες, ενώ παράλληλα οι ασθενείς μετά από μεταμόσχευση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες.

Όσον αφορά στην αϋπνία, οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση, ενώ δεν βρέθηκε διαφορά με τους υγιείς μάρτυρες .

Όσον αφορά στο άγχος, οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση, ενώ δεν βρέθηκε διαφορά με τους υγιείς μάρτυρες .

Όσον αφορά στην κατάθλιψη, βρέθηκε ότι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα τόσο από τους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση όσο και από τους υγιείς μάρτυρες, ενώ παράλληλα οι ασθενείς μετά από μεταμόσχευση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες.

Πίνακας 2. Σύγκριση των μέσων τιμών ασθενών μετά από μεταμόσχευση, ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και υγιών μαρτύρων ως προς την κόπωση, την αϋπνία, το άγχος και την κατάθλιψη

	Ασθενείς μετά από μεταμόσχευση (N=89)	Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (N=19)	Υγιείς μάρτυρες (N=53)	p
Κόπωση	33,70±13,28 a	42,00±15,21 b	28,43±5,35 c	<0,001*
Αϋπνία	2,48±2,51 a	4,16±3,79 b	2,55±2,06 ab	<0,032*
Άγχος	2,98±2,62 a	4,74±3,66 b	3,72±2,15 ab	<0,020*
Κατάθλιψη	1,85±2,20 a	6,79±5,08 b	3,77±1,76 c	<0,001*

Σημειώσεις: Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές ±τυπικές αποκλίσεις One-Way ANOVA για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στις μέσες τιμές των ομάδων.

*Στατιστικά σημαντικό.

Μέσες τιμές± τυπικές αποκλίσεις με διαφορετικό δείκτη (a, b, c) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικές μεταξύ τους βάσει του ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni.

Στη συνέχεια, με σκοπό την αναγνώριση κλινικών περιπτώσεων κόπωσης, αϋπνίας, άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν οι διαχωριστικές τιμές (cutoff) των αντίστοιχων κλιμάκων (Πίνακας 3).

Παρατηρείται ότι η πλειονότητα των ασθενών σε μηχανική υποστήριξη (63,2%) παρουσιάζει κόπωση και μάλιστα σε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (39,3%), ενώ παράλληλα το αντίστοιχο ποσοστό στους υγιείς μάρτυρες είναι πολύ χαμηλότερο (5,7%).

Οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (21,1%), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αϋπνίας από τους μεταμοσχευμένους (11,2%) και τους υγιείς μάρτυρες (7,5%), ωστόσο η διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Παρατηρείται ότι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά άγχους (26,3%) σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους (6,7%) και υγιείς μάρτυρες (7,5%) οι οποίες έχουν παρόμοια επίπεδα άγχους.

Τέλος, υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάζουν οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (31,6%) σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους (3,4%) και μάρτυρες (3,8%) που είναι ιδιαίτερος χαμηλά.

Πίνακας 3. Σύγκριση των ασθενών μετά από μεταμόσχευση, ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και υγιών μαρτύρων ως προς την κόπωση, την αϋπνία, το άγχος και την κατάθλιψη

	Ασθενείς μετά από μεταμόσχευση (N=89)	Ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη (N=19)	Υγιείς μάρτυρες (N=53)	p
Κόπωση (≥ 36)	35 (39,3%)	12 (63,2%)	3 (5,7%)	<0,001*
Αϋπνία (≥ 6)	10 (11,2%)	4 (21,1%)	4 (7,5%)	0,277
Άγχος (≥ 8)	6 (6,7%)	5 (26,3%)	4 (7,5%)	0,028*
Κατάθλιψη (≥ 8)	3 (3,4%)	6 (31,6%)	2 (3,8%)	<0,001*

Σημειώσεις: Οι τιμές παρουσιάζονται ως Συχνότητα (Ποσοστό).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κόπωση, η αυπνία, το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιάς και καρδιολογικούς ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι άνδρες νοσούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου, γεγονός που μαρτυρούν και έρευνες, ότι τα καρδιολογικά νοσήματα προσβάλουν ιδιαίτερος τον ανδρικό πληθυσμό. Επίσης για τις γυναίκες αναφέρει η έρευνα των Mats Hallgren και Thi-Thuy- Dung Nguyen ότι έχουν μεγαλύτερη επιβίωση αλλά χειρότερη ποιότητα ζωής, γεγονός που συνδέεται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν για να γίνουν μητέρες.

