



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες
νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο

Μαρία Δ. Πολυκανδριώτη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ
2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο

Μαρία Δ. Πολυκανδριώτη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ
2012

**«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα»**

N.5343/32 άρθρο 202,παρ.2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού τμήματος)

"Στη γιαγιά μου Ελένη και.....

στη μητέρα μου Ευτυχία"

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στο Τομέα Παθολογίας σε συνεργασία με τον Τομέα Καρδιολογίας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από το 2008-2011 στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής.

Κατά την εκπόνηση και συγγραφή της παρούσης διατριβής είχα την τύχη να γνωρίσω και να συνεργαστώ με αξιόλογους επιστήμονες τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω για την αμέριστη βοήθεια τους με την άμεση ή έμμεση συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, για την ανεκτίμητη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Καθηγητή Παθολογίας της Ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Μωυσή Ελισάφ που μου εμπιστεύθηκε να μελετήσω το ενδιαφέρον αυτό θέμα σχετικά με την επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και με βοήθησε ουσιαστικά στην εκπόνηση της έρευνας.

Θερμά ευχαριστώ τον κ. Γουδέβενο Ιωάννη, Καθηγητή Παθολογίας / Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τον κ. Μιχάλη Λάμπρο, Καθηγητή Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την ανάθεση του θέματος αλλά και για την πολύτιμη καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια πραγματοποίησης της διατριβής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ιατρούς που μου επέτρεψαν να ολοκληρώσω την διδακτορική μου διατριβή, τον κ. Ζόμπολο Σπυρίδων (καρδιολογική κλινική Καλαμάτας), τον κ. Δηλανά Χρυσόστομο (καρδιολογική κλινική Κορίνθου), τον κ. Βοττέα Βασίλειο (καρδιολογική κλινική νοσοκομείου "Λαϊκό"), τον κ. Πατσιλινάκο Σωτήριο (καρδιολογική κλινική νοσοκομείου "Αγ. Όλγα"), τον κ. Νικολάου Βασίλειο (καρδιολογική κλινική νοσοκομείου "Ερυθρός Σταυρός"), τον κ. Ολύμπιο Χριστόφορο (καρδιολογική κλινική νοσοκομείου "Θριάσειο").

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την κα. Μαρβάκη Χριστίνα Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας για την πολύτιμη και αποτελεσματική στήριξη στην ανάληψη της

διατριβής όπως επίσης και την κα. Κυρίτση Ελένη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας για τα χρήσιμα σχόλια και τις συμβουλές της.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να εκφράσω στους γονείς μου και ιδιαίτερα στη μητέρα μου για το σεβασμό που έδειξε στις επιλογές μου αλλά και την στήριξη της όλα τα χρόνια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8-9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	10-11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1	ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
1.1.α.	Βασικές ανθρώπινες ανάγκες 13-16
1.1.β.	Ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο 16-18
1.1.γ.	Ανάγκη εμπιστοσύνης 18-19
1.1.δ.	Ανάγκη επικοινωνίας 20-21
1.1.ε.	Ανάγκη ενημέρωσης/πληροφόρησης 21-23
1.1.στ.	Ανάγκη εκπαίδευσης 23-25
1.1.ζ.	Ανάγκη συμμετοχής/αυτοφροντίδας 25-26
1.1.η	Ανάγκη στήριξης 27-29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1	ΑΓΧΟΣ
2.1.α.	Γενικά περί άγχους 30-35
2.1.β.	Διάγνωση αγχώδων διαταραχών 35-39
2.1.γ.	Θεραπεία άγχους 39-43
2.2.	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
2.2.α.	Γενικά περί κατάθλιψης 44-49
2.2.β.	Διάγνωση κατάθλιψης 49-50
2.2.γ.	Θεραπεία κατάθλιψης 50-53
2.3.	Σχέση άγχους - κατάθλιψης και στεφανιαίας νόσου 54-59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
3.1.	Υλικό και μέθοδος
3.1.α.	Πληθυσμός της μελέτης 61-62

3.1.β.	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά	62-63
3.1.γ.	Αξιολόγηση ψυχικής υγείας	63-66
3.1.δ.	Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών	67-72
3.2.	Στατιστική ανάλυση	
3.2.α.	Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	73-74
3.2.β.	Περιγραφική ανάλυση και λοιπή στατιστική ανάλυση	74-75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
4.1.	Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίων αξιολόγησης των αναγκών	
4.1.α.	Δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίων αξιολόγησης της σημαντικότητας των αναγκών	76-81
4.1.β.	Έλεγχος εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών	82-84
4.2.	Περιγραφικά αποτελέσματα	
4.2.α.	Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	84-85
4.2.β.	Κλινικά χαρακτηριστικά	86-87
4.3.	Ανάγκες και ψυχική υγεία των ασθενών	88-90
4.3.	Στατιστικά αποτελέσματα	
4.3.α.	Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ανάγκες ασθενών	91-94
4.3.β.	Κλινικά χαρακτηριστικά και ανάγκες ασθενών	95-99
4.3.γ.	Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ψυχική υγεία των ασθενών	100-102
4.3.δ.	Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχική υγεία των ασθενών	103-105
4.3.ε.	Οι ανάγκες και ψυχική υγεία των ασθενών	106-111

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.	Συζήτηση	112-137
5.1.	Περιορισμοί της έρευνας	137
5.2.	Συμπεράσματα	138
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	139-140
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	141-158
	ΛΙΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ	159

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ :**1.1.α. Βασικές ανθρώπινες ανάγκες**

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την πρωταρχική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε πολλές αναπτυγμένες χώρες και σύμφωνα με εκτιμήσεις μέχρι το 2020 αναμένεται να εξελιχθούν ως την κύρια αιτία οικονομικής επιβάρυνσης, παγκοσμίως.¹

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο ως συνέπεια της προόδου των διαγνωστικών εργαλείων και της βελτίωσης των επεμβατικών θεραπευτικών μεθόδων, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας έχει στραφεί προς την εκτίμηση και ικανοποίηση των αναγκών τους. Επιπρόσθετα, στη σημερινή εποχή έχει γίνει αντιληπτό ότι η διάσταση του προβλήματος δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου αυτής καθ' εαυτής αλλά και στην αναγνώριση των ασθενών ως βιο-ψυχοκοινωνική ενότητα.¹⁻⁴

Η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο με στεφανιαία νόσο (οξεία ή χρόνια) πυροδοτεί πλήθος ψυχολογικών αντιδράσεων ανάλογων με το είδος των αμυντικών μηχανισμών που κινητοποιούνται, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμα και τη βιολογική πορεία της νόσου. Στο κλινικό περιβάλλον ενός γενικού νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται μη ψυχιατρικοί ασθενείς, η εκτίμηση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών αναδύεται στο προσκήνιο ολοένα και περισσότερο καθώς αυξανόμενος αριθμός μελετών καταδεικνύει τον κίνδυνο ψυχικής νοσηρότητας σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο διότι το θεωρούν ως φυσική συνέπεια της νόσου. Παράλληλα, η εκτίμηση των προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα θεωρείται αναγκαία διότι μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες των ασθενών.¹⁻⁴

Η «ανάγκη» αποτελεί δυναμική πολυσύνθετη έννοια που υπόκειται σε εναλλαγές με την εξέλιξη της νόσου στην πάροδο του χρόνου και παρουσιάζει γεωγραφικές

διακυμάνσεις ανάλογες με την πνευματική καλλιέργεια ή την πολιτισμική παράδοση των ατόμων.²⁻⁷

Οι άνθρωποι ως περίπλοκοι οργανισμοί επηρεάζουν και επηρεάζονται τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον. Οι συμπεριφορές των ατόμων, τα συναισθήματα για τον εαυτό τους και τους άλλους, οι αξίες και οι προτεραιότητες τους είναι αποτέλεσμα των οργανικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών, οι οποίες καλούνται βασικές ανθρώπινες ανάγκες και είναι κοινές και απαραίτητες για την επιβίωση όλων των ανθρώπων. Ορισμένες ανάγκες ικανοποιούνται από το ίδιο το άτομο χωρίς βοήθεια ενώ κάποιες άλλες για να καλυφθούν πλήρως ή μερικώς απαιτούν σχέσεις και αλληλεπιδράσεις με άλλα άτομα. Η ικανοποίηση των αναγκών εξαρτάται κυρίως από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον και γενικότερα από την κοινότητα στην οποία ζει το άτομο. Για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας θεωρείται απαραίτητη η θεώρηση κάθε διάστασης που απαρτίζει την ολότητα του ατόμου και συγκεκριμένα της διανοητικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, πολιτισμικής, πνευματικής και περιβαλλοντολογικής διάστασης. Οι διαστάσεις αυτές θεωρούνται αλληλένδετες και αλληλοεπιδρώσες και επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες του κάθε ατόμου.^{2,8-13}

Ο Abraham Maslow ανέπτυξε τη θεωρία ιεράρχησης των βασικών ανθρωπίνων αναγκών, η οποία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο βιβλίο του *Motivation and Personality* (1954), στο 4ο κεφάλαιο με τίτλο: Θεωρία των ανθρωπίνων κινήτρων. Η ιεράρχηση των βασικών αναγκών κατά τον Maslow είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην κατανόηση των βασικών ανθρωπίνων αναγκών και στον καθορισμό προτεραιοτήτων στην Ιατρική φροντίδα.¹¹⁻¹³

Η ιεράρχηση βασίζεται στη θεωρία ότι βασική ανάγκη είναι εκείνη της οποίας : α) η απουσία οδηγεί σε ασθένεια, β) η παρουσία προλαμβάνει την ασθένεια ή σηματοδοτεί την υγεία, γ) η ικανοποίηση αποκαθιστά την υγεία, δ) η μη-ικανοποίηση δημιουργεί την αίσθηση κάποιας έλλειψης και ε) η ανάγκη κάλυψης δημιουργεί αίσθημα ικανοποίησης.^{2,11-13}

Τα πέντε επίπεδα των αναγκών είναι τα εξής : α) βιολογικές ανάγκες, β) ανάγκη για ασφάλεια και προστασία γ) ανάγκη για αγάπη και το αίσθημα του «ανήκειν» δ) ανάγκη για αυτοεκτίμηση και ε) ανάγκη για αυτοπραγμάτωση. Ο Maslow μέσω της ιεράρχησης των βασικών ανθρωπίνων αναγκών έδειξε ότι συγκεκριμένες ανάγκες είναι βασικότερες από τις άλλες. Ως ανάγκες βασικού επιπέδου θεώρησε τις βιολογικές ανάγκες και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία και ως ανάγκες υψηλού επιπέδου

την ανάγκη αυτοεκτίμησης, την ανάγκη αυτοπραγμάτωσης και την ανάγκη για αγάπη και του «ανήκειν». Οι ανώτερες ανάγκες εμφανίζονται μόλις ικανοποιηθούν οι κατώτερες.^{2,11-13}

Βιολογικές Ανάγκες : Καταλαμβάνουν τη βάση της ιεράρχησης των αναγκών και είναι οι πλέον σημαντικές για τη ζωή. Οι βιολογικές ανάγκες που πρέπει να ικανοποιούνται για να διατηρηθεί η ζωή είναι το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η θερμοκρασία, η αποβολή αχρήστων ουσιών, η σεξουαλικότητα, η φυσική δραστηριότητα και η ανάπαυση. Οι βιολογικές ανάγκες σε ένα καρδιολογικό ασθενή μπορεί να είναι οξείες, όταν για παράδειγμα απαιτείται καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση ή χρόνιες για τις οποίες απαιτείται θεραπεία, διδασκαλία, κ.ά.^{2,11-13}

Ανάγκη για Ασφάλεια και Προστασία : Οι ανάγκες αυτές περιλαμβάνουν φυσικά και συναισθηματικά στοιχεία και η ικανοποίησή τους ακολουθεί σε προτεραιότητα τις βιολογικές ανάγκες. Η φυσική ασφάλεια σημαίνει προστασία του ατόμου από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες, όπως για παράδειγμα ασφαλής χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ασφαλής κινητοποίηση ασθενών, χρήση άσηπτης τεχνικής για την πρόληψη λοιμώξεων, κ.ά. Η συναισθηματική ασφάλεια και προστασία συνεπάγεται εμπιστοσύνη στους άλλους και απελευθέρωση από το φόβο, το άγχος και την ανησυχία. Για παράδειγμα ασθενείς που εισάγονται λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου βιώνουν το φόβο του αγνώστου και την απειλή επικείμενου θανάτου και συνεπώς έχουν αυξημένες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια και προστασία.^{2,11-13}

Ανάγκη για Κατανόηση και Αποδοχή : Χαρακτηρίζονται ως ανάγκη υψηλότερου επιπέδου και περιλαμβάνουν την κατανόηση και αποδοχή των άλλων τόσο στην παροχή και την αποδοχή αγάπης όσο και στην αίσθηση ότι όλα τα άτομα ανήκουν κάπου, όπως για παράδειγμα σε φίλους, συγγενείς, κ.ά.^{2,11-13}

Ανάγκη για Αυτοεκτίμηση : Η επόμενη προτεραιότητα στην κλίμακα ιεράρχησης, είναι η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στις δυνάμεις του, να έχει την αίσθηση της υπεροχής και της αξιοπρέπειας. Ως γνωστό, κάθε νόσος είναι δυνατόν να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου για ποικίλους λόγους, όπως λόγω αλλαγής της εικόνας του σώματος, αλλαγής ρόλων, απώλεια ανεξαρτησίας, κ.ά.^{2,11-13}

Ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση: Ανήκει στο υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης των αναγκών. Πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων.^{2,11-13}

Η κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών κατά Maslow παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών σε όλα

τα επίπεδα. Για παράδειγμα, προτεραιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας ενός ατόμου που εισάγεται λόγω καρδιακού επεισοδίου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι η κάλυψη των βιολογικών του αναγκών, όπως η χορήγηση οξυγόνου και αναλγησίας για την ανακούφιση από τον πόνο. Εξίσου σημαντική όμως είναι η κάλυψη των αναγκών ασφάλειας, όπως για παράδειγμα η πρόληψη πτώσης ή τραυματισμού και η κάλυψη της ανάγκης για αγάπη, οποία ικανοποιείται με την παραμονή του επισκεπτηρίου.^{2,11-13}

1.1. β. Ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο ως συνέπεια της προόδου των διαγνωστικών εργαλείων και της βελτίωσης των επεμβατικών θεραπευτικών μεθόδων συμπεριλαμβανομένης και της μεταμόσχευσης καρδιάς, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο προς την εκτίμηση των αναγκών τους. Επίσης, στη σημερινή εποχή, έχει γίνει πλέον πλήρως αντιληπτό ότι η διάσταση του προβλήματος δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου αυτής καθ' εαυτής αφού αναδύονται και άλλα προβλήματα στο χώρο του νοσοκομείου, όπου οι ψυχικές δυνάμεις των ασθενών μειώνονται.¹⁴⁻²⁰

Η εκτίμηση των αναγκών των νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι σημαντική, διότι αφενός επιτρέπει την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, αφετέρου επιβάλλει την ιεράρχηση αυτών με βάση τη σημαντικότητά τους συμβάλλοντας έτσι στην κατάλληλη παρέμβαση και στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Αντιθέτως, η αποτυχία αξιολόγησης των αναγκών μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία ολιστικής εκτίμησης των πασχόντων και μη αποτελεσματικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης.¹⁴⁻²⁰

Παρότι, σε πολλές χώρες του κόσμου αναγνωρίζεται ότι η εκτίμηση των αναγκών κατέχει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και στην πρόγνωση της νόσου, εντούτοις δεν εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πράξη για πολλούς λόγους, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι η ανεπάρκεια του προσωπικού και η έλλειψη διάθεσης χρόνου. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες υγείας, προσηλωμένοι περισσότερο στην αντιμετώπιση της νόσου και των συμπτωμάτων της συχνά αγνοούν ή παραμελούν τις βαθύτερες ανάγκες των ασθενών, οι οποίες όμως είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμα και τη βιολογική πορεία της νόσου.¹⁴⁻²¹

Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν τις ανάγκες των καρδιολογικών ασθενών είναι η βαρύτητα της νόσου, η μείωση του βαθμού αυτοφροντίδας, ο βαθμός στήριξης από το περιβάλλον, η προηγούμενη εμπειρία, οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως επίσης οι αντιλήψεις και η προσωπικότητα των πασχόντων. Για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συλλογή πληροφοριών από τους ίδιους ή το περιβάλλον τους, η καταγραφή και η αξιολόγησή τους.¹⁴⁻²⁰

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η στεφανιαία νόσος επιβάλλει σημαντικές και άλλοτε αιφνίδιες αλλαγές στη ζωή των πασχόντων κυρίως μετά τη διάγνωση, κρίνεται απαραίτητο η εκτίμηση των αναγκών τους να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας καθώς είναι δυνατόν να επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στον τρόπο διαχείρισης της νόσου και στη δευτερογενή πρόληψη. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μεταπίπτουν αιφνιδίως από την υγιή κατάσταση σε αυτή του πάσχοντος, όπου απαιτείται τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, προσαρμογή και αποδοχή της νόσου και γενικότερα υιοθέτηση ενός μοντέλου ζωής βασισμένου στην «νέα τάξη πραγμάτων».¹⁴⁻²¹

Όσον αφορά τους ασθενείς με χρόνια στεφανιαία νόσο, η συνεχιζόμενη εκτίμηση των αναγκών είναι εξίσου σημαντική διότι μπορεί μεν η προσαρμογή και αποδοχή της νόσου να θεωρούνται έως ένα βαθμό αναμενόμενες, ωστόσο πολλές φορές, οι ασθενείς ερχόμενοι αντιμέτωποι με απειλητικά για τη ζωή τους συμπτώματα αδυνατούν να εφαρμόσουν κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι κάποιες ανάγκες των ασθενών είναι κοινές ανεξαρτήτως της φύσης και της χρονιότητας της νόσου ενώ κάποιες άλλες είναι συγκεκριμένες και μοναδικές και αποδίδονται στις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινή ζωή των πασχόντων.¹⁴⁻²¹

Η ανίχνευση, η αξιολόγηση και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών έχει πολλά οφέλη, τόσο για τους πάσχοντες όσο και για το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε χώρας, εκ των οποίων τα κυριότερα είναι η αξιολόγηση και η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία, η ανάπτυξη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή κοινωνικής στήριξης και η αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, διαπιστώνεται έλλειψη συστηματικής μέτρησης των αναγκών των ασθενών, όπως επίσης και έλλειψη συγκριτικών μελετών, οι οποίες θα επιτρέψουν τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών.¹⁴⁻²¹

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών είναι οι εξής : εμπιστοσύνης, ενημέρωσης, επικοινωνίας, εκπαίδευσης, στήριξης και αυτοφροντίδας.

