



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
ΕΡΜΙΟΝΗ ΣΥΚΚΑ (Α.Μ.: 20170545)

ΤΙΤΛΟΣ
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Μέλη Επιτροπής:

Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α., Γουρνέλλης Ρωσσέτος, Επιβλέπων

Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α, Δουζένης Αθανάσιος

Καθηγητής Καρδιολογίας/ Επείγουσας Ιατρικής Ε.Κ.Π.Α., Παρίσης Ιωάννης

Αθήνα, 2021

Ευχαριστίες

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου και διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος, κύριο Ρωσσέτο Γουρνέλλη, καθώς και τον κύριο Δουζένη Αθανάσιο, μέλος της τριμελούς επιτροπής και Διευθυντή της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του Π.Γ.Ν «Αττικόν». Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κύριο Παρίση Ιωάννη για την πολύτιμη συνεργασία του κατά τη διαδικασία ανεύρεσης του δείγματος της παρούσας εργασίας από το Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας στο Π.Γ.Ν «Αττικόν», το οποίο διευθύνει, καθώς και όλο το προσωπικό. Θερμά θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Παπαδοπούλου Αθανασία, Επιμελήτρια του Τμήματος Διασυνδευτικής Ψυχιατρικής της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και γνώση.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Ευσταθίου Βασιλική για την σημαντική επιστημονική αρωγή της στην ολοκλήρωση της εργασίας, αλλά και την κυρία Μαρκόγλου Ευαγγελία για την βοήθειά της στην επίλυση πρακτικών ζητημάτων. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου, οι οποίοι με στήριξαν σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος με κάθε τρόπο.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
1.Εισαγωγή	6
2.Σκοπός	12
3.Μέθοδος.....	12
3.1 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.....	12
3.2 Συμμετέχοντες... ..	13
3.3 Ψυχομετρικά εργαλεία	13
3.4 Στατιστική ανάλυση... ..	15
4.Αποτελέσματα.....	16
5.Συζήτηση.....	21
6.Περιορισμοί	27
7.Συμπεράσματα	28
Βιβλιογραφικές παραπομπές	29
Παράρτημα	35

Περίληψη

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια, μια χρόνια νόσος, που προσβάλλει σημαντικό τμήμα του γενικού πληθυσμού και έχει μεγάλη κοινωνικό-οικονομική επιβάρυνση, έχει συνδεθεί με διαταραχές άγχους και κατάθλιψης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, η διερεύνηση καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και η σύγκρισή τους με υγιείς μάρτυρες, καθώς και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισής τους με τη διάρκεια της νόσου.

Μέθοδος: Συμμετείχαν 40 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και 40 υγιείς μάρτυρες. Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου με κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά στοιχεία. Για την μελέτη της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χορηγήθηκε η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), ενώ για την μελέτη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή χορηγήθηκε η κλίμακα Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).

Αποτελέσματα: Το δείγμα μας αποτελούνταν κατά 56.3% από άνδρες μέσης ηλικίας 60.84 ± 14.85 ετών και κατά 43.8% από γυναίκες 55.6 ± 18.13 ετών. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν τα 6.68 ± 5.69 έτη για τους άνδρες και τα 7.13 ± 8.14 έτη για τις γυναίκες. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά πιο ήπια ελάττωση του κλάσματος εξώθησης και σημείωσαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους. Σύμφωνα με το MMAS-8, το 62.5% των ασθενών έχει υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ μόλις το 32.5% έχει χαμηλή συμμόρφωση. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς είχαν στατιστικώς σημαντική μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με

του υγιείς μάρτυρες. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας μεταξύ των ασθενών και των υγιών μαρτύρων. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της διάρκειας της νόσου, καθώς παρατηρήθηκε και αρνητική συσχέτιση της διάρκειας της νόσου με την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζουν συχνότερα καταθλιπτική συμπτωματολογία από ότι ο γενικός πληθυσμός, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται στην εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας. Επίσης, υπάρχει αρνητική συσχέτιση της διάρκειας της νόσου με τα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και με την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω διερεύνηση, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ τους, αλλά και να αποτελέσει χρήσιμη γνώση στη κλινική πρακτική.

Λέξεις κλειδιά: άγχος, κατάθλιψη, συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, καρδιακή ανεπάρκεια, HADS, MMAS

1. Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα, συχνές νοσηλείες, χαμηλή ποιότητα ζωής, πολλαπλές συννοσηρότητες και από ένα πολύπλοκο θεραπευτικό σχήμα (Albert, Boehmer, & Collins, 2010). Η καρδιακή ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται ως μια χρόνια εξασθένιση της καρδιακής λειτουργίας που τυπικά χαρακτηρίζεται από δύσπνοια, οίδημα ή κόπωση. Συνδέεται με κακή λειτουργία και μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, καθώς και με συχνές νοσηλείες και υψηλό κόστος περίθαλψης, η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σοβαρό βάρος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Coelho, 2005; Chen, 2011). Η θνησιμότητα παραμένει υψηλή παρά την πρόοδο της θεραπείας, με περίπου το 50% των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια να πεθαίνουν εντός πέντε ετών από την διάγνωση (Abozguia, 2009).

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια κλινική κατάσταση όπου η καρδιά δεν μπορεί να αντλήσει αρκετό αίμα για να καλύψει τις ανάγκες του σώματος. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια συχνά προκαλείται από την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη ή από τη στεφανιαία νόσο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι 5.8 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ενώ 26 εκατομμύρια πάσχουν σε όλο το κόσμο. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί την πιο συχνή αιτία για την οποία άτομα 65 ετών και άνω νοσηλεύονται (Cleland, Gemmellb, Khandc, & Broddy, 1999).

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί το τελικό στάδιο πολλών ασθενειών της καρδιάς. Ωστόσο, οι εκδηλώσεις της είναι δύσκολο να διαγνωσθούν με ακρίβεια. Πολλά από τα χαρακτηριστικά της δεν είναι εξειδικευμένα σε όργανα και μπορεί να υπάρχουν λίγα σημάδια ή συμπτώματα νωρίς στη διαδικασία της νόσου (Bui, Horwich, & Gregg, 2010).

Το κλινικό σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να οφείλεται σε πολλά αίτια και η ανάδειξη της υποκείμενης καρδιακής αιτίας αποτελεί προτεραιότητα εξαιρετικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου. Συγκεκριμένα, η καρδιακή ανεπάρκεια προκαλείται από την απώλεια μια κρίσιμης ποσότητας οφειλόμενων μυοκαρδιακών κυττάρων μετά από τραυματισμό στην καρδιά εξαιτίας διαφόρων αιτιών. Οι πιο κοινές αιτίες είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, υπέρταση και διαβήτης (Roger, et al., 2011; Kemp & Conte, 2012). Τα τρία τέταρτα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν προϋπάρχουσα υπέρταση και αυτός ο παράγοντας κινδύνου διπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας σε σύγκριση με νορμοτασικούς ασθενείς (Lloyd-Jones, 1999). Λιγότερες κοινές αιτίες της καρδιακής ανεπάρκειας κατά φθίνουσα συχνότητα είναι καρδιακομυοπάθειες, λοιμώξεις (πχ. ιογενείς μυοκαρδίτιδα, ασθένεια Cha-gas), τοξίνες (πχ. αλκόολ, κυτταροτοξικά φάρμακα), βαλβιλαμιδάση και παρατεταμένες αρρυθμίες (Kemp & Conte, 2012).

Αναφορικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας, είναι το αποτέλεσμα των κλινικών επακόλουθων ανεπαρκών CO και της έλλειψης αποτελεσματικής επιστροφής (American Heart Association Heart Failure, 2011). Η δύσπνοια, ο βήχας και ο συριγμός οφείλονται σε αυξημένη πίεση στο πνευμονικό τριχοειδές υπόστρωμα λόγω της μη αποτελεσματικής ροής προς τα εμπρός από την αριστερή κοιλία. Το οίδημα χαμηλής ξηρότητας, καθώς και ο ασκίτης, εμφανίζονται όταν ο κροταφικός δεν είναι σε θέση να

αντιμετωπίσει την συστηματική φλεβική επιστροφή. Η κόπωση είναι κοινή, καθώς η καρδιά που αποτυγχάνει και δεν μπορεί να διατηρήσει αρκετή CO για να καλύψει τις μεταβολικές ανάγκες του σώματος και να διατηρήσει τη ροή αίματος στη καρδιά και τον εγκέφαλο. Ναυτία και έλλειψη όρεξης μπορεί επίσης να συμβεί καθώς το αίμα μετατοπίζεται από τον γαστρεντερικό σωλήνα στα πιο ζωτικά όργανα. Αίσθημα παλμών μπορεί να συμβεί, καθώς η αποτυχημένη καρδιά προσπαθεί να προσαρμοστεί στην έλλειψη ροής με ταχύτερο καρδιακό ρυθμό (Kemp & Conte, 2012).

Σε παθοφυσιολογικό επίπεδο η καρδιακή ανεπάρκεια δεν οφείλεται αποκλειστικά σε νέκρωση του μυοκαρδίου και σε αιμοδυναμικές διαταραχές αλλά είναι μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, νευρο-ορμονικών, φλεγμονωδών και βιοχημικών παραγόντων. Η καρδιακή δυσλειτουργία συνοδεύεται από αιμοδυναμικές και νευρο-ορμονικές αλλαγές, οι οποίες στα αρχικά στάδια λειτουργούν ως αντιροπιστικοί μηχανισμοί για τη διατήρηση της ικανοποιητικής καρδιακής παροχής και αρτηριακής πίεσης, όπως η ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης- αγγειτανσίνης- αλδοστερόνης, αυξημένη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης και φλεγμονή. Σταδιακά ωστόσο η παρατεταμένη ενεργοποίηση των μηχανισμών αυτών οδηγεί σε επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας καθώς και δυσλειτουργία άλλων οργάνων (Zarrinkoub, Wettermark, Wandell, & Mejhert, 2013; Ponikowski & al., 2016). Μολονότι σε ορισμένους ασθενείς παρατηρείται το κλινικό σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας ωστόσο δεν υπάρχει ανιχνεύσιμη ανωμαλία της συστολικής μυοκαρδιακής λειτουργίας. Υπάρχει σημαντικός αριθμός κλινικών καταστάσεων, όπου η καρδιά υπερφορτώνεται οξέως (πχ. οξεία ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας λόγω λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας), προκαλώντας εικόνα ανεπάρκειας με φυσιολογική

μυοκαρδιακή λειτουργία. Επίσης καταστάσεις όπως η στένωση της μιτροειδούς ή της τριγλώχινας βαλβίδας και η συμπιεστική περικαρδίτιδα επηρεάζοντας την καρδιακή πλήρωση, είναι δυνατόν να προκαλέσουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με φυσιολογική μυοκαρδιακή λειτουργία (τουλάχιστον στα αρχικά στάδια) (Colucci & Braunwald, 2001).

Η καρδιακή ανεπάρκεια ανάλογα με τη ταχύτητα εγκατάστασης διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα σύνδρομο που εξελίσσεται και συχνά συνοδεύεται από παροξύνσεις, με οξεία επιδείνωση των συμπτωμάτων. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια αφορά ασθενείς με αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων και σημείων καρδιακής ανεπάρκειας, χωρίς προηγούμενο ιστορικό της νόσου και με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία. Επιπρόσθετα, η καρδιακή ανεπάρκεια ανάλογα με τη καρδιακή κοιλότητα που επηρεάζει διακρίνεται σε αριστερή, δεξιά και ολική (Anon, 1996).

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια οφειλόμενη σε δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες : σε αυτούς με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (<40%), γνωστή ως συστολική καρδιακή ανεπάρκεια (διαταραχή της κοιλιακής σύσπασης και εκτίναξη) και σε αυτούς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (>50%), γνωστή ως διαστολική καρδιακή ανεπάρκεια (διαταραχή της αποδέσμευσης και κοιλιακή πλήρωση). Ως κλάσμα εξώθησης ορίζεται η ποσότητα του αίματος που αντλείται από την καρδιακή κοιλότητα. Παρόλο που υπάρχουν πολλές αιτιολογίες της καρδιακής ανεπάρκειας, μερικές τείνουν να επηρεάζουν δυσκολότερα τη συστολική διαστολική λειτουργία, αν και το 70 % των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια έχει συστηματική συστολική δυσλειτουργία σε σύγκριση με το 30% με διαστολική δυσλειτουργία (Lilly, 2011). Επιπλέον, οι περισσότεροι ασθενείς με συστολική δυσλειτουργία έχουν επίσης ένα συστατικό διαστολικής λειτουργίας.

Η κύρια αιτία συστολικής δυσλειτουργίας είναι η απώλεια λειτουργικού μυοκαρδίου λόγω ισχαιμικής νόσου και φλεγμονής. Η ανεξέλεγκτη υπέρταση που οδηγεί σε υπερφόρτωση υπερβολικής πίεσης είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας. Όγκος υπερφόρτωσης στην βαλβιδική ανικανότητα και εξασθένιση συσταλτικότητας από καρδιοτοξίνες και τα καρδιοτοξικά φάρμακα αποτελούν επιπλέον σημαντικούς παράγοντες. Επίσης, η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας προκαλεί αύξηση της ποσότητας του αίματος στην κυψελίδα και κατά συνέπεια αύξηση των δύο τελικών συστολικών και μη-διαστολικών όγκων. Αυτό οδηγεί με τη σειρά του οδηγεί σε αύξηση της LVend-διαστολικής πίεσης η οποία προκαλεί αυξήσεις στις εισπνοές των κοιλιακών πιέσεων που με τη σειρά τους οδηγούν σε αύξηση της πίεσης των τριχοειδών στους πνεύμονες. Αυτή η αυξημένη πίεση στους πνεύμονες εξαναγκάζει το υγρό από τα πνευμονικά τριχοειδή αγγεία και οδηγεί σε πνευμονική συμφόρηση και το κύριο κλινικό σύμπτωμα της δύσπνοιας (Kemp & Conte, 2012).

Η πιο συνηθισμένη αιτία της ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας (RV) είναι η ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας (LV). Καθώς η δεξιά κοιλιά αποτυγχάνει, υπάρχει μια παρόμοια αύξηση της ποσότητας αίματος στη κοιλία, η οποία οδηγεί σε αυξημένη δεξιά κοιλιακή πίεση και αυξημένη πίεση στο σύστημα κοιλών των φλεβών που παρεμποδίζει την φλεβική αποβολή από το σώμα. Αυτό οδηγεί σε αυξημένη πίεση στο ήπαρ, στο γαστρεντερικό σωλήνα και στα κάτω άκρα και στα κλινικά σημεία και συμπτώματα του κοιλιακού άλγους, της ηπατομεγαλίας και του περιφερικού οιδήματος (Kemp & Conte, 2012).