Η μέση ηλικία όσων υποβάλλονται σε μεταμόσχευση καρδιάς μεγαλώνει και εξηγείται αφού ο άρρωστος πρώτα περνά από διάφορα στάδια μέχρι να φτάσει να μεταμοσχευθεί με ιδιαίτερη καθυστέρηση στην δωρεά οργάνου (καρδιακή ανεπάρκεια- φαρμακευτική αγωγή- μηχανική υποστήριξη- λίστα αναμονής και τέλος μεταμόσχευση). Επομένως, μεγαλώνει ηλικιακά η ομάδα των μεταμοσχευμένων, γι' αυτό και ξεπερνά τα άλλα ηλικιακά ευρήματα.

Οι άρρωστοι που υποβάλλονται σε μηχανική υποστήριξη δεν μπορούν να μείνουν μόνοι τους, διότι οι ανάγκες τους, δεν τους επιτρέπουν αυτονομία. Εξαρτώνται ιδιαίτερα από τα πρόσωπα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Αντίθετα, όταν υποβάλλονται στη μεταμοσχευτική διαδικασία, μοιάζει να μπαίνουν σε μια κανονικότητα που φέρνει ίδια ποσοστά αυτονομίας με τους υγιείς μάρτυρες. Παρατηρώντας από κοντά τους ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη και συζητώντας μαζί τους, εκφράζουν μια έντονη δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης και αυτονομίας. Αναφέρθηκαν δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης, γεγονός που δεν επιτρέπει την αυτονομία τους. Χρειάζονται την φροντίδα των οικείων. Γι' αυτό σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει, η ποιότητα ζωής των ασθενών με μηχανική υποστήριξη είναι κακή. Είναι πιθανόν, σύμφωνα με τους ερευνητές Helito RA και Branco JN, να είναι χειρότερη από ό, τι σε άλλες πιο κοινές νοσηρές οντότητες.

Οι άρρωστοι που βρίσκονται στο μηχάνημα VAD δεν έχουν προχωρήσει τη ζωή τους σε γάμο, συντρόφους και παιδιά. Αντίθετα όσοι έχουν μεταμοσχευθεί, έχουν προχωρήσει σε προσωπικό επίπεδο τη ζωή τους. Το ίδιο συμβαίνει και στους

υγιείς μάρτυρες. Σύμφωνα με την έρευνα των White Willians C και Grady KL, είναι σημαντική για την καρδιαγγειακή υγεία η κοινωνική υποστήριξη, γι' αυτό και οι παντρεμένοι που είναι σε υψηλότερα ποσοστά μεταμοσχευμένοι παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, αϋπνίας, κόπωση και άγχος.

Σύμφωνα με συγχρονικές και αναδρομικές μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται να υπάρχει τεράστια ψυχολογική δυσφορία κατά τη διάρκεια της περιόδου αναμονής για μεταμόσχευση. Σύμφωνα με την έρευνα των Tüpfel S και Lowe B, που μελέτησαν ίδιο πληθυσμό σε δυο χρόνους, βρήκαν ότι η αναμονή αύξησε υποκειμενικά φυσικά συμπτώματα, συρρίκνωσε τις κοινωνικές δραστηριότητες και αύξησε την κατάθλιψη. Γεγονός που τεκμηριώνει και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ότι δηλαδή οι πιο επιβαρυνμένοι σε κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία και κόπωση, είναι οι ασθενείς στο μηχανήμα. Επομένως οι ασθενείς που παρουσιάζουν μεγάλα παθολογικά προβλήματα, αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση, βιώνουν κατάθλιψη, ζουν έντονο στρες και δυσκολεύονται στον ύπνο.