1.1.γ. Ανάγκη εμπιστοσύνης

Η ανάγκη για εμπιστοσύνη καθορίζει το βαθμό συνεργασίας ασθενών και επαγγελματιών υγείας και γενικότερα αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης.^{22,23}

Η διαμόρφωση μιας στενής, θετικής και σταθερής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών, που διέπεται από εμπιστοσύνη, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στα χέρια ιατρών και νοσηλευτών, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί προς όφελος και των δυο πλευρών. Ειδικότερα, αποτελεί προϋπόθεση για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης στη θεραπεία ή είναι δυνατόν να τροποποιήσει την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας (π.χ. την έκβαση μιας χειρουργικής επέμβασης) ή να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. συγχυτικών παραληρημάτων μετά από χειρουργική επέμβαση) και να αμβλύνει τις επιπτώσεις από μια αποτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση.^{1,22-29}

Η δυναμική της σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι πολύπλοκη και πολυδιάστατη διότι αφενός καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά των δυο εμπλεκόμενων, αφετέρου από το ρόλο που ο καθένας από τους συμμετέχοντες καλείται να παίξει στη συγκεκριμένη θεραπευτική συνθήκη. Η σχέση αυτή είναι επίσης αλληλο-επιδρώμενη, όπου τα δύο εμπλεκόμενα μέρη, φέρνουν την προσωπική τους ιστορία, τα παιδικά τους βιώματα, το χαρακτήρα τους, τις προσωπικές τους εμπειρίες, συνήθειες και προκαταλήψεις και το κοινωνικο-οικονομικό, μορφωτικό και πολιτισμικό τους επίπεδο.^{1,22-29}

Από τη Ψυχιατρική αναφέρεται ότι στη διαμόρφωση αυτής της σχέσης συντελούν βασικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί. Αναλυτικότερα, κατά την παιδική ηλικία υπάρχει σχέση εξάρτησης παιδιών από τους γονείς, τους οποίους επικαλούνται σε περίπτωση κινδύνου ή δυσπραγίας με την προσδοκία βοήθειας, που σπάνια διαψεύδεται. Αυτή η προσδοκία βοήθειας αναβιώνει κατά την ενήλικη ζωή σε περίπτωση ασθένειας και μεταβιβάζεται στο πρόσωπο του ιατρού, αναμένοντας την ίδια θετική συμπεριφορά με τους γονείς, ένα φαινόμενο το οποίο σύμφωνα με τους

ψυχαναλυτικούς όρους, καλείται μεταβίβαση (transference). Ωστόσο, σε περίπτωση που οι παιδικές εμπειρίες από τους γονείς ήταν αρνητικές, αντί για εμπιστοσύνη υπάρχει καχυποψία και αμφισβήτηση προς τον ιατρό με αποτέλεσμα τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης κακής ποιότητας.^{1,22-29}

Εξίσου σημαντικός ψυχολογικός μηχανισμός στη σχέση αυτή είναι ο μηχανισμός της ταύτισης (identification), ο οποίος αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή. Σε περιπτώσεις κυρίως που η θεραπεία είναι μακροχρόνια ο ρόλος του ιατρού είναι θετικός καθώς προσφέρει τον εαυτό του ως πρότυπο για ταύτιση. Βέβαια, αναγκαία προϋπόθεση για τις θετικές επιπτώσεις μιας τέτοιας ταύτισης είναι το πρότυπο να έχει θετικές ιδιότητες.^{1,22}

Οι δεξιότητες και οι στάσεις που διαθέτει ο θεράπων ιατρός ενδυναμώνουν αυτή τη σχέση εμπιστοσύνης και συνοψίζονται στα παρακάτω^{1,22}:

- Ικανότητα να ακούει αυτά που λέγονται και αυτά που δεν λέγονται, αναγνωρίζοντας ότι η επικοινωνία δύο ανθρώπων γίνεται συγχρόνως σε πολλά επίπεδα. Ικανότητα να αντιλαμβάνεται τα υπόγεια ρεύματα της επικοινωνίας, που πολλές φορές δίνουν πιο σημαντικές πληροφορίες από αυτές που προκύπτουν από τη λεκτική επικοινωνία.
- Ικανότητα να αντλεί ενδείξεις για τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ασθενή από την έκφραση του προσώπου του, από τις κινήσεις του σώματός του, απ' τις αιφνίδιες σιωπές του και από τις άλλες εξω-λεκτικές αντιδράσεις.
- Επίδειξη ειλικρινούς ενδιαφέροντος προς τον ασθενή και αναγνώριση της ιδιαιτερότητάς του. Αποφυγή κάθε ισοπεδωτικής τάσης αναγωγής του ασθενούς σε «σύνδρομο».
- Διατήρηση των ορίων μιας θεραπευτικής σχέσης και αποφυγή αποκλίσεων από τον καθαρά επαγγελματικό χαρακτήρα της σχέσης.
- Άσκηση εποικοδομητικής αυτοκριτικής με σκοπό τη βελτίωση με αυτογνωσία και ειλικρίνεια.

Συμπερασματικά, η δημιουργία μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών δεν υπαγορεύεται μόνο από ανθρωπιστικό ή δεοντολογικό καθήκον, αλλά αποτελεί ανεκτίμητο εργαλείο, που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί επαγωγικά για την υγεία των ασθενών.

1.1.δ. Ανάγκη επικοινωνίας

Η επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι μια δυναμική εναλλασσόμενη σχέση όπου για παράδειγμα οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται σωστή επικοινωνία και πληροφόρηση από τους ασθενείς για την εκτίμηση της κατάστασής τους, την ακρίβεια της διάγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς μέσω της καλής επικοινωνίας επιτυγχάνουν την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών και την αποδοχή της κατάστασης της υγείας τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία που εκτείνεται από τη λήψη ιστορικού έως την εφαρμογή κάθε ιατρικής/νοσηλευτικής πράξης συντελεί στη μείωση του άγχους των ασθενών και στην εξασφάλιση της συνεργασίας τους με αποτέλεσμα την επιτέλεση του κλινικού έργου με μεγαλύτερη ακρίβεια.³⁰⁻³⁷

Η τέχνη της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή διδάσκεται στο 65% των ιατρικών σχολών της Αγγλίας και των Η.Π.Α και θεωρείται βασική γνώση για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος. Έρευνες επισημαίνουν την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης της διδασκαλίας της επικοινωνίας και της ανάπτυξης των δεξιοτήτων αυτής ως μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των σχολών επαγγελματιών υγείας.³⁰⁻³⁷

Τα προβλήματα επικοινωνίας και η κακής ποιότητας σχέση ασθενών-θεράποντων ιατρών ευθύνονται για το 70-80% της παραπομπής ιατρών σε δικαστήρια και αποδίδεται στο διαφορετικό τρόπο που αντιλαμβάνονται την αποτελεσματική επικοινωνία. Η κακή επικοινωνία σχετίζεται με λανθασμένες επιλογές θεραπείας συχνά μη-επιστημονικές, όπως για παράδειγμα αναζήτηση εναλλακτικών μορφών θεραπείας.³⁰⁻³⁷

Επίσης, πολύ συχνά, η σχέση επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας – ασθενών παρερμηνεύεται όταν εκδηλωθεί παραβίαση των ορίων της θεραπευτικής σχέσης, εκ των οποίων ως κυριότερη θεωρείται η απαίτηση του ασθενή για διάθεση περισσότερου χρόνου ή προσοχής. Η τήρηση της σχέσης εντός ασφαλών ορίων εναποτίθεται κυρίως στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει αφενός να εκδηλώνουν ενσυναίσθηση κατανοώντας το ψυχικό κόσμο των ασθενών αφετέρου να διαχειρίζονται την κατάσταση με επαγγελματισμό.³⁰⁻³⁷

Οι κυριότεροι παράγοντες που υπονομεύουν την αποτελεσματική επικοινωνία αφορούν και τις δύο πλευρές, όπως για παράδειγμα το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς

κατά τη νοσηλεία τους και το άγχος και ο βαθμός κόπωσης που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας λόγω φόρτου εργασίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, άλλοι παράγοντες που συνευθύνονται για τη μη-αποτελεσματική επικοινωνία είναι η έλλειψη διάθεσης επαρκούς χρόνου και γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ασθενών και η δυνατότητα αντίληψης των οδηγιών.

Η αποτυχία επίτευξης καλής επικοινωνίας έχει ως αποτέλεσμα την απόκρυψη πληροφοριών από τους ασθενείς που αφορούν στη νόσο και την αποτυχία συμμόρφωσης προς τη θεραπεία και την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης, παράγοντες, που επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της νόσου.³⁰⁻³⁷

1.1.ε. Ανάγκη ενημέρωσης/πληροφόρησης

Η ανάγκη της πληροφόρησης ήρθε στο προσκήνιο αρκετές δεκαετίες νωρίτερα, όταν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές του 1970, άρχισε να διαφαίνεται μια ηθική μετατόπιση στο τομέα της υγείας από τον πατερναλισμό, όπου ο ιατρός ήταν εκείνος που ελάμβανε αποφάσεις για τη θεραπεία του ασθενή και επέλεγε το βαθμό και το είδος της παρεχόμενης πληροφόρησης με το γνώμονα το «καλό» του ασθενούς, προς την προαγωγή της αυτονομίας και την αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να ενημερώνονται με σαφήνεια για την κατάσταση της υγείας τους. Λίγο αργότερα, στη δεκαετία του '70 και του '80, εκδηλώθηκε εντονότερα η ανάγκη για ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούσαν στη θεραπεία τους, οι οποίοι άρχισαν να υιοθετούν μια πιο κριτική στάση προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ως αποτέλεσμα, σημειώθηκε σημαντική αλλαγή ως προς τον τρόπο και το είδος της παρεχόμενης ενημέρωσης από τους θεράποντες ιατρούς. Η μέθοδος της ειλικρινούς, και αναλυτικής πληροφόρησης εφαρμόστηκε ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου η σχέση ιατρών –ασθενών άρχισε να διέπεται από τη δεοντολογική αρχή της αυτονομίας των ασθενών.³⁸⁻⁴³

Από τότε έως σήμερα, παρότι σε πολλές χώρες του κόσμου έχει αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της ενημέρωσης ή έχει κατοχυρωθεί με νόμο η παροχή λεπτομερούς πληροφόρησης των ασθενών για όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με την παροχή

φροντίδας και την κατάσταση υγείας, εντούτοις, η παρεχόμενη ενημέρωση δεν είναι συστηματική.³⁸⁻⁴³

Στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα επικρατεί ακόμα και σήμερα, ίσως και χωρίς να είναι αντιληπτό, το πατερναλιστικό πρότυπο παροχής φροντίδας, όπου οι παρεχόμενες πληροφορίες φιλτράρονται και υπερισχύει η τάση απόκρυψης της πλήρους αλήθειας με αποτέλεσμα πολύ συχνά οι ασθενείς να οδηγούνται σε καχυποψία και αμφισβήτηση για την αναγκαιότητα της θεραπείας ή σε αυξημένη ανασφάλεια, φόβο και δυσαρέσκεια από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.²⁰

Επίσης, διαφορές παρατηρούνται ως προς τις πηγές πληροφόρησης. Στην Ελλάδα, ως βασική πηγή ενημέρωσης θεωρείται ο ιατρός και σπανιότερα ο/η νοσηλεύτης/τρια. Άλλες μη συνηθισμένες πηγές πληροφόρησης αποτελούν η μελέτη βιβλίων και άρθρων, η συμμετοχή σε συνέδρια, διαλέξεις, τα ενημερωτικά φυλλάδια και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, όπως η τηλεόραση, το ραδιόφωνο και ο ημερήσιος ή περιοδικός τύπος. Τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί σημαντικά η δημοτικότητα της πληροφόρησης με τη Βοήθεια Ηλεκτρονικού Υπολογιστή. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία δεν έχει πλήρη εφαρμογή, είτε λόγω της ανικανότητας των ατόμων μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας να χειριστούν τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές είτε λόγω της μη-διαθεσιμότητας ηλεκτρονικών υπολογιστών εξαιτίας του κόστους.³⁸⁻⁴³

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποστηρίζεται, ότι οι ανάγκες πληροφόρησης ποικίλουν στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, κ.ά. Συνήθως, οι καρδιολογικοί ασθενείς επιθυμούν ενημέρωση όχι μόνο για τη νόσο και τη θεραπεία της, την πρόληψη των επιπλοκών ή των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά επίσης και για άλλα πρακτικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμα και οικονομικά θέματα.³⁸⁻⁴³

Τα κύρια ευεργετικά αποτελέσματα που επιφέρει η πληροφόρηση είναι η κατανόηση της νόσου, η απόρριψη σύγχυσης που επικρατεί κυρίως μετά τη κρίση της διάγνωσης της νόσου, η ενίσχυση της αντίληψης του ελέγχου της νόσου, η συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες και το κυριότερο όλων η ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.³⁸⁻⁴³

Η παροχή αποτελεσματικής πληροφόρησης για την επεξήγηση της νόσου και των θεραπευτικών οδηγιών προϋποθέτει αφενός τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και από τις δυο πλευρές με ειλικρινή και άνετη ατμόσφαιρα, αφετέρου τη χρήση σαφών

και κατανοητών όρων και την επανεκτίμηση της κατανόησης των αποκτηθέντων γνώσεων. Συχνά, δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην ακρίβεια της διάγνωσης και στην επιλογή σωστής θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ υποτιμάται τόσο ο τρόπος ανακοίνωσης της νόσου και των επιπτώσεων που επιφέρει στη ζωή των πασχόντων όσο και η επεξήγηση των οδηγιών που πρέπει οι πάσχοντες να εφαρμόσουν για την καλύτερη έκβαση της νόσου και την πρόληψη των επιπλοκών.³⁸⁻⁴³

1.1.στ. Ανάγκη εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση ασθενών με στεφανιαία νόσο αποτελεί μέρος του επαγγελματικού ρόλου των ιατρών και νοσηλευτών και πρέπει να ξεκινάει από πολύ νωρίς, δηλ., από τη διάγνωση της νόσου έως την έξοδο από το νοσοκομείο. Παρότι, η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης έχει αναγνωρισθεί από την εποχή της Florence Nightingale δηλ., από τα μέσα του 19ου αιώνα, εντούτοις έως και σήμερα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πεδία δράσης των επιστημών υγείας που συνεχώς εξελίσσεται.⁴⁴⁻⁵⁴