Οι ψυχιατρικές ασθένειες είναι διαδεδομένες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και προηγούμενες μελέτες υποδηλώνουν ότι αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε αρνητικά αποτελέσματα υγείας και καρδιαγγειακής λειτουργίας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Κατάθλιψη και διαταραχές άγχους-

συμπεριλαμβανομένης της της γενικευμένης διαταραχής άγχους (GAD), της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) και της διαταραχής πανικού- είναι οι πιο κοινές ψυχιατρικές καταστάσεις σε αυτούς τους ασθενείς (Celano, Villegas, Albanese, Gaggin, & Huffman, 2018).

Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη και εξέλιξη της καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων καρδιαγγειακών παθήσεων. Σε μια πρόσφατη προοπτική μελέτη περίπου 2 εκατομμυρίων υγείων ενηλίκων, η κατάθλιψη (που καθορίστηκε από τη διάγνωση της κατάθλιψης ή της συνταγογράφηση ενός αντικαταθλιπτικού) συσχετίστηκε μελλοντικά με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας κατά 18% κατά τη διάρκεια των επόμενων 7 ετών, ακόμη και μετά τον έλεγχο για άλλους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (Daskalopoulou, et al., 2016).

Σε ασθενείς με διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, η διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί επίσης έναν κακό προγνωστικό δείκτη. Σε αυτή την ομάδα, τόσο τα αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν προοπτικά συνδεθεί με συχνές νοσηλείες, υποτροπιάζοντα καρδιακά επεισόδια και θνησιμότητα (Rutledge, 2006; Diez-Quevedo & al., 2012).

Αρκετοί παράγοντες υπογραμμίζουν τη σημασία ταυτοποίησης των διαταραχών άγχους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Πρώτον, το άγχος έχει συσχετιστεί με κακή υγεία της καρδιάς και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με καρδιακή ανεπάρκεια (Roest, Zuidersma, & de Jonge, 2012; Celano & al., 2015; Roest, Martens, Denollet, & De Jonge, 2010).

Παρομοίως, σε ασθενείς με ή χωρίς καρδιακή νόσο, οι αγχώδεις διαταραχές όπως GAD, PTSD, και οι κρίσεις πανικού/ διαταραχή πανικού συνδέονται με κακές καρδιακές εκβάσεις (Roest, Zuidersma, & de Jonge, 2012;

(Ahmadi & Hajsadeghi, 2011; Boscarino, 2008; Edmondson & Cohen, 2013; Walters, Rait, Peterson, Williams, & Nazareth, 2008; Pollack, et al., 2007).

2. Ερευνητικός σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι πρώτον, η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και η συσχέτισή της με καταθλιπτικά συμπτώματα. Δεύτερον, η διερεύνηση τυχόν καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους σε δείγμα εξωτερικών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και η σύγκρισή τους με υγιείς μάρτυρες. Τέλος, η διερεύνηση τυχόν συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σε σχέση με την διάρκεια της νόσου.

3. Μέθοδος

3.1 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς με διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και υγιείς μάρτυρες που μιλούσαν ελληνικά. Κριτήριο ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Κριτήρια αποκλεισμού για τους υγιείς μάρτυρες ήταν η διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου. Επιπλέον, κριτήριο αποκλεισμού τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους

μάρτυρες ήταν τυχόν γνωστό προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, νευρολογική βλάβη ή άλλη παθολογική κατάσταση που μπορεί να έχει συνέπειες στις γνωστικές λειτουργίες και στη λειτουργικότητα του ατόμου.

3.2 Συμμετέχοντες

Συμμετείχαν 40 υγιείς μάρτυρες και 43 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Το δείγμα των ασθενών συλλέχθηκε στο ειδικό Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας του Π.Γ.Ν. «Αττικόν», στο οποίο παρακολουθούνταν συστηματικά και είχαν πλήρη φάκελο με το ιστορικό τους. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε από το Σεπτέμβριο του 2019 έως τον Δεκέμβριο του 2019. Για τις ανάγκες της έρευνας πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στο Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας, οπότε οι ασθενείς, καθώς και οι υγιείς μάρτυρες, ενημερώθηκαν αυτοπροσώπως για τους σκοπούς της έρευνας και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο των πληροφοριών που έδωσαν. Η μελέτη είχε λάβει έγκριση από την επιτροπή του επιστημονικού συμβουλίου του Νοσοκομείου πριν την έναρξη της συλλογής των δεδομένων. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν 3 ασθενείς λόγω ελλειπών πληροφοριών.

3.3 Ψυχομετρικά εργαλεία

3.3.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών στοιχείων

Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, κοινωνικά χαρακτηριστικά τους καθώς και στοιχεία αναφορικά με τη νόσο.

3.3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale

Για την αξιολόγηση πιθανών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale ή HADS) (Snaith, 1983), η οποία συμπληρώνεται από τον εξεταζόμενο και αποτελείται από 14 λήμματα - δηλώσεις, τα οποία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 0 έως το 4. Ένα παράδειγμα για το άγχος HADS-A είναι « Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος» και ένα παράδειγμα για την κατάθλιψη HADS-D είναι « Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου». Έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί το άγχος (HADS-A) και την κατάθλιψη (HADS-D) με 7 λήμματα για την κάθε υποομάδα. Πρόκειται για εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές στο παρελθόν σε ελληνικές και διεθνείς μελέτες και οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι ικανοποιητικές. Η εσωτερική συνοχή της συνολικής κλίμακας όπως προκύπτει από την ελληνική προσαρμογή είναι ιδιαίτερα υψηλή $\alpha = .884$ (Michopoulos I., 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα λήμματα που διερευνούν την κατάθλιψη δεν περιλαμβάνουν ερωτήσεις για τα σωματικά συμπτώματα

(όπως αϋπνία, ανορεξία) που είναι συνήθη σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Επιπλέον, η ανώτατη συνολική βαθμολογία που μπορεί κάποιος να επιτύχει είναι 21 βαθμοί για το άγχος και 21 βαθμοί για την κατάθλιψη αντίστοιχα. Βαθμολογία από 0-7 αφορά φυσιολογική περίπτωση, από 8-10 αφορά οριακή περίπτωση και από 11-21 αφορά μη φυσιολογική περίπτωση για κάθε μία από της δύο υποομάδες αντίστοιχα.

3.3.3 Morisky's Medication Adherence Scale

Επιπλέον, χορηγήθηκε η Κλίμακα Συμμόρφωσης στη Φαρμακευτική Αγωγή του Morisky (Morisky Medication Adherence Scale ή MMAS-8) (Morisky's et al., 2008) η οποία αποτελείται από 8 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Οι πρώτες 7 ερωτήσεις απαντώνται με ΝΑΙ ή ΟΧΙ, ενώ η τελευταία ερώτηση « Πόσο συχνά έχετε δυσκολία στο να θυμάστε να πάρετε όλα τα φάρμακά σας;» βαθμολογείται σε μια κλίμακα τύπου Likert η οποία περιέχει 5 απαντήσεις: 'Ποτέ/Σπάνια', 'Μια στο τόσο', 'Μερικές Φορές', 'Συνήθως' και 'Πάντα'. Για τις πρώτες 7 ερωτήσεις δίνεται 1 βαθμός για κάθε απάντηση που είναι 'ΝΑΙ' εκτός από την 5 ερώτηση (' Πήρατε τα φάρμακά σας χθες;') όπου 1 βαθμός δίνεται για την απάντηση 'ΟΧΙ'. Για την τελευταία ερώτηση, 1 βαθμός δίνεται για την απάντηση 'Πάντα' και 0 βαθμός για την απάντηση 'Ποτέ/Σπάνια'. Βαθμολογία ίση με το 0 αναφέρεται σε υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, από 1-2 σε μέτρια συμμόρφωση και από 3-8 σε χαμηλή συμμόρφωση.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Τα ποιοτικά δεδομένα περιγράφηκαν με απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες (%), ενώ τα ποσοτικά με μέσους όρους (M.O.) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.). Για τις διαφορές μεταξύ ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υγιών μαρτύρων σχετικά με τα ποσοτικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκε t-test σε ανεξάρτητα δείγματα. Οι συσχετίσεις μεταξύ της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια διενεργήθηκε με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Spearman's Rho. Επίσης, η ίδια στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε και για την συσχέτιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους σε σχέση με την διάρκεια της νόσου. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου S.P.S.S 25.0, ενώ τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο $p < 0.05$.