Στην έρευνα των Pfeifer PM και Ruschel PP, προέκυψε ότι τα ψυχολογικά προετοιμασμένα άτομα, χρησιμοποιούν ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας και κόπωσης των αρρώστων σε μηχανική υποστήριξη, που βρέθηκαν στην έρευνά μας, μαρτυρούν την ανάγκη αυτή.

Η έρευνα των Caine και Sharples, που μέτρησαν την ποιότητα που σχετίζεται με την υγεία πριν και μετά τη μεταμόσχευση, βρήκαν ότι όσοι ασθενείς βρίσκονταν στην αναμονή, με την πάροδο του χρόνου, αυξάνονταν τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, αντίθετα, όσοι μεταμοσχεύθηκαν, τα ποσοστά μειώνονταν και με την πάροδο του χρόνου έπεφταν σε επίπεδο υγιών μαρτύρων. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην έρευνα μας με τα αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών προβλημάτων στους ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη. Αυτή η συνεχιζόμενη βελτίωση, δείχνει πόσο σημαντική είναι η μεταμόσχευση όχι μόνο για τη σωματική υγεία των αρρώστων, αλλά και για την ψυχική τους υγεία.

Κλείνοντας, αντίθετα ποσοστά κατάθλιψης παρατηρήθηκαν σε άλλες έρευνες που έγιναν σε μεταμοσχευμένους καρδιάς από τη δική μας. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Spaderna H και Zittermann A (2017) συσχετίστηκε το ποσοστό κατάθλιψης των μεταμοσχευμένων με τον κίνδυνο θανάτου. Στην έρευνα των Milaniak I και Wilczek- Ruzyczka E (2017), οι μισοί είχαν κατάθλιψη, το 30% άγχος

και μεγάλη συνοσηρότητα που σχετίζεται με ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων. Το ίδιο υψηλό εύρημα κατάθλιψης, βρέθηκε και στην έρευνα των Trenzani FB και Miyazaki MCOS (2017). Το διαφορετικό εύρημα των μεταμοσχευμένων καρδιάς στη δική μας Χώρα, αποτελεί ξεχωριστό ενδιαφέρον και χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

Μεταξύ των πλεονεκτημάτων της παρούσας έρευνας ήταν η επιλογή του πληθυσμού καθώς δεν έχει μελετηθεί στην ελληνική βιβλιογραφία και έρευνα, με ελάχιστες αναφορές στην παγκόσμια κοινότητα. Τέλος, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον στην έρευνα είναι ότι έχει καταγραφεί σχεδόν όλος ο πληθυσμός ασθενών σε μηχανική υποστήριξη και μετά από μεταμόσχευση, οπότε αυξάνει στο μέγιστο την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Βιβλιογραφία

- Albus C, Ladwig KH. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases. *Dtsch Med Wochenschr.* 2014 Mar;139(12):596-601. doi: 10.1055/s-0033-1360102.
- Bakalidou D, Skordilis E, Giannopoulos S, Stamboulis E, Voumvourakis K. Validity and reliability of the FSS in Greek MS patients. *Springer plus.* 2013; 2: 304
- Bunzel B, Laederach- Hofmann K. Posttraumatic stress disorder after implantation of a mechanical assist device followed by heart transplantation: evaluation of patients and partners. *Transplant Proc.* 2005 Mar;37(2):1365-8.
- Bunzel B, Laederach- Hofman K. Mechanical circulatory support as a bridge to heart transplantation: What remains? Long-term emotional sequelae in patients and spouses. *J Heart Lung Transplant.* 2007 Apr;26(4):384-9.
- De Jeu JH, Pedersen SS. Development of the Rotterdam Quality of Life Questionnaire for Heart Transplant Recipients. *Neth Heart J.* 2003 Aug;11(7-8):289-293.
- Dew M A, Robert L. Quality of Life Outcomes After Heart Transplantation in Individuals Bridged to Transplant With Ventricular Assist Devices. *J Heart Lung Transplant.* 2001 Nov;20(11):1199-212.
- Dew MA, Roth LH. Prevalence and predictors of depression and anxiety- related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 Nov;18(6 Suppl):48S-61S.
- Dew MA, Kormos RL. Early post- transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant.* 1999 Jun;18(6):549-62.
- Dew MA, Kormos RL. Prevalence and risk of depression and anxiety- related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics.* 2001 Jul-Aug;42(4):300-13.
- Dew MA, Myaskovsky L. Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychol Med.* 2004 Aug;34(6):1065-82.
- Einsle F, Kraft D. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology— which diagnostic tools should be used? *J Psychosom Res.* 2012 Jun;72(6):434-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.02.008. Epub 2012 Mar 28.