Οι πρώτες προσπάθειες εκπαίδευσης έγιναν προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960 με την εισαγωγή διαφόρων μέσων, όπως φυλλάδια, βίντεο, ομαδικές συνεδρίες και προ-εγχειρητικές επισκέψεις συμπεριλαμβανομένων των οδηγιών και συμβουλών καθοδήγησης για ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν. Παράλληλα, η εκπόνηση ερευνητικών εργασιών που σχετίζονταν με την εκπαίδευση των ασθενών οδήγησε στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στην ικανοποίηση των ασθενών, στη μείωση του άγχους, όπως επίσης και στη μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και συνεπώς του κόστους νοσηλείας.⁴⁴⁻⁵⁴

Λίγο αργότερα, σε δεύτερο αναπτυξιακό στάδιο, η εκπαίδευση οργανώθηκε καλύτερα με το διορισμό συντονιστών και εξειδικευμένων νοσηλευτών κυρίως σε ότι αφορούσε ογκολογικούς και διαβητικούς ασθενείς. Η θέσπιση και η οργάνωση νέων δομών στο χώρο του νοσοκομείου που αφορούσαν στην εκπαίδευση αναβάθμισαν την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης.⁴⁴⁻⁵⁴

Ωστόσο, αυτές οι σημαντικές εξελίξεις δεν ήταν αρκετές να μειώσουν τα παράπονα των ασθενών όσον αφορά στην εκπαίδευση και καθοδήγηση στο χώρο του νοσοκομείου. Κατά τη δεκαετία του 80, άρχισε να επισημαίνεται η αναγκαιότητα μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών που αφορούν στην εκπαίδευση.⁴⁴⁻⁵⁴

Ως εκπαίδευση ορίζεται η διαδικασία βελτίωσης της γνώσης και των δεξιοτήτων που έχει ως πρωταρχικό στόχο να επιφέρει τις απαραίτητες αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά, προκειμένου να επιτευχθεί η διατήρηση ή βελτίωση της υγείας. Εξίσου σημαντικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η ενδυνάμωση του ατόμου ώστε να επιτύχει τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την καλύτερη διαχείριση της υγείας του και την ενίσχυση της αυτοφροντίδας. Σύμφωνα με παλαιότερη βιβλιογραφική αναφορά του Knowles,⁵⁴ ως ανάγκη για εκπαίδευση ορίστηκε το κενό ανάμεσα στην επάρκεια γνώσης και το παρών επίπεδο ανάπτυξης της γνώσης του μαθητευόμενου. Το ουσιαστικότερο βήμα στην εκτίμηση αυτού του κενού είναι η προσωπική άποψη του μαθητευόμενου όσον αφορά την διαφορά μεταξύ του σημείου που βρίσκονται τώρα και του σημείου που πρέπει να φθάσουν. Ο τρόπος και η χρονική διάρκεια διεξαγωγής της μάθησης ποικίλει από άτομο σε άτομο και βασίζεται κυρίως στην στάση, στις πεποιθήσεις και στα κίνητρα του, όπως επίσης στη δυνατότητα κατανόησης των οδηγιών. Δεδομένου, ότι αυτή προσέγγιση διερευνά και ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε ασθενή θεωρείται ως η πλέον αποδοτική.⁴⁴⁻⁵⁴

Παρότι, η εκπαίδευση αυτή καθεαυτή δεν αποτελεί θεραπεία, εντούτοις ολοένα και περισσότερες έρευνες συνηγορούν ότι χωρίς αυτή δεν είναι δυνατό να εξασφαλισθεί αποτελεσματική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου. Η αποτελεσματική εκπαίδευση προϋποθέτει συνδυασμό κλινικής εξειδίκευσης, γνώσης μέσα από πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα καθώς επίσης και τη γνώμη του ασθενή.⁶²⁻⁶⁹

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον των επιστημών υγείας για το σχεδιασμό και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ατομικών προγραμμάτων εκπαίδευσης, τα οποία εστιάζονται στις ανάγκες του κάθε πάσχοντα ξεχωριστά (patient-centred approach). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το πρόγραμμα που επικεντρώνεται στον ίδιο τον πάσχοντα σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση του ασθενή, μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, υψηλού βαθμού συμμόρφωση στη θεραπεία, όπως επίσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής όχι μόνο των ασθενών αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος στήριξης.⁴⁴⁻⁵⁵

Η φιλοσοφία ενός αποτελεσματικού προγράμματος εκπαίδευσης έχει ως στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς μέσω της ενίσχυσης του ασθενή για αυτοέλεγχο, της τροποποίησης των προσωπικών παραγόντων κινδύνου, της εφαρμογής ρεαλιστικών στόχων και προσδοκιών και της ενθάρρυνσης της ενεργού συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία.⁴⁴⁻⁵⁵

Η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης δεν κρίνεται μόνο από την ορθότητα των αποκτηθέντων γνώσεων αλλά με το εάν και κατά πόσο διατηρείται η γνώση με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς, για τη μακροπρόθεσμη εξασφάλιση του ευεργετικού αποτελέσματος της εκπαίδευσης, αυτή πρέπει να είναι συνεχής. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη μείωση της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, των επανα-εισαγωγών στο νοσοκομείο και των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.⁴⁴⁻⁵⁵

1.1. ζ. Ανάγκη συμμετοχής/ αυτοφροντίδας

Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας προϋποθέτει την ενίσχυση του βαθμού αυτοφροντίδας και συμμετοχής των ασθενών στη φροντίδα τους με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής τους. Ως συμμετοχή και αυτοφροντίδα ορίζεται ο βαθμός στον οποίον τα άτομα εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία τους. Η ενίσχυση της συμμετοχής και της αυτοφροντίδας απαιτεί στρατηγικές που κινητοποιούν, ενδυναμώνουν και ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναλάβουν οι ίδιοι τη φροντίδα τους και πρέπει να είναι συνεχής και ανάλογη με το στάδιο της νόσου για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος.⁵⁶⁻⁶⁶

Ο βαθμός συμμετοχής των ασθενών στη θεραπεία ποικίλει. Πολλές φορές, οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία ενεργού συμμετοχής λόγω του ελλείμματος γνώσεων, της απώλειας ενδιαφέροντος για την πορεία της νόσου και της αμφισβήτησης της θεραπείας και της αποτελεσματικότητάς της.⁵⁶⁻⁶⁶

Για παράδειγμα, παρά τις προόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία, η καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται με επιπλοκές που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί ή αντιμετωπιστεί. Αυτό συμβαίνει διότι ο μόνος τρόπος για να είναι αποτελεσματική μια θεραπεία δεδομένης της σωστής διάγνωσης και της κατάλληλης αντιμετώπισης είναι να μπορεί ο ασθενής να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του και να συμμορφώνεται στη θεραπεία. Οι περισσότεροι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με τα άτομα που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια επισημαίνουν ότι η πρόκληση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είναι η ανάπτυξη της ικανότητας των ασθενών να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους, να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα συμπτώματα, να συμμορφώνονται στην πολυσύνθετη θεραπευτική αγωγή και να τροποποιούν παρούσες

συμπεριφορές ή να εφαρμόζουν καινούργιες για τη βελτίωση της υγείας τους και την πρόληψη των επιπλοκών.⁵⁶⁻⁶⁶

Δυστυχώς όμως τόσο η φύση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου όσο και η πολύπλοκη θεραπευτική αγωγή απαιτεί συνδυασμό υψηλών γνώσεων και μεθοδικής συνεργασίας με τους επαγγελματίες υγείας, παράγοντες, που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι σχεδόν οριακοί ή ανύπαρκτοι με αποτέλεσμα η επίτευξη των στόχων της θεραπείας να είναι εξαιρετικά δύσκολη και οι επανεισαγωγές λόγω επιδείνωσης της νόσου να είναι αρκετά συχνές.⁵⁶⁻⁶⁶

Ένας αυξανόμενος αριθμός σχετικών ερευνών τονίζει την αναγκαιότητα της ενίσχυσης της συμμετοχής - αυτοφροντίδας σε όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν φτωχή συμμόρφωση συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων που βιώνουν γνωστική και σωματική εξασθένηση ή είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με το πατερναλιστικό πρότυπο παροχής φροντίδας, ο θεράπων ιατρός ήταν εκείνος που ελάμβανε αποφάσεις για τη θεραπεία, ανεξαρτήτως της συμμετοχής ή σύμφωνης γνώμης του ασθενή. Αντιθέτως, στη σημερινή εποχή σε πολλές χώρες του κόσμου αλλά και στην Ελλάδα, ο τύπος αυτός παροχής φροντίδας εγκαταλείπεται και ενισχύεται η ενεργός συμμετοχή των πασχόντων στη θεραπεία μέσω της πληροφόρησης και της εκπαίδευσης. Για το σκοπό όμως αυτό απαιτείται ακριβής εκτίμηση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων των ασθενών. ενώ συνιστάται ενθάρρυνση της συμμετοχής στην υγειονομική περίθαλψη.⁵⁶⁻⁶⁶

Ωστόσο, η ικανοποίηση της ανάγκης για συμμετοχή δεν είναι δυνατόν να εκπληρώνεται πάντα, όπως για παράδειγμα, σε ένα αιφνίδιο καρδιακό επεισόδιο, όπου οι ασθενείς δεν έχουν πολλά περιθώρια επιλογής διατηρούν όμως το δικαίωμα της πληροφόρησης. Αντιθέτως, βρίσκει εφαρμογή στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης ή κατά το στάδιο της αποκατάστασης. Για παράδειγμα, στόχος της φροντίδας των ασθενών που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η κατά το δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση μέσω της ενίσχυσης του βαθμού αυτοφροντίδας και της ικανότητας να χειριστούν τις συνέπειες της νόσου συμπεριλαμβανομένης της επίτευξης δευτερογενούς πρόληψης.⁵⁶⁻⁶⁶

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις ανάγκες του ασθενή, ωστόσο, ο αριθμός των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν τις ανάγκες των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και ειδικότερα κατά το στάδιο της αποκατάστασης, είναι περιορισμένος.

1.1.η. Ανάγκη στήριξης

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι τόσο η αιφνίδια εισαγωγή στο νοσοκομείο, όπως για παράδειγμα λόγω εμφράγματος, όσο και οι συχνές επανα-εισαγωγές λόγω καρδιακής ανεπάρκειας αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις, όπου το άτομο εκτός από την αντιμετώπιση της νόσου χρειάζεται και ένα περιβάλλον στήριξης, οικογενειακό, κοινωνικό, αλλά και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.¹

Αναλυτικότερα, κατά τον τελευταίο αιώνα, στον οποίο σημειώθηκε ραγδαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου, προτεραιότητα αποτελούσε η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου με απώτερο στόχο την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο κατά τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερη έμφαση άρχισε να δίδεται και σε άλλους παράγοντες που συνευθύνονται για την πορεία και την αποκατάσταση της στεφανιαίας νόσου, όπως για παράδειγμα στην κοινωνική στήριξη. Η φτωχή κοινωνική στήριξη σε συνδυασμό με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η εχθρότητα σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη στεφανιαία νόσο και αποτελούν πρόκληση στο σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης και αποκατάστασης.

67-75

Ο όρος «κοινωνική στήριξη» έχει ευρύτατα χρησιμοποιηθεί και αναφέρεται συνήθως στους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι δεσμοί με άλλα μέλη της κοινότητας προστατεύουν τα άτομα από δυσμενείς συνέπειες της νόσου και προάγουν την ψυχική τους υγεία. Παράλληλα, η κοινωνική στήριξη ασκείται μέσα από κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα, τα οποία λειτουργούν ως άμεση πηγή στήριξης για το άτομο και ως βασική δικτύωση με άλλους πόρους και πηγές βοήθειας.

Η σημασία της κοινωνικής στήριξης τονίστηκε για πρώτη φορά το 1970, όταν ερευνητές παρατηρώντας ότι οι ασθενείς που είχαν ενεργό δίκτυο στήριξης παρουσίαζαν καλύτερη πρόγνωση στη φάση της αποκατάστασης περιέγραψαν την προστατευτική επίδραση της κοινωνικής στήριξης στη νόσο. Έκτοτε, το ενδιαφέρον εστιάστηκε περισσότερο στη δομή και ποιότητα του δικτύου στήριξης και σε απτά στοιχεία που αφορούν την παρεχόμενη στήριξη.^{1,22,23,67-75}

Η έννοια της κοινωνικής στήριξης δεν είναι πάντα ακριβής ως προς τον τρόπο ορισμού και μέτρησης. Η αντιμετώπιση αυτών των περιορισμών αποτελεί σημαντικό

βήμα για την πλήρη κατανόηση της σχέσης κοινωνικής στήριξης και στεφανιαίας νόσου, όπως επίσης και για το σχεδιασμό παρεμβατικών προγραμμάτων. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία παρατηρείται μια κοινή αποδοχή ως προς τη διάρθρωση της στήριξης σε δυο ευρύτερα πεδία: στη δομική και στη λειτουργική στήριξη ή αλλιώς στη σύνθεση των κοινωνικών δεσμών και στήριξης και στην στήριξη που τελικά παρέχεται. ^{1,22,23,67-75}

Αναλυτικότερα, η δομική στήριξη αναφέρεται στο μέγεθος, στον τύπο, στην ένταση και στη συχνότητα της επαφής του υποστηρικτικού δικτύου δηλ., των ατόμων που περιβάλλουν τον πάσχοντα με ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα της παρεχόμενης στήριξης. Ως λειτουργική ορίζεται η στήριξη που παρέχεται από τις κοινωνικές δομές και συμπεριλαμβάνει την οικονομική και συναισθηματική στήριξη, την παροχή πληροφόρησης, την εκτίμηση της κατάστασης, όπως επίσης και τη συστηματικότερη βοήθεια, όπως αυτή που δίδεται για την επίτευξη των στόχων. Συχνά αυτή η στήριξη χαρακτηρίζεται ως «απτή», όπως για παράδειγμα η οικονομική στήριξη. ^{1,22,23,67-75}

Σύμφωνα, με άλλες βιβλιογραφικές αναφορές διακρίνονται 4 είδη κοινωνικής στήριξης ανάλογα με το είδος των αναγκών που καλύπτουν : ^{1,22,23}

Συναισθηματική στήριξη, που προέρχεται κυρίως από συγγενείς και φίλους και αποτελεί την πιο γνωστή μορφή στήριξης. Περιλαμβάνει κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα, αγάπη και εμπιστοσύνη

Αξιολογική στήριξη, που αφορά μετάδοση πληροφοριών που παρέχουν μία εκτίμηση του ατόμου από τους άλλους, π.χ. οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, ιατρούς με τη μορφή επιβεβαίωσης, αξιολόγησης της απόδοσης ή της θεραπευτικής πορείας κ.λ.π. Διαφοροποιείται από τη συναισθηματική στήριξη διότι δεν αφορά το συναίσθημα.

Πληροφοριακή στήριξη, που αφορά παροχή πληροφοριών, συμβουλών, ιατρικών οδηγιών, κατεύθυνσης, πρόγνωσης, κ.λ.π

Υλική στήριξη, με τη μορφή χρημάτων, χρόνου, βοήθειας σε είδος και άλλες συγκεκριμένες παρεμβάσεις υπέρ του ατόμου.