4. Αποτελέσματα

Τα κοινωνικοδημογραφικά και τα κλινικά δεδομένα των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**. Το δείγμα αποτελούνταν κατά 56.3% από άνδρες μέσης ηλικίας 60.84 ± 14.85 ετών και κατά 43.8% από γυναίκες μέσης ηλικίας 55.6 ± 18.13 ετών. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν τα 6.68 ± 5.96 έτη για τους άνδρες και τα 7.13 ± 8.14 έτη για τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα του Student's t-test έδειξαν ότι οι παραπάνω διαφορές δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές. Οι μόνες στατιστικώς σημαντικές διαφορές που

παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο φύλων αφορούσαν στο κλάσμα εξώθησης, όπου οι γυναίκες είχαν σημαντικά πιο ήπια ελάττωση του κλάσματος Μ.Ο. $47.33\% \pm 12.22$, ενώ οι άνδρες $40.20\% \pm 8.72$ ($p=.038$) και στο άγχος, όπου οι γυναίκες σημείωσαν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα άγχους με Μ.Ο. 5.94 ± 4.21 , ενώ οι άνδρες 3.82 ± 3.15 ($p=.016$).

Πίνακας 1. Κοινωνιοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υγιών μαρτύρων

		Μάρτυρες (N=40)	Ασθενείς(N=40)
		Μ.Ο. \pm T.A. ή N (%)	Μ.Ο. \pm T.A. ή N (%)
Φύλο	Άνδρες	20 (50%)	25 (62.5%)
	Γυναίκες	20 (50%)	15 (37.5%)
Ηλικία (έτη)		48.08 ± 12.81	69.03 ± 12.66
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	1 (2.5%)	17 (42.5%)
	Δευτεροβάθμια	11 (27.05%)	17 (42.5%)
	Τριτοβάθμια	28 (70%)	6 (15%)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι,-ες	11 (27.5%)	2 (5%)
	Παντρεμένοι,-ες	23 (57.5%)	29 (72.5%)
	Χωρισμένοι,-ες	5 (12.5%)	2 (5%)
	Χήροι,-ες	1 (2.5%)	7 (17.5%)
Διαμονή	Μόνοι,-ες	8 (20%)	3 (7.5%)
Ύπαρξη συννοσηρότητας		0 (0%)	31(77.5%)
Διάρκεια νόσου (έτη)			6.85 ± 6.62
Κλάσμα εξώθησης			42.87 ± 10.61
Βαρύτητα νόσου Βάσει κλάσματος εξώθησης (%)	Σοβαρή μείωση (<40%)		21 (52.5%)
	Μετρίως ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (40-49%)		7 (17.5%)
	Ήπια ελάττωση Κλάσματος εξώθησης (>50%)		12 (30%)

Στη συνέχεια, έγιναν έλεγχοι αναφορικά με τη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και η συσχέτισή της με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 2α.**, το 62.5% (N=25) των ασθενών είχε υψηλή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, το 32.5% (N=13) είχε χαμηλή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, ενώ μόλις το 5% (N=2) είχε μέτρια συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 2α. Ποσοστά ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με τα προτεινόμενα cut-off σκορ της MMAS-8 (N=40)

Υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (MMAS = 0)	25 (62.5%)
Μέτρια συμμόρφωση στη Φαρμακευτική αγωγή (MMAS =1-2)	2 (5%)
Χαμηλή συμμόρφωση στη Φαρμακευτική αγωγή (MMAS =3-8)	13 (32.5%)

MMAS = Morisky Medication Adherence Scale

Επιπλέον στον **Πίνακα 2β.**, στον οποίο παρουσιάζεται αναλυτικά η συσχέτιση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή με τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο κλιμάκων (Spearman's rho =.533, $p<0.001$), γεγονός που σημαίνει ότι όσο μειώνεται η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή τόσο αυξάνονται τα επίπεδα κατάθλιψης και το αντίστροφο.

Πίνακας 2β. Συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman's Rho (N=40)

HADS-D	
MMAS	Συντελεστής συσχέτισης .533**
	<i>p</i> <0.001

HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression

MMAS= Morisky Medication Adherence Scale

** Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01 βάσει του αμφίπλευρου ελέγχου

Για τον έλεγχο της υπόθεσης αναφορικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και συμπτώματα άγχους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και η σύγκρισή τους με τους υγιείς μάρτυρες, εφαρμόστηκε το t-test σε ανεξάρτητα δείγματα, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**. Συγκεκριμένα, σύγκριση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$ παρατηρήθηκε μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και των υγιών μαρτύρων όσον αφορά την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.008$) μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και των υγιών μαρτύρων στα συμπτώματα κατάθλιψης, όπου οι πρώτοι φαίνεται να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα κατάθλιψης M.O. 6.7 ± 4.94 σε σχέση με τους δεύτερους με M.O. 4.75 ± 3.6 . Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υγιών μαρτύρων αναφορικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους ($p = 0.967$), γεγονός που σημαίνει πως και οι δύο ομάδες αναφοράς εμφανίζουν στον ίδιο βαθμό συμπτώματα άγχους, με μια ελάχιστη αύξηση των συμπτωμάτων στους υγιείς μάρτυρες όπου M.O. 4.85 ± 3.78 , σε σχέση με τους ασθενείς με M.O. 4.65 ± 3.81 .

Πίνακας 3. Σύγκριση μεταξύ ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υγιών μαρτύρων με τη χρήση Levene's Test σχετικά με το άγχος και τη κατάθλιψη (N=80)

	Υγιείς Μάρτυρες (N=40) M.O. ± T.A	Ασθενείς (N=40) M.O. ± T.A	<i>p</i>
HADS-A score	4.85 ± 3.78	4.65 ± 3.81	.957
HADS-D score	4.75 ± 3.60	6.70 ± 4.94	.008

HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety
HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression
 Ως κατώφλι στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται το $p < 0.01$

Τέλος, αναφορικά με την υπόθεση της συσχέτισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με την διάρκεια της νόσου, εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's Rho, του οποίου τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον **Πίνακα 4**. Συγκεκριμένα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα (HADS- D) συσχετίστηκαν θετικά με τα αγχώδη συμπτώματα (HADS-A) ($p=.000$ και $.640$ αντίστοιχα), όπως επίσης θετικά συσχετίστηκαν και με την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ($p=.000$ και $.533$). Επιπλέον, αναφορικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (HADS-D), αν και φάνηκε μία τάση για αρνητική συσχέτιση με την διάρκεια της νόσου, δεν ήταν στατιστικώς σημαντική ($p=.497$ και $-.110$, αντίστοιχα). Τέλος, υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της νόσου με τα αγχώδη συμπτώματα (HADS-A) ($p=.015$ και $-.381$ αντίστοιχα), καθώς και εντοπίστηκε μια τάση για αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της νόσου και της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=.051$).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ αγχωδών, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και διάρκειας της νόσου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman's Rho (N=40)