- Favaro A, Gerosa G. Post traumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;33(1):1-7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.10.001.
- Gotzmann L, Schnyder U . Posttraumatic stress disorder (PTSD) after heart transplant: the influence of earlier loss experiences on posttransplant flashbacks. *Am J Psychother*. 2002;56(4):562-7.
- Gries CJ, Dew MA. Nature and correlates of post-traumatic stress symptomatology in lung transplant recipients. *J Heart Lung Transplant*. 2013 May;32(5):525-32. doi: 10.1016/j.healun.2013.01.1046
- Hategan A, Nelson C. Heart transplant, social support, and psychiatric sequelae: a 10-year follow-up clinical case review. *Psychosomatics*. 2008 Jan-Feb;49(1):39-41. doi: 10.1176/appi.psy.49.1.39.
- Ispector Y, Kutz I. Another person's heart: magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2004;41(3):161-73.
- Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67(6):361-70
- Kaba E, Thompson D. R. Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *J Adv Nurs*. 2000 Oct;32(4):930-6
- Kaba E, Thompson DR. Somebody else's heart inside me : a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues Ment Health Nurs*. 2005 Jul;26(6):611-25.
- Kollner V, Einsle F. The influence of anxiety, depression and post traumatic stress disorder on quality of life after thoracic organ transplantation. *Z Psychosom Med Psychother*. 2003;49(3):262-74.
- Krupp L, Alvarez L, La Rocca N, Scheinberg L. Fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 1988; 45:435-437
- Krupp L, Pollina D. Mechanisms and management of fatigue in progressive neurological disorders. *Curr Opin Neurol*. 1996; 9:456-460
- Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemis G, Fineti K, Patapis P, Protopapas K, Lykouras L. Hospital Anxiety and

- Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*. 2008; 7:4
- Milaniak I, Wilczek-Rużyczka E. The effect of clinical variables on distress and depressive symptoms among heart transplant recipients. *Heart Lung*. 2018 Jan - Feb;47(1):68-72. doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.09.008.
- Mintzer LL, Stuber ML. Traumatic stress symptoms in adolescent organ transplant recipients. *Pediatrics*. 2005 Jun;115(6):1640-4.
- Soldatos C, Dikeos D, Paparrigopoulos T. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 2000; 48(6):555-560
- Spaderna H, Zittermann A, Role of Depression and Social Isolation at Time of Waitlisting for Survival 8 Years After Heart Transplantation. *J Am Heart Assoc*. 2017 Nov 29;6(12). pii: e007016. doi: 10.1161/JAHA.117.007016
- Stukas A. A, JR. PTSD in Heart Transplant Recipients and Their Primary Family Caregivers. *Psychosomatics*. 1999 May-Jun;40(3):212-21
- Supelana C, Annunziato RA. PTSD in solid organ transplant recipients: Current understanding and future implications. *Pediatr Transplant*. 2016 Feb;20(1):23-33. doi: 10.1111/petr.12628. Epub 2015 Dec 9
- Trevizan FB, Miyazaki MCOS. Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2017 May-Jun;32(3):162-170. doi: 10.21470/1678-9741-2017-0029.
- Αντωνίτσης Πολυχρόνης, Αναστασιάδης Κυριάκος. Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής, Μηχανική Υποστήριξη του Κυκλοφορικού, 2014.
- Σαρρής Γεώργιος. Η Μεταμόσχευση καρδιάς- πνευμόνων: σημερινή πραγματικότητα και μελλοντικές προοπτικές, σελ 53- 61, 2002.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο μεταμοσχευμένων καρδιάς και μηχανικής υποστήριξης VAD

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομάζομαι Τσιμπούκα - Κέπεντζη Άννα, είμαι Κοινωνική Λειτουργός- Συστημική Ψυχοθεραπεύτρια και ολοκληρώνω το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η έρευνα στην οποία θα συμμετάσχετε, εφόσον συμφωνήσετε, αποτελεί τμήμα της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική αντίδραση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς και αυτών που βρίσκονται σε μηχανήματα υποστήριξης. Η γνώση που θα προκύψει μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην παροχή καλύτερης, εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας.

Θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι οι πληροφορίες που δίνετε είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Το όνομά σας δεν θα χρησιμοποιηθεί και δε θα κοινοποιηθεί. Η συμμετοχή σας είναι εμπιστευτική.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να την διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή. Κατά τη διάρκεια της συμμετοχής σας σε αυτή την έρευνα, δεν θα αντιμετωπίσετε κανέναν σωματικό, ψυχικό, οικονομικό ή οποιουδήποτε άλλου είδους κίνδυνο. Δεν θα έχετε κανένα οικονομικό κόστος κατά τη συμμετοχή σας στην έρευνα και δεν θα λάβετε καμία χρηματική αμοιβή για τη συμμετοχή σας σε αυτήν. Εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα, πιθανόν να μην προκύψει άμεσο όφελος για εσάς, ωστόσο οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της φροντίδας και στην καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών εκείνων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταμοσχευμένων καρδιάς- πνεύμονα και όσων ασθενών είναι σε μηχανήματα υποβοήθησης.

Θα ήθελα επίσης να σας παρακαλέσω να συμπληρώσετε όλα τα ερωτηματολόγια και τις ερωτήσεις τους που σας δώσαμε. Συνήθως, είναι πιο εύκολο να αφιερώσει κανείς λίγο χρόνο για να συμπληρώσει όλα τα ερωτηματολόγια μαζί και φυσικά να απαντήσει όπως εκείνος νομίζει. Δεν χρειάζεται να λάβετε τη γνώμη κάποιου άλλου. Δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση, μόνο ό,τι εσείς πιστεύετε.

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

Με εκτίμηση,

Τσιμπούκα- Κέπεντζη Άννα

Αν υπάρχουν επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως:

Τσιμπούκα- Κέπεντζη Άννα

Κινητό: 6948528184 , e- mail: anniegr@windowslive.com

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλώ σημειώστε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει:

ΦΥΛΟ

Άρρεν

Θήλυ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ελεύθερος/η

Σε σχέση

Έγγαμος/η

Σε διάσταση

Διαζευγμένος

Χήρος/α

ΜΕΝΩ ΜΕ:

Γονείς

Σύζυγο

Σύζυγο και παιδιά

Σύντροφο

Μόνος

Άλλο.....

ΠΑΙΔΙΑ:

ΝΑΙ Αν ναι, πόσα;.....

ΟΧΙ

ΗΛΙΚΙΑ

Παρακαλώ σημειώστε την ηλικία σας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

.....

.....

.....

.....

.....

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από δηλώσεις σχετικές με την κόπωσή σας. Με τον όρο κόπωση εννοούμε μια αίσθηση κούρασης, έλλειψης ενεργητικότητας ή γενικής εξάντλησης.

Παρακαλούμε διαβάστε κάθε δήλωση και επιλέξτε έναν αριθμό το 1 έως το 7, όπου ο αριθμός **1 δηλώνει ότι διαφωνείτε απόλυτα** με τη δήλωση και ο αριθμός **7 ότι συμφωνείτε απόλυτα**. Παρακαλούμε απαντήστε σε αυτές τις ερωτήσεις λαμβάνοντας υπόψη το πώς αισθανόσασταν τις τελευταίες ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.

Κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την απάντησή σας, σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

	Διαφωνώ						Συμφωνώ
	Απόλυτα						Απόλυτα
1. Η διάθεσή μου μειώνεται όταν κουράζομαι	1	2	3	4	5	6	7
2. Η σωματική άσκηση μου αυξάνει την κούραση	1	2	3	4	5	6	7
3. Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4	5	6	7
4. Η κούραση με επηρεάζει αρνητικά στις σωματικές μου δραστηριότητες (πχ. δουλειές στο σπίτι)	1	2	3	4	5	6	7
5. Η κούραση συχνά μου προκαλεί προβλήματα	1	2	3	4	5	6	7
6. Η κούραση με εμποδίζει να καταπιάνομαι για ώρα με σωματική δραστηριότητα (πχ. ψώνια, δουλειές στο σπίτι)	1	2	3	4	5	6	7
7. Η κούραση με επηρεάζει αρνητικά να ανταπεξέλθω στα καθήκοντα και στις υποχρεώσεις μου	1	2	3	4	5	6	7
8. Η κούραση είναι ένα από τα τρία βασικά συμπτώματα που με δυσκολεύουν σοβαρά στην καθημερινή μου ζωή	1	2	3	4	5	6	7
9. Η κούραση με επηρεάζει αρνητικά στη δουλειά, στην οικογένεια και στο κοινωνικό μου περιβάλλον	1	2	3	4	5	6	7
10. Η διάθεσή μου μειώνεται όταν κουράζομαι	1	2	3	4	5	6	7

Παρακαλώ διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα **και κυκλώστε την πρόταση** η οποία είναι πλησιέστερη στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει αυτό το χρονικό διάστημα.

Θεωρείτε ότι υποφέρετε από αϋπνία; ΟΧΙ ΝΑΙ

1. Επέλευση ύπνου

Πολύ γρήγορη
Ελαφρώς καθυστερημένη
Καθυστερημένη
Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

2. Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας

Κανένα πρόβλημα
Μικρό πρόβλημα
Μέτριο πρόβλημα
Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

3. Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο

Στον επιθυμητό χρόνο
Λίγο ωρύτερα
Αρκετά αργότερα
Πολύ ωρύτερα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

4. Συνολική διάρκεια ύπνου

Επαρκής
Μάλλον ανεπαρκής
Ανεπαρκής
Πολύ ανεπαρκής ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

5. Ποιότητα ύπνου

Ικανοποιητική
Μέτρια
Μη ικανοποιητική
Κακή

6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης
Ελαφρώς μειωμένη
Αρκετά μειωμένη
Πολύ μειωμένη ή απύουσα

7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα

Πλήρης
Ελαφρώς μειωμένη
Αρκετά μειωμένη
Πολύ μειωμένη ή απύουσα

8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα

Καμία
Ελαφρά
Μέτρια
Έντονη

Τα παραπάνω μου συμβαίνουν.....φορές την εβδομάδα.

Παρακαλώ διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και **κυκλώστε την πρόταση** η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

1. Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος

Τον περισσότερο καιρό
Πολύ καιρό
Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
Καθόλου

2. Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω

Σαφέστατα στον ίδιο βαθμό
Όχι στον ίδιο βαθμό
Λίγο μόνο
Καθόλου

3. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί.

Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
Ελάχιστα, αλλά δε μ' ανησυχεί
Καθόλου

4. Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων

Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα
Μάλλον όχι τόσο όπως στο παρελθόν
Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ
Καθόλου

5. Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου

Πάρα πολύ καιρό
Πολύ καιρό
Όχι τόσο συχνά
Πολύ λίγο

6. Νιώθω κεφάλτος

Ποτέ
Όχι συχνά
Μερικές φορές
Τον περισσότερο καιρό

7. Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος

Ακριβώς
Συνήθως
Όχι συχνά
Καθόλου

8. Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου

Σχεδόν όλο τον καιρό
Πολύ συχνά
Μερικές φορές
Καθόλου

9. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου

Καθόλου
Περιστασιακά
Αρκετά συχνά
Πολύ συχνά

10. Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου

Ακριβώς
Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
Την φροντίζω όπως πάντοτε

11. Νιώθω νευρικός και ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι

Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
Καθόλου

12. Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα

Τόσο όπως και στο παρελθόν
Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
Σίγουρα λιγότερο από όσο συνήθιζα
Καθόλου

13. Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού

Πράγματι πολύ συχνά
Αρκετά συχνά
Όχι τόσο συχνά
Καθόλου

14. Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα

Συχνά
Μερικές φορές
Όχι συχνά
Πολύ σπάνια