Οι θεωρίες που σχετίζονται με την κοινωνική στήριξη αναπτύσσονται ολοένα και περισσότερο και καταδεικνύουν την αναγκαιότητα συνεκτίμησης των εξής παραγόντων : α) τους παράγοντες που αφορούν τη νόσο, όπως για παράδειγμα στάδιο ή βαρύτητα της νόσου β) τους παράγοντες που αφορούν το άτομο, όπως βαθμός απώλειας της αυτοφροντίδας, συμμόρφωση στη θεραπεία, κ.ά. και γ) την επιθυμία του ίδιου του ατόμου να αναζητήσει βοήθεια και να αποκαλύψει στους άλλους τις περιοχές που χρειάζονται στήριξη. Οι ασθενείς βιώνουν πολλά προβλήματα, το μέγεθος των

οποίων σχετίζεται με το βαθμό προσαρμογής τους στις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου, όπως επίσης και με την απροθυμία τους να αποδεχτούν το νέο τρόπο ζωής και τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η νόσος και η απώλεια του βαθμού αυτοφροντίδας. Ο τρόπος αντίδρασης των ασθενών διαφοροποιείται ανάλογα με τις στρατηγικές αντιμετώπισης δηλ., τις προσπάθειες να αποκτήσουν έλεγχο της κατάστασης.^{1,22,23, 67-75}

Πολλές θεωρίες επισημαίνουν τη διαφορά μεταξύ της παρεχόμενης στήριξης (received functional support) και της προσωπικής εκτίμησης της ικανοποίησης από τη στήριξη ή και της πεποίθησης ότι η στήριξη είναι πάντα διαθέσιμη όταν χρειαστεί (perceived functional support). Εκτός από το κοινωνικό περιβάλλον, η άποψη των πασχόντων για την κοινωνική στήριξη διαμορφώνεται και από άλλους κοινωνικο-οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, όπως επίσης και από δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο, η εθνικότητα, κ.ά.^{1,22,23}

Από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι κυρίως η αξιολόγηση φτωχής στήριξης συμπεριλαμβανομένων των αρνητικών διαστάσεων των διαπροσωπικών σχέσεων είναι εκείνες που σχετίζονται περισσότερο στατιστικά σημαντικά με την πορεία και εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου, ενώ αντίθετα η αξιολόγηση θετικής στήριξης είναι δυνατόν να προστατέψει το άτομο κατά την εκδήλωση της νόσου επειδή το θωρακίζει από το άγχος.^{1,22,23}

Ένας αυξανόμενος αριθμός σχετικών ερευνών επιβεβαιώνει την σπουδαιότητα της αποτροπής της κοινωνικής απομόνωσης με τη διατήρηση της επικοινωνίας και της σωστής στήριξης (οικογενειακής-κοινωνικής-οικονομικής), η οποία έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπευτική διαδικασία και την έκβαση της νόσου και συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο.⁶⁷⁻⁷⁵

Δεδομένου ότι οι καρδιολογικοί ασθενείς χρειάζονται να βιώνουν ασφάλεια στο θεραπευτικό τους περιβάλλον και ικανοποίηση των σωματικών και συναισθηματικών αναγκών, καλούνται οι επαγγελματίες υγείας, θεράποντες ιατροί και νοσηλευτές, να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών στη καθημερινή κλινική πράξη με απώτερο στόχο τη βελτίωση της πρόγνωσης και την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

2.1. ΑΓΧΟΣ

2.1.α. Γενικά περί άγχους

Το άγχος αποτελεί βασική ανθρώπινη εμπειρία που είναι δυνατόν να ενυπάρχει σε όλες τις παθολογικές και μη-παθολογικές καταστάσεις. Το άγχος προηγείται και ακολουθεί κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα και επανέρχεται στη διάρκεια όλων των φάσεων της ανάπτυξης της προσωπικότητας. Στην αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, το άγχος συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς ή φανταστικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές. Λειτουργεί ως σήμα εγρήγορσης που προειδοποιεί για επικείμενο κίνδυνο, προετοιμάζοντας το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνές του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια απειλή ή να την διαφύγει (flight or fight).^{1,22,23,76-78}

Αναλυτικότερα, το άγχος χαρακτηρίζεται από την αντιλαμβανόμενη ανικανότητα του ατόμου να προβλέψει, να ελέγξει ή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα για να αντιμετωπίσει μια απειλή, η οποία δεν προσδιορίζεται γιατί είναι αόριστη και δεν αποδίδεται μόνο στο είδος του ερεθίσματος αλλά και στην ερμηνεία που της προσδίδει το άτομο. Η καλύτερη απόδοση του γνωσιακού αυτού στοιχείου του άγχους δίδεται από τον Επίκτητο (55-135 μ.Χ) ως εξής « αυτό που στεναχωρεί το άτομο δεν είναι τα πράγματα αυτά καθεαυτά, αλλά οι γνώμες και οι φαντασίες για αυτά». ^{1,22,23,76-78}

Ωστόσο, προηγείται μια προσαρμοστική ψυχολογική και σωματική αντίδραση, η οποία εξασφαλίζει εγρήγορση και προετοιμάζει το άτομο για καλύτερη απόδοση και λειτουργικότητα. Αυτή ακριβώς η προπαρασκευαστική φάση της εγρήγορσης δεν είναι παθολογική αλλά αντιθέτως θεωρείται αναγκαία για μια υγιή προσωπικότητα. Το άγχος έχει ως απώτερο σκοπό να επιτύχει την ισορροπία ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Όταν το «εγώ» δέχεται την επίδραση του άγχους εποπτεύει την εναρμόνιση των αναγκών του ατόμου με τις απαιτήσεις της κοινωνίας και οδηγεί σε κατάλληλη μορφή κοινωνικής προσαρμογής. Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος έχει προστατευτικό ρόλο διότι αφενός μεν ευνοεί ανώτερα επίπεδα οργάνωσης του «εγώ»

και καθιστά ικανό το άτομο να λειτουργήσει στο κοινωνικό περιβάλλον αφετέρου ενεργοποιεί αντιδράσεις που παρέχουν προστασία από απειλές.^{1,22,23,76-78}

Η προσαρμοστική αυτή απάντηση του ατόμου χάνεται, όταν υπάρχει αύξηση της έντασης και της χρονικής διάρκειας του άγχους, τα οποία χαρακτηρίζουν το παθολογικό άγχος. Ως παθολογικό άγχος ορίζεται η δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή η αντίδραση που προέρχεται μέσα από συγκρούσεις που ανήκουν στο παρελθόν του ατόμου. Το υπερβολικό άγχος που εκδηλώνεται σε καταστάσεις όπου δεν υφίσταται σωματική ή ψυχολογική απειλή ή σε συναισθηματική αντίδραση δυσανάλογη της έντασης του κινδύνου αποτελεί ένδειξη παθολογικού άγχους.

Ως αποτέλεσμα του παθολογικού άγχους, το άτομο κυριαρχείται από αρνητικές αντιδράσεις, απωθημένες σκέψεις, προσμονή αόριστης απειλής, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, αυξημένο τόνο του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συμπεριφορά αποφυγής με αποτέλεσμα τη διαταραχή της λειτουργικότητάς του.^{1,22,23,76-78}

Το παθολογικό άγχος περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα είναι: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συγχουρία και η κεφαλαλγία τάσεως, ενώ τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. Ωστόσο, τα σωματικά συμπτώματα, εκλαμβάνονται ως απειλή για την υγεία με αποτέλεσμα η όλη κατάσταση να αποτελεί φαύλο κύκλο, καθώς η ανησυχία για την υγεία επιτείνει το άγχος, το οποίο συνεπάγεται περισσότερα σωματικά συμπτώματα.^{1,22,23,76-78}

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άγχος πρέπει να διαφοροποιείται από το φόβο. Μολονότι, το άγχος και ο φόβος λειτουργούν ως προειδοποιητικά σήματα ενός επικείμενου κινδύνου, που προετοιμάζουν το άτομο είτε να διαφύγει είτε να αντιμετωπίσει μια κατάσταση, εντούτοις, αποτελούν έννοιες που έχουν σημαντικές διαφορές. Ο φόβος αφορά αιφνίδιο αλλά γνωστό κίνδυνο και έχει ένταση ανάλογη του μεγέθους του κινδύνου, ενώ το άγχος αφορά κάποια ασαφή, μη προκαθορισμένη απειλή. Κατά συνέπεια, ο φόβος προετοιμάζει τον οργανισμό για δράση σε άμεσο κίνδυνο, ενώ το άγχος κινητοποιεί για εγρήγορση και αναγνώριση επικείμενου κινδύνου. Διαφορές παρατηρούνται στα δυο αυτά προειδοποιητικά σήματα ως προς τη

χρονική διάρκεια. Το άγχος, χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια διότι το ερέθισμα είναι άγνωστο και συνεπώς το άτομο δεν μπορεί να το αποφύγει, ενώ **αντίθετα** η διάρκεια του φόβου είναι ίδια με τη διάρκεια του κινδύνου. ^{1,22,23,76-78}

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα άγχω, το οποίο σημαίνει σφίγγω πιεστικά, ιδίως στο λαιμό, αποπνίγω, στραγγαλίζω και ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens. Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους, κυρίως από τα άγρια ζώα, που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνά του. Ο μεταγενέστερος άνθρωπος δεν απειλείται από τα ζώα, αλλά από την απειλή της ήττας και της απόρριψης και βιώνει την ίδια εμπειρία του άγχους. Οι κοινωνικές μεταβολές, οι πόλεμοι, οι απειλές καταστροφής, δημιούργησαν την εποχή του έκδηλου άγχους. ^{1,22,23,76-78}

Το άγχος ήταν γνωστό και από την εποχή του Ιπποκράτη ο οποίος είχε περιγράψει περιπτώσεις φοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, ενώ ο Επίκτητος (55-135μ.Χ) είχε ορίσει το άγχος ως «φόβο του φόβου». Έκτοτε, το άγχος επιδέχτηκε ποικίλους ορισμούς, οι οποίοι περισσότερο αντανάκλασαν τις κυρίαρχες αντιλήψεις της κοινωνίας που το δημιουργούσε.

Σταθμοί στην αναγνώριση του άγχους ήταν ο 17^{ος} αιώνας, όταν ο Robert Burton διαχώρισε τους «παθολογικούς» φόβους από τους «φυσιολογικούς» φόβους και τον 19^ο αιώνα (1844), όταν ο Soren Kierkegaard, περιέγραψε πρώτος το άγχος ως «μια αόριστη, διάχυτη ανησυχία, διαφορετική από το φόβο, λόγω μη παρουσίας συγκεκριμένου κινδύνου, χωρίς δυνατότητα διαφυγής». Σύμφωνα με τον Kierkegaard, το άγχος προκύπτει όταν ο άνθρωπος ερχόμενος αντιμέτωπος με την ελευθερία του, έχει την ανάγκη να προχωρήσει προς τα εμπρός στην ανάπτυξή του (φυσιολογικό άγχος), ενώ η αποτυχία να προχωρήσει προς τα εμπρός δημιουργεί το παθολογικό άγχος. Ο Goldstein πίστευε, ότι το άγχος μπορεί να προκληθεί από διάφορα αίτια που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τη διάσταση ανάμεσα στις δυνατότητες του ατόμου και τις απαιτήσεις που αυτό αντιμετωπίζει. ^{1,22,23,76-78}

Ο Freud πίστευε ότι το άγχος λειτουργεί ως σήμα του οργανισμού να κινητοποιήσει τις άμυνές του και διέκρινε το άγχος σε «εξωτερικό πραγματικό» και σε «εσωτερικό νευρωσικό». Ο Cannon, το 1939 ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε ότι οι παράγοντες του άγχους ήταν συναισθηματικοί και φυσικοί και περιέγραψε την αντίδραση «πάλης ή φυγής» («fight-or-flight»), την οποία υιοθετούν ο άνθρωπος και τα ζώα σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Επίσης, διατύπωσε την άποψη ότι

αυτές οι αντιδράσεις βασίζονται στην απελευθέρωση ισχυρών νευροδιαβιβαστών από τα επινεφρίδια, όπως της επινεφρίνης και της νοραδρεναλίνης.^{1,22,23,76-78}

Λίγο αργότερα, το 1950 το άγχος ορίζεται ως «ανησυχία που ακολουθεί τα βήματα του ανθρώπου» με κύριο χαρακτηριστικό την μη βοήθεια. Από θεολογική άποψη και σύμφωνα με τον Niebuhr, το άγχος έχει θεωρηθεί ως «εσωτερική έκφραση του πειρασμού» και ως «εσωτερική προϋπόθεση της αμαρτίας».

Παράλληλα, στο χώρο της επιστήμης της Ψυχολογίας κυρίως μεταξύ των δεκαετιών 1920-1950 τίθεται το ερώτημα εάν η ψυχική κατάσταση του ατόμου επιδρά στη σωματική υγεία. Σε αυτές τις δεκαετίες επικρατεί η ψυχαναλυτική άποψη, η οποία υιοθετεί το μοντέλο της «ειδικής επίδρασης» σύμφωνα με το οποίο κάθε ψυχοσωματική ασθένεια είναι αποτέλεσμα ενδοψυχικής πάλης, η οποία εκφράζεται μέσα από ένα ειδικό σύμπτωμα. Από τη δεκαετία του 1950 και ύστερα εμφανίζεται το μοντέλο της «γενικής ευαισθησίας», σύμφωνα με το οποίο οι χρόνιες και σοβαρές διαταραχές της εσωτερικής ισορροπίας, οι οποίες θεωρούνται αποτέλεσμα του stress ή των αρνητικών συναισθημάτων αυξάνουν τη γενική ευαισθησία και ευπάθεια του ατόμου σε κάθε είδος ασθένειας. Επίσης, κατά την ίδια δεκαετία, αναγνωρίστηκαν διαφορές όσον αφορά την απάντηση στο άγχος ανάλογες με τον τύπο της προσωπικότητας και το περιβάλλον. Εξίσου σημαντικός σταθμός ήταν η θεωρία του Hans Selye (1956), γνωστή ως «σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής». Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα συναισθήματα προκαλούν αλλαγές στη νευροχημεία του σώματος και στη συμπεριφορά, οι οποίες δημιουργούν διαταραχές και ασθένειες. Έκτοτε, η σχέση άγχους και σωματικών παθήσεων και ειδικότερα της στεφανιαίας νόσου άρχισε σταδιακά να αποτελεί αντικείμενο μελέτης ολοένα και περισσότερων ερευνών.

Συνοψίζοντας, η εμπειρία του άγχους μπορεί να χωριστεί στις εξής δυο μεγάλες κατηγορίες :^{1,22,23,76-78}

Η πρώτη κατηγορία αφορά ένα οξύ σοβαρό κύμα έντονου άγχους, το οποίο χαρακτηρίζεται από μεταβολές στη νόηση, στη φυσιολογία και στη συμπεριφορά, οι οποίες λειτουργούν ως συναγερμό σε έντονες απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή του ατόμου. Νοητικά το άτομο βιώνει τρόμο, αίσθημα αβοήθητου και επικείμενης καταστροφής. Παράλληλα, υπάρχει έντονη αυτονομική διέγερση από το συμπαθητικό σύστημα, που αναγνωρίζεται ως εσωτερική πίεση για απόδραση και αναζήτηση ασφάλειας. Αυτή η μορφή άγχους αντιστοιχεί στο γνωστό σύνδρομο πανικού και συνδέεται με την πυροδότηση του νοραδρενεργικού υπομέλανα τόπου στο στέλεχος.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά μια χρόνια και επίμονη δυσφορία χαμηλού βαθμού, η οποία διαφέρει από την πρώτη μορφή ποσοτικά και ποιοτικά. Πρόκειται για μια κατάσταση αυξημένης εγρήγορσης για επικείμενους φόβους ή απειλές, η οποία συνδέεται με τους υποδοχείς βενζοδιαζεπινών σε περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος, ειδικότερα σε διαφραγματοϊπποκάμπειες περιοχές. Ως γνωστό, ένα μέρος του ρόλου του μεταιχμιακού συστήματος είναι ο συνεχής έλεγχος του περιβάλλοντος για την ανίχνευση σημάτων κινδύνου και ασφάλειας. Η επεξεργασία των προσλαμβανόμενων σημάτων και ο σχεδιασμός δράσης ύστερα από αξιολόγησή τους διαμεσολαβούνται από το φλοιό. Μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία μπορεί να συνδεθεί με στοιχεία της παρούσας πραγματικότητας διαμέσου συνειδητών και μη συνειδητών συμβολικών και μαθησιακών μηχανισμών και να μετατραπεί σε άγχος. Η εκτίμηση μιας τέτοιας απειλής από το φλοιό κινητοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης και διαχείρισης της κατάστασης και μηχανισμούς άμυνας από το άγχος που άλλοτε είναι επιτυχείς και άλλοτε δεν επαρκούν ή δυσλειτουργούν, με αποτέλεσμα το άτομο να εγκλωβίζεται σε "φαύλους κύκλους" που διαιωνίζουν το άγχος.^{1,22,23,76-78}

Για τη ρύθμιση των τριών συστημάτων δηλ., του κεντρικού νευρικού συστήματος στο στέλεχος, του συστήματος επαγρύπνησης στο μεταιχμιακό σύστημα και του συστήματος επεξεργασίας σημάτων στο φλοιό, συμμετέχουν νευροδιαβιβαστές και νευροτροποποιητές, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι η νοραδρεναλίνη, η σεροτονίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ, τα οπιοειδή και ορισμένα πεπτίδια.^{1,22,23,76-78}

Παρότι η επιστήμη τριχοτομεί το άτομο σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό, ωστόσο αυτό λειτουργεί ως «βιοψυχοκοινωνική ενότητα», ειδικότερα σε θέματα που έχουν να κάνουν με την επιβίωση, την αντιμετώπιση κινδύνων και την ομοιόσταση.