		HADS-A	HADS-D	MMAS
HADS-A	Συντελεστής συσχέτισης	1.000		
	<i>p</i>			
HADS-D	Συντελεστής συσχέτισης	.640**	1.000	
	<i>p</i>	.000		
MMAS	Συντελεστής Συσχέτισης	.566**	.533**	1.000
	<i>p</i>	.000	.000	
Duration	Συντελεστής συσχέτισης	-.381*	-.110	-.350
	<i>p</i>	.015	.497	.056

HADS-A= Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety

HADS-D= Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression

MMAS= Morisky Medication Adherence Scale

Duration= Διάρκεια της νόσου

** Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01 βάσει του αμφίπλευρου ελέγχου

5. Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στην φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με ΚΑ, η σύγκριση της εμφάνισης αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΚΑ και σε υγιείς μάρτυρες, καθώς και η συσχέτιση της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την διάρκεια της νόσου της καρδιακής ανεπάρκειας. Κύριο εύρημα ήταν ότι οι

ασθενείς με ΚΑ στην πλειοψηφία τους, και συγκεκριμένα σε ποσοστό 62.5%, είχαν υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ μόλις το 32.5% των ασθενών είχε χαμηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Τα επίπεδα συμμόρφωσης είναι πολύ χαμηλά αναφορικά με μελέτες που έγιναν σε άλλες χώρες, όπως η Παλαιστίνη και το Περού, που ανεβάζουν τα επίπεδα της χαμηλής συμμόρφωσης στο 50-60% (Al-Ramahi, 2015; Fernades-Arias, Acuna-Villaorduna, Miranda, Diez-Canseco, & Malaga, 2014) γεγονός αντίθετο σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι Η.Π.Α και ο Καναδάς, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή σε ποσοστά 74.8% και 77.4% αντίστοιχα. Οι εκτιμήσεις για το πώς επηρεάζεται η συμμόρφωση με την πάροδο του χρόνου, με σημείο έναρξης τη διάγνωση της ασθένειας, ποικίλουν. Έτσι σύμφωνα με την έρευνα του DiMatteo και των συνεργατών του (1993), η συμμόρφωση μειώνεται όσο μεγαλύτερο διάστημα ζει ο ασθενής με το πρόβλημα. Αντίθετα στην έρευνα του Cramer και των συνεργατών του (2008) η συμμόρφωση μειώνεται στην αρχή, αλλά σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο αργότερα. Η μη συμμόρφωση στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών συμβάλλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας και είναι μία από τις συχνότερες αιτίες για τις συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ποσοστό 50% ή ακόμη και τα 2/3 των επανεισαγωγών θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν υπήρχε καλύτερο επίπεδο συμμόρφωσης από την πλευρά των ασθενών (DiMatteo et al., 1993).

Επίσης, στην έρευνα αναδείχθηκε η αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Αυτό το εύρημα έχει προκύψει σε αρκετές μελέτες (Morley, 2010; Nair, 2012; Rosenblat, 2014; Rutledge, 2006; Debra, 2018). Μάλιστα οι μελέτες των Rutledge et al., 2006 και Jiang et al., 2001, έδειξαν ότι οι

διαταραχές διάθεσης σε ασθενείς με ΚΑ σχετίζονται με την επιδείνωση της νόσου και την εμφάνιση επιπλοκών, αυξημένη θνησιμότητα, την περαιτέρω μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και το αυξημένο κόστος θεραπείας. Πέραν της αυξημένης θνησιμότητας η κατάθλιψη στην ΚΑ, έχει αναδειχθεί σε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων και επανεισαγωγών (Vaccarino, 2001). Σε μια πολυκεντρική προοπτική μελέτη, με τη συμμετοχή ασθενών από τακτικά εξωτερικά ιατρεία, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ($E.F. < 0.40$). Από τους 245 ασθενείς χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης κατά την έναρξη της μελέτης, το 21,2% εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης, ένα χρόνο αργότερα. Η μοναχική διαβίωση, η κατάχρηση αλκοόλ, η αντίληψη της ιατρικής περίθαλψης ως σημαντική οικονομική επιβάρυνση είναι μερικοί από τους ανεξάρτητους παράγοντες που βρέθηκαν από τους ερευνητές να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Επίσης, η κατάσταση υγείας των ασθενών όπως αξιολογήθηκε από τους ερευνητές με βάση το Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), βρέθηκε να έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Havranek, Spertus, Masoudi, Jones, & Rumsfeld, 2004). Αντίθετα δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την εμφάνιση αγχωδών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΚΑ σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Όσον αφορά την συσχέτιση των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων σε σχέση με την διάρκεια της νόσου σε ασθενείς με ΚΑ, από την μελέτη μας προέκυψε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης με την διάρκεια της νόσου, ενώ εξίσου αρνητική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ των συμπτωμάτων του άγχους και της διάρκειας της νόσου. Σύμφωνα με την Χρουμπ-Παπαβαίου, η ελάσσω και η μείζων

κατάθλιψη δεν σχετίζονται με τα έτη από την πρώτη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας (Χρουμπ-Παπαβαίου, 2014). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η διάρκεια της νόσου σχετίζεται με την κατάθλιψη, όσο μεγαλύτερη η διάρκεια της νόσου τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα κατάθλιψης ($p=0.041$) (Polikandrioti, et al., 2015). Επιπλέον, ασθενείς με σύντομη (<1 έτος) ή μέτρια (2-5 έτη) διάρκεια νόσου ήταν 69% ή 61% λιγότερο πιθανό να έχουν μείζων κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνους με μακρά διάρκεια νόσου (Polikandrioti, και συν., 2015). Η διάρκεια της νόσου της καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζεται με σωματική δυσλειτουργία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στην καθημερινή ζωή και τις δραστηριότητες αυτών των ασθενών. Επιπλέον, οι ασθενείς που δεν θέλουν να αποδεχτούν όλους αυτούς τους περιορισμούς και γνωρίζουν την αποτυχία τους να διατηρήσουν προηγούμενους ρόλους (οικογενειακούς, επαγγελματικούς, κοινωνικούς) συχνά αντιμετωπίζουν κατάθλιψη. Ειδικά, όταν η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας δεν είναι ουσιώδης, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν συναισθήματα εγκατάλειψης σε μια στιγμή που οι συναισθηματικές τους ανάγκες είναι υψηλές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διατήρηση της επικοινωνίας και της συχνής επαφής με τους επαγγελματίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας (Polikandrioti, και συν., 2015).