Ως ομοιόσταση ορίζεται η κατάσταση δυναμικής ισορροπίας του εσωτερικού περιβάλλοντος του ανθρώπινου οργανισμού, το οποίο προσαρμόζεται συνεχώς σε εσωτερικές ή εξωτερικές μεταβολές. Η σταθερότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για την επιβίωση. Ο ανθρώπινος οργανισμός διατηρεί την ομοιόσταση μέσω του ελέγχου των πολλαπλών φυσιολογικών συστημάτων, όπως για παράδειγμα, των συστημάτων που διατηρούν το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών και των επιπέδων του οξυγόνου και των νευροενδοκρινικών συστημάτων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Ένας στρεσογόνος παράγοντας (stressor) διαταράσσει την ομοιοστασία του οργανισμού. Ωστόσο, ο εγκέφαλος επιζητά την ομοιόσταση και

κινητοποιεί την απόκριση στο στρες (stress response), δηλ. την αντίδραση του οργανισμού με στόχο να αποκτήσει τη φυσιολογική ομοιοστασία.²

2.1.β. Διάγνωση των αγχωδών διαταραχών

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ανίχνευση και αξιολόγηση του άγχους στο κλινικό περιβάλλον γενικού νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται μη ψυχιατρικοί ασθενείς αποτελεί θέμα κεφαλαιώδους σημασίας. Η διάκριση μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού άγχους είναι δυσχερής, κυρίως όταν το άγχος πορεύεται παράλληλα με τη νόσο, οπότε απαιτείται επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης ώστε να μην επιπλέκει την εξέλιξή της.

Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς στο κλινικό περιβάλλον είτε διότι το θεωρούν ως φυσική συνέπεια της νόσου είτε διότι δίδουν περισσότερη σημασία στην αντιμετώπιση της νόσου, αγνοώντας την ψυχική σφαίρα των ατόμων.

Το άγχος που βιώνουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μπορεί να είναι : α) αντίδραση προσαρμογής ή φυσιολογική απάντηση στη νόσο, β) «ευκαιριακό-περιστασιακό» λόγω ανεξάρτητων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και γ) σύμπτωμα οργανικής παθολογίας ή ψυχικής διαταραχής.^{1,22,23,76-78}

Το άγχος, όπως και κάθε ανθρώπινο βίωμα εκφράζεται από τους ασθενείς με Σκέψεις, Συναισθήματα, Σωματικές αναδράσεις, Συμπεριφορές (μια ταξινόμηση στην οποία ορισμένοι αναφέρονται ως τα 4Σ). Η εκτίμηση του άγχους στην κλινική πράξη είναι δύσκολη διότι ο τρόπος που εκφράζεται από τον κάθε πάσχοντα, ποικίλει, όπως για παράδειγμα κάποιοι το χαρακτηρίζουν ως δυσάρεστο συναίσθημα, ενώ κάποιοι άλλοι βιώνουν σωματικά ενοχλήματα λόγω υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Άλλοτε ανήσυχες σκέψεις ή συμπεριφορές υποδηλώνουν την παρουσία του, για παράδειγμα η υπερβολική ανησυχία του ασθενή μήπως η νόσος οδηγήσει σε θάνατο ή σωματική αναπηρία ή ακόμα μήπως επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις σε προηγούμενους ρόλους και δραστηριότητες. Όλες αυτές οι ανησυχίες έως ένα βαθμό θεωρούνται αναμενόμενες, όταν όμως η αναστάτωση του ασθενή είναι επίμονη ή είναι υψηλής έντασης και ο ασθενής δεν εφησυχάζει μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη παθολογικού άγχους.^{1,22,23,76-78}

Για την αξιολόγηση του άγχους πρέπει να διερευνώνται οι εξής παράμετροι: α) οι βιολογικές αιτίες, β) οι ψυχιατρικές αιτίες γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου και δ) οι κοινωνικές συνιστώσες του άγχους.

Αρχικά, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση και η αντιμετώπιση των βιολογικών αιτιών που πυροδοτούν το άγχος μέσα από νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς. Οι κυριότερες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους, αδρά ταξινομημένες είναι : τα νευρολογικά νοσήματα κατά 25%, οι ενδοκρινολογικές κατά 25%, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 12%, τα ανοσολογικά νοσήματα κατά 12%, τα λοιμώδη νοσήματα κατά 12%, όπως επίσης και άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων κατά 14%.^{1,22,23,76-78}

Κατά δεύτερον είναι απαραίτητη η διερεύνηση της πιθανότητας το άγχος να αποτελεί σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Για παράδειγμα, μπορεί ο ασθενής να έχει μια γενικευμένη αγχώδη διαταραχή που δεν είναι διαφορετική από τις προηγούμενες φορές, μπορεί όμως το άγχος να αποτελεί εκδήλωση αποδιοργάνωσης λόγω της νοσηλείας στο νοσοκομείο σε ασθενή με ήδη εγκατεστημένη ψυχιατρική διαταραχή ή ακόμα μπορεί και να αποτελεί σύμπτωμα κατάθλιψης, καθότι σε περισσότερο από το 50% των ασθενών με κατάθλιψη συνυπάρχει αγχώδης διαταραχή.^{1,22,23,76-78}

Η λήψη οικογενειακού και ατομικού ιστορικού παρέχει πολύτιμες πληροφορίες. Κατά τη ψυχιατρική αξιολόγηση του ασθενούς δεν αρκεί μόνο η τεκμηρίωση ύπαρξης ψυχιατρικού ιστορικού αλλά αντιθέτως συνιστάται η πρόσκληση συμβούλου ψυχιάτρου, η οποία είναι πιο εύκολα αποδεκτή στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Η διερεύνηση της παρουσίας άλλων αγχωδών διαταραχών κρίνεται αναγκαία. Αναλυτικότερα, οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται με σωματικά συμπτώματα, όπως ζάλη, αίσθημα παλμών, πόνο στο στήθος, τρόμο, εφίδρωση, επιγαστρική δυσφορία, κ.ά. Ως σύμπτωμα πανικού ορίζονται τα επεισόδια αιφνίδιου, αυθόρμητου και έντονου άγχους, διάρκειας μικρότερης της μιας ώρας, τα οποία όμως επαναλαμβάνονται στη διάρκεια ενός μήνα και συνοδεύονται με φόβο για επανάληψη.^{1,22,23,76-78}

Παρότι οι φοβίες έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό, εντούτοις είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ευκολότερα στο χώρο του νοσοκομείου λόγω του περιβάλλοντος (απλή φοβία) ή λόγω ύπαρξης άλλων ατόμων (κοινωνική φοβία). Ειδικότερα, λόγω του συνωστισμού αναζωπυρώνονται φοβίες που αφορούν στο φόβο παρατήρησης του ατόμου από άλλα άτομα με έντονα αισθήματα αμηχανίας και ντροπής.^{1,22,23,76-78}

Έντονος προβληματισμός παρατηρείται στο κλινικό περιβάλλον όσον αφορά την αξιολόγηση του άγχους στον ασθενή με καρδιακή πάθηση, καθώς ψυχικά και καρδιακά συμπτώματα συνυπάρχουν, αλληλοεπικαλύπτονται και δημιουργούν διαγνωστικά προβλήματα. Οι ασθενείς με ψυχικές παθήσεις μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα και παθήσεις της καρδιάς μπορεί να εκδηλώνονται με ψυχικά συμπτώματα, ενώ δεν είναι σπάνιο να συνυπάρχει στον ίδιο ασθενή ένα ψυχικό νόσημα με μια καρδιακή πάθηση. Η διαφορική διάγνωση σε ένα ασθενή του γενικού νοσοκομείου με πόνο στο στήθος και έντονο άγχος είναι δύσκολη. Για παράδειγμα, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου ασθενής με έμφραγμα του μυοκαρδίου που παρουσιάζει έντονη αγχώδη αντίδραση, διαμαρτύρεται ζοηρά για τους πόνους στο στήθος και γενικά εμφανίζει εκδραμάτιση των συμπτωμάτων λόγω προσωπικότητας να παραπέμπεται για ψυχιατρική εκτίμηση πριν διερευνηθεί καρδιολογικά. Επίσης, οι διαγνωστικές ασάφειες σχετίζονται συχνά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, όπως για παράδειγμα ψυχοτρόπα φάρμακα προκαλούν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα, ενώ αντίθετα καρδιολογικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ψυχικά συμπτώματα. ^{1,22,23,76-78}

Όσον αφορά στην κατάχρηση αλκοόλ απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή αφενός διότι η συνύπαρξη προβλημάτων σχετιζόμενων με την κατάχρηση αλκοόλ σε νοσηλευόμενους καρδιοπαθείς είναι συχνή αφετέρου διότι ο ασθενής ή οι συγγενείς του αρνούνται ή υποεκτιμούν την κατάχρηση αλκοόλ. Εάν το άγχος εμφανίζεται 24-48 ώρες μετά την εισαγωγή και συνοδεύεται από τρόμο, αϋπνία και νευροφυτικές εκδηλώσεις, η πιθανότητα η ανωτέρω εικόνα να αποτελεί πρόωμη συμπτωματολογία στέρησης οινόπνευματων είναι σημαντική.

Είναι προφανές ότι η αξιολόγηση του άγχους σε ένα καρδιολογικό ασθενή στο γενικό νοσοκομείο είναι συχνά δυσχερής. Πολύ συχνά οι ανωτέρω διαγνωστικές ασάφειες αποτελούν συνήθη προβληματισμό για τους θεράποντες ιατρούς, τόσο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στην καρδιολογική κλινική όσο και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Η συνεργασία του ψυχιάτρου με τον καρδιολόγο του γενικού νοσοκομείου αποτελεί προϋπόθεση για την καλύτερη επίλυση αυτών των προβλημάτων και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ασθενή. Τα τελευταία χρόνια έχει έντονα επισημανθεί ο πολύπλευρος ρόλος του διασυνδεδετικού ψυχιάτρου σε μια καρδιολογική κλινική. Το κύριο μέλημα του ψυχιάτρου γενικού νοσοκομείου όταν κληθεί να εξετάσει τον ασθενή είναι να αποκλείσει το ενδεχόμενο το άγχος να

προκαλείται από σωματικά συμπτώματα, καρδιολογικά φάρμακα, τοξίκωση από ουσίες ή στέρηση οινόπνευματων και ναρκωτικών ουσιών και εάν πρόκειται για σωματικό πρόβλημα να αντιμετωπιστεί άμεσα και σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.

1,22,23,76-78

Τέλος, εάν διαπιστωθεί ότι το άγχος αποτελεί αντίδραση του ασθενή προς τη νόσο απαιτείται διερεύνηση : α) για το πώς ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη νόσο δηλ., το νόημα που ο ίδιος αποδίδει και β) τους ψυχολογικούς μηχανισμούς, που κινητοποιούν οι ασθενείς για να αντιμετωπίζουν το άγχος δηλ., τους μηχανισμούς διαχείρισης (coping mechanisms) και τους μηχανισμούς άμυνας (defense mechanisms) και γ) η εκτίμηση των κοινωνικών συνιστωσών του άγχους.

Γενικότερα, θεωρείται ότι ένα πλέγμα ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό στην εκδήλωση του άγχους και της κατάθλιψης και διαδραματίζουν άλλοτε καθοριστικό και άλλοτε συντελεστικό ρόλο στην ανάπτυξή τους. Κοινωνικές και ψυχολογικές καταστάσεις είναι δυνατόν να επιφέρουν μια γενικότερη διαταραχή στην ομοιοστασία του οργανισμού και να εγείρουν πλήθος αντιδράσεων που σχετίζονται με ζωτικά θέματα της ψυχικής υγείας. 1,22,23,76-78

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες δεν είναι ομοιογενείς ως προς τη φύση τους και η κύρια διαφοροποίηση τους γίνεται με βάση τη διάρκεια τους, ως εξής : α) οξεία ή περιορισμένης διάρκειας γεγονότα, όπως αναμονή ενός χειρουργείου, β) στρεσογόνα γεγονότα με συνεχείς επιδράσεις, όπως όταν από ένα γεγονός ξεκινά μια σειρά από διαφορετικά γεγονότα που εκτείνονται σε μακρά χρονική περίοδο, γ) χρόνια διαλείποντες στρεσογόνοι παράγοντες, όπως συγκρούσεις με γείτονες, δ) καταστάσεις χρόνιου stress, δηλ., ψυχοπιεστικές καταστάσεις που διαρκούν μακρύ χρονικό διάστημα, όπως ακατάλληλες συνθήκες εργασίες, στρατιωτική θητεία, συνθήκες πολιτικής ή θρησκευτικής καταπίεσης, κ.ά. Η ανωτέρω διάκριση είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση των ασθενών διότι οι συνέπειες των ψυχοπιεστικών γεγονότων που διαρκούν στο χρόνο είναι περισσότερο ζημιογόνες για την ψυχική υγεία του ατόμου. 1,22,23,76-78

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να συνεκτιμάται κατά την αξιολόγηση ατόμων που εκδηλώνουν άγχος είναι ο βαθμός ευαλωτότητας στο stress και η προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενή. Αναλυτικότερα, για την πιθανότητα νόσησης ή εκδήλωσης άγχους ή κατάθλιψης απαιτείται συνήθως μια μείζων αλλαγή στη ζωή του ατόμου. Εάν θα εκδηλωθεί η ψυχική διαταραχή εξαρτάται από επιρόσθετους

παράγοντες που καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο στο stress και αυξάνουν ή μειώνουν τη δύναμη της σχέσης ανάμεσα στο stress και την ψυχιατρική νοσηρότητα. Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται παράγοντες ευαλωτότητας στο stress.

Όταν διαπιστωθεί ότι το άγχος αποτελεί φυσιολογική προσαρμογή στη νόσο και δεν οφείλεται σε άλλους παράγοντες, τότε προτεραιότητα έχει η ενημέρωση και καθυσύχαση του ατόμου. Δεδομένου, ότι το άγχος αποτελεί πολυσύνθετη δυναμική έκφραση βιολογικών, ψυχο-κοινωνικών και ψυχιατρικών παραμέτρων, οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αποπροσανατολίζονται ή να υποτιμούν τη σημαντικότητα του συμπτώματος του άγχους αλλά αντιθέτως πρέπει να το αξιολογούν ξεχωριστά από το εν δυνάμει νόσημα. ^{1,22,23,76-78}

2.1.γ. Θεραπεία άγχους

Η θεραπεία του άγχους είναι εξίσου σημαντική για την αποφυγή επιβάρυνσης της νόσου και τη μείωση του κόστους νοσηλείας.

Όταν το άγχος είναι φυσιολογικό, έχει ευεργετικό χαρακτήρα διότι κινητοποιεί το άτομο να δράσει και να συμμετέχει στη θεραπεία του. Αντιμετωπίζεται επιτυχώς μέσω της ενημέρωσης και καθοδήγησης του ασθενή προκειμένου να καθησυχαστεί, ενώ η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν απαιτεί φαρμακευτική ή ψυχολογική θεραπεία. ^{1,22,23,76-78}

Όσον αφορά το οργανικό άγχος, αυτό πρέπει να αντιμετωπισθεί αιτιολογικά ωστόσο σε περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό είτε διότι δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ο αιτιολογικός παράγων είτε διότι παρά τη θεραπεία, παραμένει υπολειμματικό άγχος, τότε συνιστάται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Ομοίως και για τις περιπτώσεις ψυχιατρικής νοσηρότητας, στις οποίες η φαρμακευτική αντιμετώπιση ποικίλει ανάλογα με τη διαταραχή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αναγνώριση και η θεραπεία της ψυχιατρικής διαταραχής, εφόσον υπάρχει είναι σημαντική.

Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και χρησιμοποιείται ευρέως, ενώ αντιθέτως οι ανησυχίες για εθισμό θεωρούνται μάλλον

υπερβολικές δεδομένου ότι στο χώρο του νοσοκομείου τόσο η χορήγηση όσο και η χρονική διάρκειά της είναι περιορισμένη.^{1,22,23,76-78}

Ως προς τη φαρμακολογική αντιμετώπιση του άγχους, οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς. Επίσης, χρησιμοποιούνται και μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά, όπως τα νευροληπτικά και η βουσπιρόνη.

Βενζοδιαζεπίνες Αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του οξέος άγχους και δρουν μέσω ειδικών υποδοχέων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.). Διαφέρουν ως προς την ισχύ, το χρόνο έναρξης της δράσης τους, τη διάρκειά της και τις κατασταλτικές ιδιότητες.

Οι βενζοδιαζεπίνες, μπορούν να χορηγηθούν είτε σε εφάπαξ δόση είτε σε συστηματική αγωγή. Η θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες πρέπει να καθορισθεί με βάση : α) τις κλινικές ανάγκες του ασθενή, β) την ηλικία και το φύλο, γ) τη συνήθεια του καπνίσματος, δ) την ηπατική λειτουργία και δ) τα φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά της βενζοδιαζεπίνης. Η δόση και η συχνότητα καθορίζονται με βάση το φάρμακο και την κλινική ανταπόκριση του ασθενή. Είναι καλά ανεκτές και σε μικρές δόσεις δεν προκαλούν μεγάλη πτώση της πίεσης ούτε σημαντική καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας, ενώ δεν έχουν αντιχολινεργική δράση.