Το ποσοστό επιβίωσης ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια καρδιακής ανεπάρκειας (49,1% έναντι 80%, $p<0.001$) σε σύγκριση με εκείνους που η διάρκεια της καρδιακής ανεπάρκειας ήταν ≤ 18 μήνες (Sugiura, Kitahara, Iwahana, & Suzuki, 2019). Για παράδειγμα, μια post hoc τυχαιοποιημένη ανάλυση 7141 νοσοκομειακών ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, έδειξε ότι διάρκεια της νόσου <1 μήνα συσχετίστηκε ανεξάρτητα με καλύτερη επιβίωση (Greene, et al., 2017). Πιο πρόσφατα, μια post hoc

ανάλυση δοκιμής SHIFT σε 6505 ασθενείς με σταθερή ΚΑ και μειωμένο κλάσμα εξώθησης LV (<35%) ανέφερε παράλληλη συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της νόσου και των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων (Bohm, et al., 2018). Παρατηρούνται αρκετοί εύλογοι υποκείμενοι μηχανισμοί που συνδέουν την διάρκεια της ΚΑ με δυσμενή αποτελέσματα. Ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου είναι μεγαλύτεροι και πιθανότερο να έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια) (Greene, και συν., 2017; Pocock, et al., 2013) ή σχετιζόμενες με τη ΚΑ φυσιολογικές αλλαγές (π.χ. μεγαλύτερη ηλικία, σαρκοπενία) (Akita, Kohno, Kohsaka, & Shiraishi, 2017) που μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση της κλινικής πρόγνωσης. Ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου έχουν μια προοδευτική καρδιακή αναδιαμόρφωση μέσω μακροχρόνιας νευροενδοκρινικής ενεργοποίησης ακολουθούμενη από ελαττώματα χειρισμού ασβεστίου ή βήτα-αδρενεργική μεταγωγή σήματος (Bohm, et al., 1990; Hasenfuss, Reinecke, Studer, & Meyer, 1994). Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια καρδιακής ανεπάρκειας έχουν ανεξάρτητα συσχετιστεί με μειωμένη καθυστέρηση την αναλογία καρδιάς προς μεσοθωρακίου (H/M), υποδηλώνοντας την κακή ικανότητα του μυοκαρδίου να ανακάμψει σε απόκριση ιατρικής ή προηγμένης θεραπείας συσκευής (Imamura, et al., 2016 ; Yamazaki, et al., 2001) .

Τα υπάρχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει τη κλινική πορεία αλλά και την πρόγνωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια κλάσης IV κατά NYHA, με χρόνο παρακολούθησης 18 μήνες, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με εκείνους χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης. Πράγματι, αυτή η συσχέτιση παρέμεινε υψηλή ακόμη και μετά την προσαρμογή των αποτελεσμάτων και συνυπολογισμό της ηλικίας, του φύλου του τύπου της

καρδιακής ανεπάρκειας, της φαρμακευτικής αγωγής και του BNP (Tosoulidis, et al, 2008).

Επιπλέον, στη μελέτη ορόσημο των Sherwood et al. (Sherwood, et al., 2007), 204 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αξιολογήθηκαν για τη σοβαρότητα της καρδιακής ανεπάρκειας και για συμπτώματα κατάθλιψης με βάση την κλίμακα BDI (Beck Depression Inventory). Έπειτα από μέσο χρόνο παρακολούθησης 3 έτη, ασθενείς με κλινικά σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης (BDI score ≥ 10) παρουσίαζαν υψηλό κίνδυνο νοσηλείας ή θανάτου. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης αποδείχθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτό και όχι η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από τη μελέτη 1006 ασθενών με μέσο χρόνο παρακολούθησης 972 μέρες, από τους O' Connor et al. (O'Connor, et al., 2008). Σε αυτή τη προοπτική μελέτη, η μείζων κατάθλιψη επικρατώντας των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, φάνηκε να σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Κατ' επέκταση, η μείζων κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα που συμβάλλει στη πορεία και την έκβαση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, εξίσου σημαντικό με άλλους πολύ καλά τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου, όπως η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, το κάπνισμα, και το ιστορικό οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου.

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που υποδεικνύουν ότι η συνύπαρξη κατάθλιψης και χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας οδηγεί σε αύξηση θνησιμότητας (Jing, Kuchibhatla, & Cuffc, 2004; Faris, Purcell, Henein, & Coats, 2002; Rumsfeld JS, 2005). Μολαταύτα, έχει υποστηριχθεί ότι η συσχέτιση τη μείζονος κατάθλιψης με την καρδιακή ανεπάρκεια έχει υπερεκτιμηθεί λόγω της επιβαρυνμένης αντίληψης για τη σοβαρότητα της ασθένειας που προκαλεί στον ασθενή η

κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, οι Gottlieb et al. στη μελέτη HF-ACTION κατέδειξαν μια πολύ μικρή συσχέτιση της κατάθλιψης με την αντικειμενική εκτίμηση βαρύτητας της καρδιακής ανεπάρκειας, όπως αυτή υπολογίστηκε μέσω του κλάσματος εξώθησης, τη μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου ή των επιπέδων των νατριουρητικών πεπτιδίων. Αντίθετα, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη επηρεάζει ιδιαίτερω την υποκειμενική αντίληψη βαρύτητας της καρδιακής ανεπάρκειας, όπως αυτή εκτιμήθηκε μέσω της ταξινόμησης κατά NYHA ή μέσω της 6-λεπτης δοκιμασίας βάρδισης, δείκτες που επηρεάζονται σαφέστατα από τον ίδιο ασθενή και την αντίληψη της σοβαρότητας της πάθησής του (Stewart, MacIntyre, Hole, Caoewell, & McMurray, 2001). Σε αυτή τη μελέτη, οι ερευνητές αποδείξανε ότι η κατάθλιψη επηρεάζει την αντίληψη της σοβαρότητας της πάθησης και της ποιότητας ζωής, και όχι ότι η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί κατάθλιψη, ανατρέποντας τη παραδοσιακή αντίληψη ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται λόγω μειωμένης λειτουργικής ικανότητας εξαιτίας της καρδιακής ανεπάρκειας.

Αξίζει να επισημανθεί ότι οι γυναίκες ασθενείς έδειξαν να έχουν σημαντικά σε μεγαλύτερο ποσοστό συμπτώματα άγχους σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα σύμφωνο με την μελέτη Muller et al., 2008 που έδειξε ότι το γυναικείο φύλο και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για αγχώδεις εκδηλώσεις και επεισόδια πανικού σε ασθενείς με ΚΑ. Τέλος, η μετα-ανάλυση των Easton et al., 2016 έδειξε ότι οι γυναίκες με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες ασθενείς.

6. Περιορισμοί και μελλοντικές κατευθύνσεις

Η παρούσα μελέτη, αν και ανέδειξε το πρόβλημα της κατάθλιψης που υφίστανται οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, δεν είχε ικανοποιητικό αριθμό δείγματος, ώστε να έχουμε υψηλότερο βαθμό βεβαιότητας για τα αποτελέσματά μας, αλλά και να εντοπιστούν περισσότεροι παράγοντες που πιθανόν προβλέπουν την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία στην ομάδα αυτή των ασθενών. Στο μέλλον θα ήταν σκόπιμο οι ερευνητές να επικεντρωθούν στην περαιτέρω διερεύνηση των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, τους παράγοντες που πιθανόν τα επηρεάζουν, καθώς και στους παράγοντες που μπορούν να βελτιστοποιήσουν τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών αυτών. Τέλος, θα ήταν χρήσιμη η διερεύνηση των παραπάνω και σε άλλες ομάδες ασθενών και η μεταξύ τους σύγκριση.

7. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, στη παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε τη συμμόρφωση των ασθενών με ΚΑ και τη συσχέτισή της με καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα του δείγματός μας είχε υψηλή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, καθώς και ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, αναφορικά με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΚΑ σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, με τους πρώτους να υπερέχουν σε μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους δεύτερους. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων αναφορικά με την εμφάνιση αγχωδών συμπτωμάτων. Τέλος, σύμφωνα με τη συσχέτιση μεταξύ διάρκειας της νόσου και εμφάνιση καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, υπήρξε αρνητική συσχέτιση τόσο με την διάρκεια της νόσου και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων όσο και με την εμφάνιση αγχωδών συμπτωμάτων. Εξίσου αρνητική συσχέτιση υπήρξε και μεταξύ της διάρκειας της νόσου και της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή.