Μπορούν να χορηγηθούν άμεσα σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου και έμφραγμα. Εκτός από τη μείωση του άγχους, ελατώνουν τα επίπεδα των κατεχολαμινών και την αντίσταση των στεφανιαίων αγγείων. Σε ελεγχόμενη χορήγηση ο κίνδυνος εξάρτησης είναι μικρός. Πρέπει να προτιμώνται οι βενζοδιαζεπίνες με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής για μακρά χορήγηση.

Οι κυριότερες παρενέργειες είναι υπνηλία, ζάλη, αταξία και μείωση του επιπέδου της εγρήγορσης, ενώ η μακρόχρονη χορήγηση προκαλεί διαταραχές της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών.

Προσοχή απαιτείται σε περίπτωση ταυτόχρονης χορήγησης με άλλα φάρμακα ή ουσίες που έχουν κατασταλτικές ιδιότητες (οινόπνευμα, αναισθητικά, αντιψυχωσικά), όπως επίσης και κατά τη χορήγηση σε ηλικιωμένους, άτομα με νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και σε άτομα που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά.

Η χορήγηση αγχολυτικών ξεκινά με τη μικρότερη δυνατή θεραπευτική δόση, για μικρά χρονικά διαστήματα (συνήθως 7-10 μέρες), σπανιότερα για 4-6 εβδομάδες, διότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων για μακρά χρονικά διαστήματα μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση, που εκδηλώνεται με το σύνδρομο στέρησης .

Η εξάρτηση από τις βενζοδιαζεπίνες δεν είναι συχνή και ο κίνδυνος εθισμού είναι μικρός, ωστόσο είναι αυξημένος σε ασθενείς που κάνουν χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης εμφανίζονται τις πρώτες ημέρες μετά τη διακοπή των βενζοδιαζεπινών, η έντασή τους κλιμακώνεται τις επόμενες μέρες και υποχωρούν σταδιακά μετά από 2-3 εβδομάδες. Η συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης εκδηλώνεται με ναυτία, ζάλη, δυσφορία, ίλιγγο, άγχος, αϋπνία, ευερεθιστότητα, κεφαλαλγία, διάρροιες, τρόμο, εφίδρωση, ταχυκαρδία, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, σπασμούς και λήθαργο. Επί συστηματικής λήψης για 2-3 βδομάδες κρίνεται απαραίτητη η σταδιακή μείωση της δοσολογίας για την πρόληψη του συνδρόμου στέρησης και η ανακούφιση των συμπτωμάτων του συμπαθητικού με β-αναστολείς.

Οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες χρησιμοποιούνται συνηθέστερα στην κλινική πρακτική, είναι η λοραζεπάμη (tavor), η διαζεπάμη (steden), η αλπραζολάμη (xanax), η κλοναζεπάμη (rinortil), η βρωμαζεπάμη (lexotanil), η χλωραζεπάμη (traxene) και η πραζεπάμη (centrac). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των βενζοδιαζεπινών και οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από τη μακροχρόνια και αλόγιστη χρήση τους οδήγησαν στην ανάγκη να παραχθούν μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά, όπως η βουσπιρόνη.

Αντικαταθλιπτικά: Εάν συνυπάρχει κατάθλιψη ή διαταραχή μετατραυματικού στρες, πρέπει να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης, καλό είναι να αποφεύγονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Συνηθέστερα χορηγούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Πάντα όμως πρέπει να συγχωρηγούνται βενζοδιαζεπίνες για την άμεση ανακούφιση του ασθενή, διότι η δράση των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από εβδομάδες.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθούν για την αντιμετώπιση του άγχους αντιψυχωτικά, συνήθως άτυπα, κυρίως όταν συνυπάρχει νοητική σύγχυση.

Από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά η κλομιπραμίνη (Tofranil), η δοξεπίνη (Sinequan) και η βενλαφαξίνη (Efexor) είναι εξίσου αποτελεσματικά με τις βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση της διαταραχής γενικευμένου άγχους. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), και τα νεότερα σεροτονινεργικά, όπως η φλουοξετίνη (Ladose), η παροξετίνη (Seroxat), η σιταλοπράμη (Seropram), καθώς οι βενζοδιαζεπίνες, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά φάρμακα στη θεραπεία της διαταραχής πανικού και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Β-αναστολείς : Είναι ιδιαίτερα σημαντική, η χορήγηση β-αναστολέων στη θεραπεία του περιστασιακού άγχους που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδίες, εφιδρώσεις, τρόμος των άκρων) και γενικότερα τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά εκεί που χρειάζεται έλεγχος της υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος και τα σωματικά συμπτώματα είναι ενοχλητικά. Είναι λιγότερο αποτελεσματικά ως μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση πανικού και του γενικευμένου άγχους αλλά είναι περισσότερο χρήσιμα συνεπικουρικά.

Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, διότι προκαλούν βραδυκαρδία, υπόταση, και βρογχόσπασμο. Κάποια φάρμακα όπως η προπρανολόλη, έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση κατάθλιψης.

Άλλα μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά: Τα κυριότερα είναι τα ισταμινικά όπως η υδροξυζίνη (Atarax), τα οποία δεν έχουν αγχολυτικές ιδιότητες, ωστόσο ανακουφίζουν από το άγχος.

Η βουσπιρόνη (Bespar) : Οι αγχολυτικές της ιδιότητες επέρχονται με καθυστερημένη έναρξη και μετά από συστηματική χορήγηση. Έχει κυρίως χρήση σε περίπτωση γενικευμένης διαταραχής του άγχους, ενώ δεν είναι αποτελεσματικό φάρμακο στον πανικό. Δεν προκαλεί εξάρτηση και εθισμό, ωστόσο η χρήση της περιορίζεται, επειδή δεν εμφανίζει άμεσο αγχολυτικό αποτέλεσμα.

Τα νευροληπτικά αποτελούν μια κατηγορία φαρμάκων που κάποιες φορές μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως αγχολυτικά, όπως για παράδειγμα, σε ασθενείς στους οποίους το άγχος αποτελεί εκδήλωση ψυχωσικής αποδιοργάνωσης, σε ασθενείς με οργανική αγχώδη διαταραχή, με αποδιοργανωμένη σκέψη ή συμπεριφορά, κ.ά.

Η αϋπνία που συχνά συνοδεύει το άγχος και την κατάθλιψη, πρέπει να αντιμετωπίζεται διότι η παρατεταμένη αϋπνία και γενικά η κακή ποιότητα του ύπνου, επιδεινώνουν την ψυχοπαθολογία του ασθενή. Συνήθως χορηγείται φαρμακευτική αγωγή με νεότερα υπναγωγά, όπως η ζολπιδέμη και η ζοπικλόνη. Ωστόσο, συνιστάται περιορισμένος χρόνος χορήγησης των υπναγωγών, διότι χάνουν γρήγορα την αποτελεσματικότητά τους.

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνιστωσών του άγχους διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ανακούφιση από τα συμπτώματα, στην προσαρμογή και αποδοχή της νόσου και στην επανένταξη στις προηγούμενες δραστηριότητες. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δημιουργία θετικής θεραπευτικής σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας . ^{1,22,23,76-78}

Όσον αφορά τον μη-ψυχιατρικό ασθενή, ο θεράπων ιατρός επικεντρώνεται στις εξής δυναμικές πηγές άγχους που βιώνει ο ασθενής : την αποξένωση, την απώλεια ελέγχου, τη σωματική αναπηρία και το φόβο του επικείμενου θανάτου, οι οποίοι αποτελούν συνήθεις υπαρξιακούς φόβους. Επίσης, ιδιαίτερα πολύτιμη είναι η στήριξη από τις κοινωνικές υπηρεσίες και το περιβάλλον του ασθενή.

Η ενθάρρυνση της έκφρασης σκέψεων, η επεξήγηση όλων των αποριών, η διάθεση χρόνου και η δημιουργία κλίματος ηρεμίας έχουν ευεργετικά αποτελέσματα διότι επιτρέπουν στους ασθενείς να συζητούν ανησυχίες και φόβους και να λαμβάνουν απαντήσεις. Επίσης, η εξαρτημένη θέση στην οποία επιβάλλει η νόσος να βρίσκονται δημιουργεί έντονο συναίσθημα απώλειας ελέγχου που πυροδοτεί το άγχος.^{1,22,23,76-78}

Ως ψυχοθεραπεία ορίζεται κάθε μορφής παρέμβαση αποτελούμενη από τον πάσχοντα και το θεράποντα που βασίζεται σε συγκεκριμένες τεχνικές και ως σκοπό έχει την αντιμετώπιση προβλημάτων που απορρέουν από την ψυχική σφαίρα. Τα κυριότερα είδη ψυχοθεραπειών, είναι η ψυχαναλυτική, η συμπεριφοριστική, η γνωστική (σήμερα συνήθως συνδυάζεται με την συμπεριφοριστική), η διαπροσωπική, η οικογενειακή, η συμβουλευτική, η υποστηρικτική θεραπεία κ.λ.π.^{1,22,23,76-78}

Παρότι, πολλοί επαγγελματίες υγείας διατηρούν την πεποίθηση ότι μπορούν να προσφέρουν περισσότερα στον κλινικό χώρο, εντούτοις, η διατήρηση της επικοινωνίας και του ενδιαφέροντος αποτελεί πολύτιμη θεραπευτική παρέμβαση.

2.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.2.α. Γενικά περί κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα. Αποτελεί δε μία από τις συχνότερες διαταραχές τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής, η οποία αναμένεται έως το 2020 να αποτελεί τη συχνότερη αιτία αδειών για λόγους ασθένειας, τη δεύτερη αιτία ανικανότητας και το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας.^{1,22,23,78-81}

Η σπουδαιότητα της διάγνωσης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των πασχόντων αλλά επίσης στις τεράστιες προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις που συνεπάγεται η νόσος, όπως δυσλειτουργία και κακή ποιότητα ζωής του αρρώστου, κίνδυνος αυτοκτονίας, παρεμπόδιση της αντιμετώπισης συννοσηρών σωματικών διαταραχών, κατάχρηση ουσιών, κ.ά.^{1,22,23,78-81}

Οι πρώτες περιγραφές της μελαγχολικής συνδρομής βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα του 2.600 π.Χ. Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Επίσης, ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψής του. Η πρώτη φορά που δόθηκε η ονομασία «Κατάθλιψη» ήταν το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ. Είναι σπουδαίο να τονισθεί ότι το σύστημα ταξινόμησης κατά τον Ιπποκράτη διατηρήθηκε για πολλά χρόνια έως όταν ο Φίλιππος Pinel (1745-1826) χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης, που σε γενικές γραμμές αντιστοιχούσε στο Ιπποκρατικό σύστημα.^{1,22,23,78-81}

Ωστόσο, ακόμα έως σήμερα, η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Αρχικά, λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αλματώδης ανάπτυξης της ψυχοφαρμακολογίας, της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς/ εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωσή της.

Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωσή της. Συχνά χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου» (οφειλόμενη σε εγκεφαλική δυσλειτουργία) ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της. Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό ότι για την εκδήλωση της νόσου δεν ενοχοποιείται ένας μόνο παράγοντας, αλλά αντίθετα είναι δυνατόν να συνυπάρχουν πολλά αίτια χωρίς το ένα να αναιρεί το άλλο.^{1,22,23,78-81}

Λόγω της ευρείας χρήσης του όρου «κατάθλιψη», συχνά δημιουργούνται συγχύσεις, ασάφειες και διαγνωστικές δυσκολίες και για το λόγο αυτό πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ των διαφορετικών όρων:^{1,22,23,78-81}

Καταθλιπτικό συναίσθημα: Είναι το σε κάθε δεδομένη στιγμή, βραχύβιο, δυσάρεστο ή αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα ή βίωμα του ατόμου. Εκφράζεται με συγκεκριμένους συμπεριφορικούς τρόπους, εξαρτάται από τις τρέχουσες παραστάσεις του ατόμου και «εξυπηρετεί» επικοινωνιακούς σκοπούς.

Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: Είναι ο επικρατών καταθλιπτικός συναισθηματικός τόνος (δηλ., η παρουσία κατ' εξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων) κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος (πολλών ημερών-εβδομάδων- μηνών). Ενίοτε μπορεί να ασκεί διαβρωτική επίδραση στην όλη λειτουργία του ατόμου.

Καταθλιπτική διαταραχή: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης. Υπάρχουν περισσότερες της μίας καταθλιπτικές διαταραχές.

Η διάγνωση του καταθλιπτικού συναισθήματος είναι ιδιαίτερα εύκολη και η καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση διαπιστώνεται με μια πιο συστηματική διερεύνηση. Αντίθετα, η διαπίστωση μιας καταθλιπτικής διαταραχής, όμως, απαιτεί ιατρική διαγνωστική διαδικασία που το πρώτο της βήμα είναι η ανίχνευση συμπτωμάτων και σημείων. Αυτά τα συμπτώματα και σημεία δεν είναι απλώς στοιχεία ενός καταλόγου αλλά έχουν μία εσωτερική συγκρότηση. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν συνδρομική δομή : α) περιλαμβάνουν σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται μεταξύ τους, β) ο σχηματισμός αυτός έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση, γ) ως συμπτωματική δομή διακρίνεται από τις άλλες ψυχοπαθολογικές δομές.

Οι εξής πέντε βασικές διαστάσεις συγκροτούν το καταθλιπτικό σύνδρομο : α) συναισθηματική/βιωματική δηλαδή πως νοιώθει τα άτομο, β) γνωστική δηλαδή πως σκέπτεται και εκτιμά τη ζωή του, γ) συμπεριφορική δηλαδή πως συμπεριφέρεται, δ) σωματική δηλαδή τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών και ε) λειτουργική δηλαδή πως λειτουργεί στην εργασία του και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Συναισθηματική διάσταση : Η παθολογία της καταθλιπτικής διάθεσης συνιστάται στο ότι είναι δυσανάλογη προς αυτό που συμβαίνει στη ζωή του πάσχοντα, έχει αυτονομία σε σχέση με άλλες συγκυρίες στη ζωή του ατόμου, για παράδειγμα δεν μεταβάλλεται με τις μεταβολές των εξωτερικών συνθηκών και τέλος επιδρά σε όλη τη λειτουργία του ατόμου. Στη συναισθηματική διάσταση μπορούν να παρατηρηθούν: καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, άγχος και ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός, εκνευρισμός σε κάθε αντιξοότητα, απελπισία, απόγνωση. Επίσης, συχνά υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες και ανηδονία (: απώλεια ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες), η οποία χρήζει προσοχής γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και συνεπώς να μην παραπονείται για αυτό. Σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη, υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων ακόμα και των πιο τραγικών συμβάντων.

Πρόκειται για ένα φάσμα διαβαθμίσεων, όπου στις ηπιότερες καταθλιπτικές διαταραχές υπάρχει πτώση του γενικού συμπαθητικού τόνου, ενώ στις σοβαρότερες διαταραχές υπάρχει έντονα αρνητική συγκινησιακή διέγερση. Ωστόσο, παρατηρείται διχογνωμία ως προς τη θεωρία ότι η καταθλιπτική διάθεση είναι ποσοτική μεγέθυνση της φυσιολογικά επισυμβαίνουσας λύπης ή πρόκειται για ποιοτικά διαφορετική διάθεση που βιώνουν τα άτομα.

Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να είναι είτε συνεχής είτε να παρουσιάζεται εντονότερα σε περιόδους τις οποίες ο ασθενής βιώνει ως δύσκολες, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας να παρουσιάζει διακυμάνσεις, για παράδειγμα να είναι εντονότερη το πρωί και βελτιωμένη το βράδυ.

Γνωστική διάσταση : Το άτομο έχει αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας, αποτυχίας και ήττας και συνεχής αυτοκριτική, ιδέες αναξιοτητας και αποστέρησης. Ως προς τη λειτουργία της σκέψης, υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης με τάση για ανεύρεση αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική εκτίμηση του εαυτού και με εκλεκτική επιλογή των δεδομένων ώστε να χωρέσουν στην αρνητική εικόνα. Η

διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης μπορεί να φθάσει έως τις παραληρητικές ιδέες και αφορά στο 15% της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης, υπάρχει συναίσθημα ανημποριάς, απαισιοδοξία και απώλεια της ελπίδας, η οποία σχετίζεται με ιδέες θανάτου και αυτοκτονικό ιδεασμό ως μια προσπάθεια απαλλαγής από τα βάσανα.