Βιβλιογραφία

- Abozguia K., G. N. (2009). The Heart Metabolism: Pathophysiological Aspects in Ischaemia and Heart Failure. σσ. 827-835(9).
- Ahmadi, N., & Hajsadeghi, F. (2011, July 1). Post-traumatic Stress Disorder, Coronary Atherosclerosis, and Mortality. *The American Journal of Cardiology*, σσ. 29-33.
- Akita, K., Kohno, T., Kohsaka, S., & Shiraishi, Y. (2017). Current use of guideline-based medical therapy in elderly patients admitted with acute heart failure with reduced ejection fraction and its impact on event-free survival. *Int J Cardiol* , σσ. 235:162–168.
- Albert, Boehmer, & Collins. (2010, June). Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, σσ. 475-539.
- Al-Ramahi, R. (2015, May). Adherence to medications and associated factors: A cross sectional study among Palestinian hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health. Journal of Epidemiology and Global Health*, σσ. 5(2):125-132.
- American Heart Association Heart Failure. (2011). *HEARTORG*. Ανάκτηση June 6, 2011, από www.heart.org/HEARTORG/
- Bohm, M., Gierschik, P., Jakobs, K., Pieske, B., Schnabel, P., & Ungerer, M. (1990). Increase of Gi alpha in human hearts with dilated but not ischemic cardiomyopathy. *Circulation*, σσ. 82(4):1249–1265.
- Bohm, M., Komajda, M., Borer, J., Ford, I., Maack, C., & Tavazzi, L. (2018). Duration of chronic heart failure affects outcomes with preserved effects of heart rate reduction with ivabradine: findings from SHIFT. *Eur J Heart Fail*, σσ. 20(2):373–381.
- Boscarino, J. A. (2008, July 2). A Prospective Study of PTSD and Early-Age Heart Disease Mortality Among Vietnam Veterans: Implications for Surveillance and Prevention. *Psychosomatic Medicine*, σσ. 70:668–676.
- Bui, A. L., Horwich, T. B., & Gregg, C. (2010, November 9). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, σσ. 30–41(2011).
- Celano, C. M., & al., R. A. (2015, December). Association Between Anxiety and Mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *American Heart Journal*, σσ. 1105-1115.
- Celano, C., Villegas, A., Albanese, A., Gaggin, H., & Huffman, J. (2018, July-August 26). Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry*, σσ. 175–184.
- Cleland, J. G., Gemmellb, I., Khandc, A., & Broddy, A. (1999, June 23). Is the prognosis of heart failure improving? *European Journal of Heart Failure*, σσ. 229-241.

- Colucci, W., & Braunwald, E. (2001). Pathophysiology of heart failure. *Heart Disease 6th. ed. W.B.*, σσ. 503-33.
- Daskalopoulou, M., George, J., Walters, K., Osborn, D. P., Batty, D. G., Stogiannis, D., . . . Hemingway, H. (2016, April 22). Depression as a Risk Factor for the Initial Presentation of Twelve Cardiac, Cerebrovascular, and Peripheral Arterial Diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men.
- Debra, J. B. (2018, February). Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States. *CDC*, σσ. 2013-2016.
- Diez-Quevedo, C., & al., e. (2012, April). Depression, antidepressants, and long-term mortality in heart failure. σσ. 1217-1225.
- DiMatteo, M., Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., Kravitz, R., McGlynn, E., . . . Rogers, W. (1993). Physicians characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, σσ. 12(2), 93–102.
- Easton, K., Coventry, P., Lovel, K., Carter, L.-A., & Deaton, C. (2016). Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure-Metaanalysis.
- Edmondson, D., & Cohen, B. E. (2013). Posttraumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Elsevier Inc.*
- Faris, R., Purcell, H., Henein, M., & Coats, A. (2002). Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure. *Eur J Heart Fail*, σσ. 4 :541-51.
- Fernades-Arias, M., Acuna-Villaorduna, A., Miranda, J., Diez-Canseco, F., & Malaga, G. (2014). Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLOS ONE*. σ. 9(12):e112875.
- Gotlieb, S., & et al. (2009). Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training [HF-ACTION]). *Am J Cardiol*, σσ. 103(9):1285-9.
- Greene, S., Hernandez, A., Dunning, A., Ambrosy, A., Armstrong, P., & Butler, J. (2017). Hospitalization for recently diagnosed versus worsening chronic heart failure: from the ASCEND-HF Trial. *J Am Coll Cardiol*, σσ. 69(25):3029–3039.
- Hasenfuss, G., Reinecke, H., Studer, R., & Meyer, M. (1994). Relation between myocardial function and expression of sarcoplasmic reticulum Ca(2+)-ATPase in failing and nonfailing human myocardium. *Circ Res*, σσ. 75(3):434–442.
- Havranek, E., Spertus, J., Masoudi, F., Jones, P., & Rumsfeld, J. (2004, Dec 21). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*, σσ. 44(12):2333-8.

- Imamura , T., Kinugawa, K., Nitta, D., Kinoshita, O., Nawata, K., & Ono, M. (2016). Preoperative iodine-123 meta-iodobenzylguanidine imaging is a novel predictor of left ventricular reverse remodeling during treatment with a left ventricular assist device. *J Artif Org*, σσ. 19(1):29–36.
- JA Cramer, A. R. (2008). Medication compliance and adherence. *Value in Health*.
- Jersey Chen, M. M.-L. (2011, October 19). National and Regional Trends in Heart Failure Hospitalization and Mortality Rates for Medicare Beneficiaries, 1998-2008. *JAMA*.
- Jing, W., Kuchibhatla, M., & Cuffc, M. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, σσ. 110: 3452-6.
- Kemp, C. D., & Conte, J. V. (2012, September-October). The pathophysiology of heart failure. σσ. 365-371.
- Lilly, L. (2011). Pathophysiology Of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty.
- Lloyd-Jones, D. (1999). Lifetime risk of developing congestive heart failure. *Circulation (New York, N.Y.)*, σ. 396.
- Michopoulos I., D. A. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample.
- Morisky, D. E., Ang, A., & Krousel-Wood, M. (2008, May 2). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal Of Clinical Hypertention*.
- Morley, J. (2010). Depression in nursing home residents. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, σσ. 301–303.
- Müller-Tasch, Frankenstein, L., Holzapfel, N., Schellberg, D., Löwe, B., Nelles, M., . . . Herzog, W. (2008). Panic disorder in patients with chronic heart failure.
- Nair, N., Farmer, C., Gongora, E., & Dehmer, G. (2012). Commonality between depression and heart failure. *American Journal of Cardiology*, σσ. 768-72.
- O'Connor, C., Jiang, W., Kuchibhatla, M., Mehta, R., Clary, G., & Cuffe, M. (2008, Nov). Antidepressant use, depression, and survival in patients with heart failure. *Arch Intern Med.*, σσ. 10;168(20):2232-7.
- Pocock, S., Ariti, C., McMurray, J., Maggioni, A., Kober, L., & Squire, I. (2013). Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39,372 patients from 30 studies. *Eur Heart J*, σσ. 34(19):1404–1413.
- Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalied Patients with Heart Failure. *Hellenic J Cardiol*, σσ. 56: 26-35.

- Pollack, M. H., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., Sheps, D., & Jordan, W. (2007). Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study. *ArchGenPsychiatry*, σσ. 64(10):1153-1160.
- Ponikowski, P., & al., e. (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. σσ. 891–975.
- Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & De Jonge, P. (2010). Prognostic Association of Anxiety Post Myocardial Infarction With Mortality and New Cardiac Events: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, σσ. 72:563–569.
- Roest, A. M., Zuidersma, M., & de Jonge, P. (2012). Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, σσ. 200, 324–329.
- Roger, V., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., . . . De Simone, G. (2011, February 1). Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update A Report From the American Heart Association.
- Rosenblat, J. C. (2014, August 4). Inflamed moods: a review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, σσ. pp. 4;53:23-34.
- Rui, C., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., & Ferreira, A. (2005, October 04). Heart Failure and health related quality of life.
- Rumsfeld JS, J. P. (2005). Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infraction complicated by heart failure. . *Am Heart J*, σσ. 150: 961-7.
- Rutledge, T. θ. (2006, October 17). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervtenion effects, and associations with clinical outcomes. *JACC*, σσ. pp. 1525-37.
- Sherwood, A., Blumenthal, J., Trivedi, R., Johnson, K., O'Connor, C., & Adams, K. (2007, Feb). Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med.*, σσ. 26;167(4):367-73.
- Snaith, A. S. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Hole, D., Caoewell, S., & McMurray, J. (2001). More “malignant” than cancer? Five year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail*, σσ. 3: 315-22.
- Sugiura, A., Kitahara, H., Iwahana, T., & Suzuki, N. (2019, June 27). Association of heart failure duration with clinical prognosis in advanced heart failure. *Clinical Research in Cardiology*, σσ. 109:350–357.

- Thomas Rutledge, V. A. (2006, Sep). Depression In Heart Failure a Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. *J Am Coll Cardiol.*, σσ. 48 (8) 1527–1537.
- Tosoulidis, D., Antoniadis, C., Drolas, A., Stefanidi, E., Marinou, K., & Vasiliadou, C. (2008, Aug;). Selective serotonin reuptake inhibitors modify the effect of beta-blockers on long-term survival of patients with end-stage heart failure and major depression. *J Card Fail.*, σσ. 14(6):456-64.
- Vaccarino, V. K. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, σσ. 38:199–205.
- Walters, K., Rait, G., Peterson, I., Williams, R., & Nazareth, I. (2008). Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: cohort study using the general practice research database. *European Heart Journal*, σσ. 2981–2988.
- Yamazaki, J., Muto, H., Kabano, T., Yamashina, S., Nanjo, S., & Inoue, A. (2001). Evaluation of beta-blocker therapy in patients with dilated cardiomyopathy—clinical meaning of iodine 123-meta iodobenzylguanidine myocardial single-photon emission computed tomography. *Am Heart J*, σσ. 141(4):645–652.
- Zarrinkoub, R., Wettermark, B., Wandell, P., & Mejhert, M. (2013, April 5). The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, σσ. 995–1002.
- Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας. (1996).
- Χρουμπ-Παπαβαίου, Ά.-Ν. (2014, Φεβρουάριος). Επίπτωση κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Φύλο :

Ηλικία :

Μένω μόνος/ή : ΝΑΙ ΟΧΙ

Οικογενειακή κατάσταση : α) Έγγαμος

β) Άγαμος

γ) Διαζευγμένος

δ) Χήρος/α

Εκπαίδευση : α) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση

β) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

γ) Τριτοβάθμια εκπαίδευση και άνω (μεταπτυχιακοί τίτλοι, διδακτορικοί κτλ.)

Διάρκεια της νόσου έπειτα από την αρχική διάγνωσή της :.....

Φαρμακευτική αγωγή :

.....
.....
.....
.....

Κλάσμα εξώθησης :

Συννόσηση με άλλα νοσήματα : ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποιο/α νόσημα/νοσήματα είναι αυτό/ά (σε περίπτωση που η απάντηση είναι ΝΑΙ) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Υπάρχουν φορές που ξεχνάτε να πάρετε τα φάρμακά σας;	.....	.....
2. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, υπήρχαν μέρες που δεν πήρατε φάρμακά σας;	.....	.....
3. Έχετε ποτέ μειώσει ή διακόψει τη φαρμακευτική σας αγωγή χωρίς να το πείτε στο γιατρό σας, επειδή νιώθατε χειρότερα όταν τα παίρνατε;	.....	.....
4. Όταν ταξιδεύετε ή φεύγετε από το σπίτι, υπάρχουν φορές που ξεχνάτε να πάρετε τα φάρμακά σας μαζί σας;	.....	.....
5. Πήρατε τα φάρμακά σας χθες;	.....	.....
6. Όταν νιώθετε ότι η κατάστασή σας βρίσκεται υπό έλεγχο, υπάρχουν φορές που σταματάτε να παίρνετε τα φάρμακά σας;	.....	.....
7. Η καθημερινή λήψη των φαρμάκων είναι κουραστική για κάποιους ανθρώπους. Έχετε νιώσει ποτέ δυσαρεστημένοι ή κουρασμένοι για το γεγονός ότι πρέπει να τηρείτε με συνέπεια το θεραπευτικό σας πλάνο;	.....	.....
8. Πόσο συχνά έχετε δυσκολία στο να θυμάστε να πάρετε όλα τα φάρμακά σας;		
	Ποτέ/Σπάνια	Μια στο τόσο
	Μερικές φορές	Συνήθως
	Πάντα	

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Όνομα: _____ Ημερομηνία: _____

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΑΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΑΩ

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πως αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και **υπογραμμίστε την απάντηση** η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοείστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μία μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

A	D			A	D
		Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου		
3		Τον περισσότερο καιρό	Σχεδόν όλο τον καιρό		3
2		Πολύ καιρό	Πολύ συχνά		2
1		Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Μερικές φορές		1
0		Καθόλου	Καθόλου		0
		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου		
0		Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Καθόλου		0
1		Όχι στον ίδιο βαθμό	Περιστασιακά		1
2		Λίγο μόνο	Αρκετά συχνά		2
3		Καθόλου	Πολύ συχνά		3
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου		
3		Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	Ακριβώς		3
2		Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε		2
1		Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Τσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε		1
0		Καθόλου	Την φροντίζω όπως πάντοτε		0
		Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων	Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι		
0		Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό		3
1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό		2
2		Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό		1
3		Καθόλου	Καθόλου		0
		Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα		
3		Πάρα πολύ καιρό	Τόσο όπως και στο παρελθόν		0
2		Πολύ καιρό	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα		1
1		Όχι τόσο συχνά	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα		2
0		Πολύ λίγο	Καθόλου		3
		Νιώθω κεφάτος	Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού		
3		Ποτέ	Πράγματι πολύ συχνά		3
2		Όχι συχνά	Αρκετά συχνά		2
1		Μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά		1
0		Τον περισσότερο καιρό	Καθόλου		0
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος	Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα		
0		Ακριβώς	Συχνά		0
1		Συνήθως	Μερικές φορές		1
2		Όχι συχνά	Όχι συχνά		2
3		Καθόλου	Πολύ σπάνια		3

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΑ

A D

--	--

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαραχθεί για χρήση, μέσα στα πλαίσια των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία άδειας από τον εκδότη. HADS copyright © R.P. Snaith and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί προτυπώς στην *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70, πνευματική ιδιοκτησία© (copyright ©) Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρία nferNelson Pub. Co. Ltd, 414 Chiswick High Road, London W4 5TF, UK. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η Εταιρία nferNelson είναι μέλος του ομίλου Granada Learning Limited ανήκει στην Εταιρία ITV plc. HADS Greek.