Στις μείζονες καταθλίψεις, υπάρχει διαταραχή των νοητικών λειτουργιών, όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής και εμφανείς διαταραχές της μνήμης: εύκολη απώλεια μνήμης και έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης. Επίσης, υπάρχει ακαμψία στην επεξεργασία πληροφοριών και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Συμπεριφορική διάσταση: Σε αυτή τη διάσταση, ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμα και να κινητοποιηθεί για να κάνει τις πιο απλές πράξεις, ενώ η προτροπή ή απειλή τον κάνει πιο αδρανή. Επίσης, συχνά χρονοτριβεί, αποφεύγει να αναλάβει πληροφορίες, ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Στη μείζονα κατάθλιψη υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση με απουσία ή μείωση των αυθόρμητων κινήσεων, σκυφτή στάση σώματος και χαμηλωμένο βλέμμα, μειωμένη ροή λόγου, καθυστέρηση στις απαντήσεις, υποκειμενική αίσθηση επιβράδυνσης της σκέψης ή σταματήματος του χρόνου. Λιγότερο συχνά κυρίως στη μονοπολική Μείζονα Κατάθλιψη εμφανίζεται ψυχοκινητική διέγερση.

Σωματική διάσταση : Οι κυριότερες σωματικές εκδηλώσεις είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποσιτισμό και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενώ αντιθέτως σε ηπιότερες καταστάσεις είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπερφαγία και αύξηση του σωματικού βάρους με αποτελέσματα να επιδεινώνει άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές του ύπνου που αφορούν την επάρκεια του ύπνου (:μείωση του συνολικού χρόνου, συχνές αφυπνίσεις) και στην αρχιτεκτονική του ύπνου. Συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία και σε μερικές γυναίκες προσωρινή αμηνόρροια. Η συχνότητα εμφάνισης και σοβαρότητας των συμπτωμάτων αυξάνεται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης και της ηλικίας

Λειτουργική διάσταση: Σε αυτή τη διάσταση υπάρχει διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Όσον αφορά τον εργασιακό χώρο παρατηρείται ελάττωση της αποδοτικότητας και δημιουργικότητας στην εργασία, ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται δυσλειτουργία και ιδιαίτερα με τα οικεία άτομα υπάρχει κακή επικοινωνία, ένταση, τριβές, αντιδικίες, συγκρούσεις ρόλων ή

δυσκολία ανάληψη νέων ρόλων. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινισθεί εάν αυτά σχετίζονται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης.

Ταξινόμηση : Οι εκδηλώσεις της κατάθλιψης μπορεί να αποτελούν ένα μακρύ κατάλογο συμπτωμάτων, τα οποία όμως πρέπει να έχουν μια συγκεκριμένη συνοχή μεταξύ τους, μια συγκεκριμένη διάταξη και ένα σχηματισμό που μπορεί να αναγνωρισθεί. Πολλά επιμέρους συμπτώματα της κατάθλιψης υπάρχουν και σε άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές, ενώ δεν υπάρχει κάποιο παθογνωμικό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Ιδιαίτερα αξία στη διάγνωση της κατάθλιψης έχει ο εντοπισμός κλινικών συνδρόμων δηλ., διακριτών σχηματισμών συμπτωμάτων με συγκεκριμένους τύπους χρονικής εξέλιξης. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι η διάγνωση είναι φαινομενολογική –περιγραφική και όχι αιτιολογική.

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM- IV) που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες: ^{1,22,23}

- ο Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα)
- ο Καταθλιπτικό επεισόδιο διπολικής διαταραχής της διάθεσης (Διπολική διαταραχή τύπου I)
- ο Δυσθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από τα επεισόδια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής)
- ο Κυκλοθυμική διαταραχή (που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από αυτά της διπολικής διαταραχής τύπου I)
- ο Διπολική διαταραχή τύπου II (που χαρακτηρίζεται από εναλλαγή μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων με επεισόδια υπομανίας)
- ο Μη προσδιορισμένη διαφορετικά «άτυπη» καταθλιπτική διαταραχή π.χ. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή στη σχιζοφρένεια, μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο επικαθήμενο σε ψυχωτικές διαταραχές, προεμμηνορυσιακή δυσφορική διαταραχή
- ο Καταθλιπτική διαταραχή λόγω σωματικής νόσου
- ο Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών
- ο Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.

Η απόφαση της διάγνωσης δεν είναι πάντα εύκολη στη καθημερινή κλινική πρακτική και χρήσιμο είναι να στηρίζεται στις εξής γενικές κατευθύνσεις : α) η

συμπτωματολογία να έχει δομή συνδρόμου, β) να υπάρχει σημαντική δυσλειτουργία του ατόμου, γ) να διαφέρει ποιοτικά από την προηγούμενη λειτουργία των ατόμων, δ) να πληρούνται τα συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια μιας καταθλιπτικής διαταραχής.

2.2.β. Διάγνωση κατάθλιψης

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η σπουδαιότητα αναγνώρισης, αξιολόγησης και θεραπείας της κατάθλιψης σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των επιστημών Υγείας, αφού ολοένα και περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο ψυχικής νοσηρότητας σε αυτή την κατηγορία ασθενών.^{1,22,23,78-81}

Οι πιο συχνές νόσοι που μπορούν να εκδηλωθούν με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ο υποθυρεοειδισμός (ιδιοπαθής ή αποτέλεσμα άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων), το σύνδρομο Cushing (ιδιοπαθές ή ως αποτέλεσμα χορήγησης κορτικοστεροειδών), τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος (αλκοολισμός) και η κατάθλιψη που σχετίζεται με αγγειακού τύπου άνοια. Επίσης, κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington.^{1,22,23,78-81}

Φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι τα στεροειδή, τα αντιπαρκινσονικά (μεθυλντόπα) και η ρεσερπίνη. Ψυχοτρόπες ουσίες είναι δυνατό να επηρεάσουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ (χρόνιος αλκοολισμός) και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες. Τέλος, οι β-αδρενεργικοί αναστολείς μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα.

Δεδομένου, ότι η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές με δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των ατόμων και οικονομικές συνέπειες για τον πάσχοντα και το Σύστημα Υγείας κάθε χώρας (αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας), η διάγνωσή της είναι πάντοτε επιβεβλημένη, ενώ αντίθετα η αποτυχία διάγνωσης και αντιμετώπισης θεωρείται ως ιατρικό σφάλμα.^{1,22,23,78-81}

Παρότι η κατάθλιψη είναι μια νόσος συνήθως ιάσιμη, από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι στο κλινικό περιβάλλον δεν ανιχνεύεται και συνεπώς δεν αντιμετωπίζεται. Πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ των

παθολογικών σημείων και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τις φυσιολογικές αντιδράσεις της θλίψης. Δυστυχώς στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων συχνά παραμένει αδιάγνωστο. Πιθανά ένας σημαντικός αριθμός καταθλιπτικών ασθενών παραμένει αδιάγνωστος είτε διότι πολλά από τα συμπτώματα είναι αποδεκτά ως συνέπεια της νόσου είτε διότι η κατάθλιψη δεν εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο.^{1,22,23}

Ως εκ τούτου, η ανάγκη ευαισθητοποίησης ιατρών μη-ψυχιατρικής ειδικότητας στο να ερωτούν τους ασθενείς τους πώς αισθάνονται, ενθαρρύνοντας έτσι την αναφορά στα ψυχολογικά τους προβλήματα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Επίσης, η εκπαίδευση των γιατρών στην αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κυρίως όταν εκδηλώνεται συγκαλυμένα με σωματικά συμπτώματα είναι πολύ μεγάλης σημασίας.^{1,22,23}

Παρότι η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών παραμένει αμιγώς κλινική ιδιαίτερα βοηθητικά είναι τα κλινικά εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης και οι βιολογικοί δείκτες.

2.2.γ. Θεραπεία κατάθλιψης

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει : α) φαρμακευτική αγωγή και β) μη-φαρμακολογικές θεραπείες και ψυχοθεραπεία.^{1,22,23,78-81}

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί την επικρατέστερη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, με την οποία επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε διάστημα ολίγων εβδομάδων (περίπου 3-6 βδομάδες) η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενή στην προνοσηρή του κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας. Σκοπός της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής είναι : α) η επίτευξη πλήρους ύφεσης, β) η αποφυγή αναζοπύρωσης των συμπτωμάτων του προηγούμενου επεισοδίου και γ) η αποτροπή εμφάνισης νέου επεισοδίου.

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων : α) τα αντικαταθλιπτικά, β) τις βενζοδιαζεπίνες και γ) τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής αφορά μέτριας έως μεγάλης έντασης επεισόδια μείζονος κατάθλιψης καθώς και περιπτώσεις δυσθυμικής διαταραχής, ενώ δεν έχει αποδειχθεί σε καταθλιπτική συμπτωματολογία ελαφράς έντασης.^{1,22,23}

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαφοροποιούνται ως προς το είδος και τη συχνότητα χορήγησης λόγω διαφόρων σκευασμάτων των φαρμάκων. Κατά γενική ομολογία, είναι αποτελεσματικά, ασφαλή και με σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες φάρμακα.

Οι κανόνες της αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας περιλαμβάνουν τη χορήγηση της κατάλληλης δόσης του σκευάσματος για επαρκές χρονικό διάστημα. Τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν εμφανίζονται πριν την παρέλευση 2-3 εβδομάδων μετά την έναρξη της χορήγησης τους. Αυτή ακριβώς η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης, αποτελεί το σημαντικότερο ίσως μειονέκτημα της χορήγησής τους. Γι' αυτό το λόγο δεν συνιστάται η εγκατάλειψη ή αλλαγή κάποιου θεραπευτικού σχήματος πριν την παρέλευση του χρονικού αυτού διαστήματος. Η παραμονή σε ανεπαρκή δοσολογία εξαιτίας της εμφάνισης τυχόν παρενεργειών αποτελεί εσφαλμένη τακτική, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή σε αυτές και η αύξηση της δόσης είναι εφικτή. Η εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος, μέσω της λεπτομερούς ενημέρωσης και της διαβεβαίωσης ότι η καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας του, αποτελεί το σημαντικότερο βήμα σε αυτές τις περιπτώσεις.^{1,22,23}

Σε περίπτωση μη επαρκούς ανταπόκρισης σε κάποιο θεραπευτικό σχήμα, συνιστάται αλλαγή του αντικαταθλιπτικού και επιλογή άλλου με διαφορετικό μηχανισμό δράσης και ενίσχυση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες ή παράλληλη εφαρμογή μη-φαρμακευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.^{1,22,23}

Όταν επιτευχθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα συνιστάται η συνέχιση της θεραπείας για μερικούς μήνες και η σταδιακή διακοπή με ταυτόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς για την πρόληψη υποτροπών. Οι προϋποθέσεις για μακροχρόνια φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνουν την ύπαρξη διπολικής διαταραχής, υποτροπιάζουσας κατάθλιψης με τρία τουλάχιστον επεισόδια, ή με δύο επεισόδια αλλά συνύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. Στις περιπτώσεις αυτές είναι

προτιμότερο να ακολουθείται μακροχρόνια, ίσως και ισόβια, προφυλακτική αγωγή.
1,22,23

Οι δυο επικρατέστερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή/και νοραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Κοινός τόπος δράσης τους είναι η αύξηση της σεροτονινεργικής ή/και νοραδρενεργικής δραστηριότητας στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Η πρώτη κατηγορία δηλ., οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή/και νοραδρεναλίνης περιλαμβάνει τα κλασικά αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά και άλλα), τους νεώτερους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και μερικά ακόμη νεώτερα αντικαταθλιπτικά με εκλεκτικό μηχανισμό δράσης. Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας έχουν την ίδια σχεδόν αποτελεσματικότητα, ενώ τα νεότερα από αυτά (SSRI και λοιπά εκλεκτικώς δρώντα) εμφανίζουν ηπιότερες και λιγότερες παρενέργειες και μικρότερη τοξικότητα από τα κλασικά φάρμακα.

Οι κλασικοί αναστολείς της MAO, παρότι είχαν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα, κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη, δεν κυκλοφορούν πλέον λόγω της δυνητικά θανατηφόρου υπερτασικής κρίσης που συνόδευε την ταυτόχρονη χρήση τους με συμπαθητικομιμητικές ή σεροτονινεργικές ουσίες ή διαιτητικώς προσλαμβανόμενη τυραμίνη.^{1,22,23}

Όσον αφορά την μακροχρόνια πρόσληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα, τα οποία σταθεροποιούν το συναίσθημα. Οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι τα άλατα λιθίου, η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο. Δεδομένου, ότι προσφέρουν επαρκή προφύλαξη από τις υποτροπές και έχουν σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, μπορούν να χορηγούνται εφ' όρου ζωής, κατόπιν όμως μετρήσεων των επιπέδων τους στο πλάσμα.

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

Η αντιμετώπιση της μη επαρκούς ανταπόκρισης στη θεραπεία, όπως επίσης η επανεμφάνιση της νόσου όσον ο ασθενής είναι υπό φαρμακευτική αγωγή,

περιλαμβάνει αλλαγή θεραπείας, θεραπεία συνδυασμού ή/και ενισχυτική θεραπεία. Επί λήψης χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής είναι πιθανό ανά διαστήματα να εκδηλωθεί ανάδυση ελαφράς καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα πλαίσια κάποιων καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία λόγω της ακολουθούμενης αγωγής δεν φτάνουν στη συνήθη έντασή τους.^{1,22,23}

Η παρακολούθηση της κλινικής πορείας του ασθενή είναι επιβεβλημένη για να διασφαλιστεί ότι η κατάστασή του δεν εξελίσσεται σε πλήρη αναζωπύρωση ή υποτροπή της κατάθλιψης, ενώ η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή συνήθως επαρκεί για την επίτευξη της ύφεσης της συμπτωματολογίας χωρίς να χρειάζεται τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.

Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος αποτελεί συμπληρωματική θεραπευτική παρέμβαση που δρα συνεπικουρικά με την αντικαταθλιπτική αγωγή και περιλαμβάνει κυρίως τις ψυχολογικές θεραπείες (ψυχοθεραπείες), εκ των οποίων οι κυριότερες είναι η συμπεριφορικού τύπου, η γνωσιακού –συμπεριφορικού τύπου και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Οι ψυχοθεραπείες είναι μικρής διάρκειας όχι άνω των έξι μηνών και στοχεύουν στην ενεργοποίηση του ασθενή, στην επίλυση προβλημάτων και στην αντιμετώπιση αγχογόνων και καταθλιπτικών γνωσιακών σχημάτων-πεποιθήσεων. Οι ήπιες έντασης καταθλιπτικές διαταραχές είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με ψυχοθεραπεία, το οποίο δεν ισχύει σε μέτριας και σοβαρής έντασης καταθλιπτικές διαταραχές, στις οποίες η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με αντικαταθλιπτική αγωγή.^{1,22,23}

Όσον αφορά στη θεραπευτική προσέγγιση καταθλιπτικού ασθενή με στεφανιαία νόσο είναι ανάλογη αυτής του καρδιολογικού ασθενή με άγχος. Αρχικά πρέπει να διαγνωσθεί εάν η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας καρδιολογικός ασθενής είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλο ή άλλους οργανικούς παράγοντες και στη συνέχεια να εκτιμηθεί η βαρύτητά και να καθορισθεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας.^{1,22,23}

2.3. Σχέση άγχους -κατάθλιψης και στεφανιαίας νόσου

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία ολοένα και περισσότερες μελέτες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στη σχέση άγχους και αιτιοπαθογένειας σωματικών παθήσεων. Η μετάβαση από την ανικανότητα σωματικής και συναισθηματικής προσαρμογής όταν εμπλέκεται το άτομο σε αγχώδεις καταστάσεις σε μια νοσηρή κατάσταση αποτελεί προοδευτική διαδικασία, στην εξέλιξη της οποίας εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου, η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, οι προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, κ.ά.^{1,24,25,82-92}

Αρχικά το άτομο στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το γεγονός που του προκαλεί άγχος κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, όπως μετάθεση, απώθηση, άρνηση. Όταν αυτή η προσπάθεια δεν είναι επιτυχής, τότε εκδηλώνονται ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις, οι οποίες άλλοτε είναι εμφανείς, όπως πόνος, εφίδρωση, ταχυκαρδία και άλλοτε μη εμφανείς, όπως αύξηση αρτηριακής πίεσης, μεταβολές της κορτιζόλης και της αδρεναλίνης, αύξηση των λιπιδίων κ.ά.

Εάν το άτομο αντιληφθεί αυτές τις αλλαγές αναζητά λύσεις, όπως λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή εφαρμογή άλλων μεθόδων ελέγχου. Σε αντίθετη περίπτωση, η ψυχοφυσιολογική διέγερση παραμένει με αποτέλεσμα την εκδήλωση συμπτωμάτων, κυρίως από το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό, το ουρογεννητικό και το ανοσοποιητικό σύστημα.^{1,24,25,82-92}

Από τις σωματικές παθήσεις, πλήθος ερευνητικών μελετών στρέφονται στη διερεύνηση της σχέσης στεφανιαίας νόσου και ψυχικής υγείας (άγχους – κατάθλιψης). Ως γνωστό, η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου και τη κυριότερη αιτία ανικανότητας σε άνδρες και γυναίκες τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Αναμένεται δε, έως το 2020 να αποτελέσει την πρώτη αιτία θανάτου τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.^{1,24,25,82-92}

Παλαιότερα, η αντιμετώπιση της νόσου περιοριζόταν στη θεραπεία και στην πρόληψη των επιλοκών. Αντιθέτως, στη σημερινή εποχή, όπου η επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου έχει πλήρως τεκμηριωθεί, η αξιολόγησή τους συμπεριλαμβάνεται στην καθημερινή κλινική πρακτική, όπως επίσης και στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Επιπροσθέτως, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα επικεντρώνονται στη διερεύνηση του ρόλου των ψυχικών συνιστωσών τόσο στην εκδήλωση, στην έκβαση και στην αποκατάσταση των

ασθενών με στεφανιαία νόσο, όσο και στην επίλυση διαγνωστικών προβλημάτων.
1,24,25,82-92

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υψηλή συχνότητα εμφάνισης άγχους παρατηρείται σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και συγκεκριμένα το 70-80% των ατόμων που υπέστησαν ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο βιώνουν άγχος, το οποίο επιμένει μακροπρόθεσμα στο 20-25% των περιπτώσεων. Το άγχος νοσηλευομένων ασθενών εκδηλώνεται αμέσως μετά το έμφραγμα, κορυφώνεται τη δεύτερη ημέρα και συνήθως υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες. Οι ασθενείς που βιώνουν άγχος έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους νέα ισχαιμικά επεισόδια ή αρρυθμίες, ενώ όταν το άγχος είναι υψηλής έντασης, οι πιθανότητες αυτές διπλασιάζονται εντός ενός έτους.^{1,24,25,82-92}

Ομοίως, παρατηρείται υψηλή συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ειδικότερα μετά από έμφραγμα, το ποσοστό ανέρχεται στο 8-16% των περιπτώσεων. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς σε εντατική μονάδα, αναπτύσσουν αποφευκτική συμπεριφορά με ότι τους θυμίζει τις τραυματικές εμπειρίες της νοσηλείας, με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλού βαθμού συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, ένα γεγονός, που σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα.^{1,24,25,82-92}

Επίσης, παρατηρείται υψηλή συχνότητα εμφάνισης συννοσηρότητας πανικού και καρδιακών παθήσεων. Τα άτομα με κρίση πανικού έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν έμφραγμα του μυοκαρδίου συγκρινόμενα με εκείνα που δεν έχουν τέτοιες κρίσεις και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Πολύ συχνά, η διαταραχή πανικού μιμείται μια μη υπάρχουσα καρδιακή νόσο, ενώ μερικές φορές υποκρύπτει πραγματική καρδιακή νόσο, η οποία συνυπάρχει. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι για την σωστή εκτίμηση αυτής της σχέσης πρέπει να αξιολογούνται και άλλοι παράγοντες, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, ο τρόπος ερμηνείας και αντίληψης των συμπτωμάτων από τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς επίσης και το ενδεχόμενο οι ασθενείς με συννοσηρότητα κρίσεων πανικού και καρδιακής νόσου να αναζητούν συχνότερα ιατρική βοήθεια.^{1,24,25,82-92}

Όσον αφορά τη σχέση στεφανιαίας νόσου και κατάθλιψης, κατά την τελευταία δεκαεπενταετία, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ερευνών που καταδεικνύουν συννοσηρότητα της κατάθλιψης με νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος.

Αναλυτικότερα, η στεφανιαία νόσος και η κατάθλιψη είναι η πρώτη και η δεύτερη σε σειρά αιτίες επιβάρυνσης από νοσήματα, παγκοσμίως. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου

και ειδικότερα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά 1,5-3,5 φορές, συγκρινόμενα με εκείνα χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σε ήδη εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, η κατάθλιψη αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση ενός καρδιακού επεισοδίου διότι αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας. Η βαρύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κυρίως η συναισθηματική και γνωσιακή εξασθένηση φαίνεται ότι αποτελούν ισχυρότερους προγνωστικούς δείκτες θνητότητας. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συγκρινόμενοι με τα μη καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν 4πλάσιο κίνδυνο θανάτου 10 έτη μετά από μια διαγνωσμένη καρδιολογική νόσο. Στους ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου, όπως οι αρρυθμίες και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου περιλαμβάνεται και η μείζων κατάθλιψη, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης στους καρδιολογικούς ασθενείς σε χρονικό διάστημα 6 και 18 μηνών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η προγνωστική αξία της μείζονος κατάθλιψης φαίνεται ότι είναι αντίστοιχη με εκείνη των άλλων προγνωστικών παραγόντων κινδύνου, όπως της δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας του ασθενή και του ιστορικού προηγούμενου εμφράγματος, καθώς και του καπνίσματος.^{1,24,25,82-92}

Επί εγκατεστημένης στεφανιαίας νόσου, η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο νέων καρδιακών επεισοδίων. Σε υγιή πληθυσμό, η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης από καρδιολογικό νόσημα, ο οποίος είναι αντίστοιχος εκείνου των ασθενών με ιστορικό σοβαρού καρδιολογικού νοσήματος. Ειδικότερα, οι μισοί από τους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη κατά το χρόνο εκδήλωσης του εμφράγματος έχουν στο ιστορικό τους ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Επίσης, πολύ συχνά στα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Ένας καταθλιπτικός ασθενής μπορεί ευκολότερα να εκδηλώσει συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της πίεσης ή άλλες εκδηλώσεις από τη διέγερση του αυτόνομου συμπαθητικού συστήματος.^{1,24,25,82-92}

Γενικότερα όμως η πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων υποστηρίζει ότι :

α) η ψυχική υγεία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου και θνησιμότητας. Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρή και συγκρίσιμη με άλλους παράγοντες κινδύνου και β) η καρδιαγγειακή νόσος έχει αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών. Για παράδειγμα, ενώ στο γενικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης ποικίλει από 3-10%, είναι αρκετά υψηλότερη στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, όπου τα ποσοστά ανέρχονται έως το 25%. Και οι δυο απόψεις έχουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, τόσο για τους πάσχοντες όσο και για τη δημόσια

υγεία, διότι η κατανόηση αυτής της βαθύτερης σχέσης είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την επιτυχή πρόληψη.^{1,24,25,82-92}

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών πριν και μετά από καρδιολογικές και καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ποικίλουν.Κύριο χαρακτηριστικό των περισσότερων καρδιολογικών νοσημάτων είναι ότι προκαλούν αιφνίδιο θάνατο, που σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατόν να επέλθει χωρίς κάποια προειδοποίηση. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς με οποιοδήποτε καρδιολογικό νόσημα, είναι αναμενόμενο να βιώνουν άγχος, αφού αισθάνονται έντονη την απειλή του θανάτου. Επίσης, το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών βιώνει συνεχή ψυχική καταπόνηση, άγχος και φόβο για την πορεία της υγείας των πασχόντων, παράγοντες, που συχνά επιτείνουν το άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών.^{1,24,25}

Αναλυτικότερα:

Επεμβατική καρδιολογία : Στη σημερινή εποχή, η χρήση νέων αρτιότερων υλικών και η πρόοδος στην επεμβατική καρδιολογία έχουν αλλάξει σημαντικά την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου. Συνήθως, η επεμβατική καρδιολογία βρίσκει εφαρμογή αμέσως μετά από ένα έμφραγμα ή ένα σοβαρό επεισόδιο διαταραχής της αγωγιμότητας του μυοκαρδίου.

Παρότι, αυτή καθεαυτή η επέμβαση δεν επιβαρύνει την ψυχοπαθολογία των ασθενών, εντούτοις πολύ συχνά οι ασθενείς βιώνουν άγχος και κατάθλιψη λόγω του καρδιολογικού νοσήματος. Ωστόσο, λόγω της βραχείας παραμονής στο νοσοκομείο, της άμεσης βελτίωσης της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβανομένης της απαλλαγής των συμπτωμάτων, οι περισσότεροι ασθενείς και το περιβάλλον τους αντιμετωπίζουν θετικά αυτή τη θεραπευτική διαδικασία.^{1,24,25}

Καρδιοχειρουργική : Αντιθέτως με την επεμβατική καρδιολογία, οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεγάλες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις βιώνουν κατά το προ-εγχειρητικό στάδιο έντονο άγχος, που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως οι προηγούμενες εμπειρίες και η προσωπικότητα του ασθενή. Επιπλέον, δεδομένου ότι η καρδιά έχει συμβολικό χαρακτήρα για το κάθε άτομο, το άγχος είναι δυνατόν να πυροδοτείται ακόμα και από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής το πάσχων όργανο.

Το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται, για παράδειγμα κατά το προ-εγχειρητικό στάδιο βιώνουν έντονο φόβο για τη ζωή τους και παράλληλα άγχος για την επιτυχή διόρθωση του προβλήματος και τη προσδοκώμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αντιθέτως, μετεγχειρητικά, παρότι

αισθάνονται απαλλαγμένοι από το καρδιολογικό τους πρόβλημα, έρχονται αντιμέτωποι με άλλους, αδικαιολόγητους φόβους που σχετίζονται με την επέμβαση, όπως φόβος για ρήξη των ραμμάτων ή του τραύματος, κ.ά., καθώς και φόβους που σχετίζονται με την αποκατάστασή τους.^{1,24,25}

Πολλές φορές κατά την προσπάθεια τους να επιτύχουν το αναμενόμενο Θεραπευτικό αποτέλεσμα οδηγούνται σε υπερβολές, όπως για παράδειγμα περιορίζουν σημαντικά τις δραστηριότητές τους ή εκδηλώνουν υπερβολικές συμπεριφορές, όπως αποφυγή έκθεσης ακόμα και σε ελάχιστη σωματική ή πνευματική κόπωση, περιορισμός των δραστηριοτήτων εντός του σπιτιού, αλλαγή στον τρόπο ένδυσης, κ'ά.

Όταν όμως αυτή η υπερβολική αντίδραση υιοθετείται και από τα άλλα μέλη της οικογένειας και γίνεται αποδεκτή με γνώμονα το «καλό του πάσχοντα» είναι δυνατό να οδηγήσει σε ψυχολογική παλινδρόμηση και περιθωριοποίηση του ατόμου τόσο στο χώρο της οικογένειας όσο και στο χώρο της εργασίας. Λόγω της απώλειας της λειτουργικότητας και της κοινωνικής απομόνωση, οι ασθενείς εκδηλώνουν κατάθλιψη. Η ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης, θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος για την ανάρρωση του ασθενούς.^{1,24,25}

Μεταμοσχεύσεις : Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της προόδου στην αντιμετώπιση της διαδικασίας απόρριψης ξένου σώματος και την εισαγωγή της κυκλοσπορίνης έχει αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσης των μεταμοσχευθέντων ασθενών παγκοσμίως.

Ομοίως και στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μεταμοσχεύσεις καρδιάς με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, κυρίως σε ασθενείς με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, των οποίων το προσδόκιμο επιβίωσης περιορίζονταν σε λίγους μήνες. Ωστόσο, στη χώρα μας λόγω της δυσκολίας ανεύρεσης μοσχεύματος και συνεπώς του αυξημένου χρόνου αναμονής, οι υποψήφιοι για μεταμόσχευση βιώνουν έντονο άγχος, φοβούμενοι τη δυσάρεστη εξέλιξη πριν την ανεύρεση του δότη. Όσο ο χρόνος παρατείνεται, οι ασθενείς απελπίζονται και βιώνουν ανασφάλεια ή ακόμα και εγκατάλειψη από το Σύστημα Υγείας της χώρας. Ως αποτέλεσμα, υιοθετούν μια στάση παράδοσης στο πεπρωμένο, η οποία καθιστά τη συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς δυσχερή.^{1,24,25}

Η φύση και η χρονιότητα της καρδιακής ανεπάρκειας επιβάλλει σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή και στις δραστηριότητες των ατόμων. Προεγχειρητικά, οι ασθενείς αξιολογούν τη σωματική και συναισθηματική τους διάσταση από μέτρια έως πολύ φτωχή, είναι συναισθηματικά ευερέθιστοι, έχουν περιορισμένες

κοινωνικές επαφές, χαμηλή αυτοεκτίμηση και βιώνουν κατάθλιψη, άγχος και κοινωνική απομόνωση. Μετεγχειρητικά, σε 4-8 εβδομάδες αναφέρουν σημαντική βελτίωση σε όλα τα προβλήματά τους, ενώ μετά από ένα χρόνο παραπονούνται λιγότερο για τη φυσική και συναισθηματική τους κατάσταση. Αντίθετα, μετά από 5 χρόνια τα άτομα βιώνουν περισσότερο έντονα τα συναισθηματικά προβλήματα λόγω των αλλαγών που επιβάλλει η νόσος στον τρόπο ζωής τους και λιγότερο έντονα τα προβλήματα που σχετίζονται με τη φυσική τους κατάσταση.^{1,24,25}

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι μετά την επιτυχή μεταμόσχευση καρδιάς, οι ασθενείς και το περιβάλλον τους καλούνται να προσαρμοστούν σε μια κατάσταση συνεχούς και μεθοδικής συνεργασίας με τους θεράποντες ιατρούς, η οποία συχνά οδηγείται σε σχέση εξάρτησης λόγω της αναγκαιότητας των συχνών επανεκτιμήσεων της κατάστασής τους. Η ψυχοκοινωνική στήριξη, τόσο των μεταμοσχευμένων όσο και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευνοϊκή έκβαση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.^{1,24,25}

Σκοπός της παρούσης διδακτορικής έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Επιμέρους σκοποί της μελέτης ήταν:

α) η αξιολόγηση του βαθμού σημαντικότητας ποικίλων αναγκών νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο

β) η διερεύνηση της συσχέτισης των αναγκών των ασθενών σε σχέση με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

γ) η αξιολόγηση του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο

δ) η διερεύνηση της συσχέτισης του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

ε) η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στο άγχος, την κατάθλιψη και της σημαντικότητας των αναγκών των ασθενών

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Υλικό – Μέθοδος

3.1.α. Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 702 ασθενείς (478 άνδρες και 224 γυναίκες) με χρόνια ή οξεία στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη και νοσηλεύονταν σε καρδιολογικό τμήμα ή μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) την 4^η ημέρα μετά τη γενική εφημερία τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων του Ν. Αττικής (το Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνία «Η Αγία Όλγα», το Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ») κατά τη χρονική περίοδο Ιούνιος 2009 - Ιούνιος 2010. Επίσης, στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο καρδιολογικό τμήμα ή τη ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου και του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας κατά την ίδια χρονική περίοδο. Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν: νοσηλεία για τουλάχιστον 3 ημέρες και καλή γνώση/χρήση της ελληνικής γλώσσας. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ζητούσε την προφορική συγκατάθεση των ασθενών για τη συμμετοχή στη μελέτη. Μόνο τα άτομα που έδωσαν την προφορική συγκατάθεση τους συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Συγκεκριμένα, στη μελέτη συμμετείχαν 119 ασθενείς από το νοσοκομείο «Αγία Όλγα», 79 ασθενείς από το Θριάσιο Νοσοκομείο, 104 ασθενείς από το «Λαϊκό νοσοκομείο», 80 ασθενείς από το Γ.Ν Καλαμάτας, 71 ασθενείς από το Γ.Ν Κορίνθου, και 249 ασθενείς από το «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ».

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της.

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

Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε ύστερα από τη λήψη έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος.

3. 1.β. Κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

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

- το φύλο και η ηλικία των συμμετεχόντων,
- η οικογενειακή τους κατάσταση (έγγαμος/η, άγαμος/η, διαζευγμένος/η, εν διαστάσει, χήρος/α, συμβίωση),
- το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (αγράμματος, απόφοιτος δημοτικού, απόφοιτος γυμνασίου-λυκείου, απόφοιτος ΤΕΙ-ΑΕΙ, κάτοχος μεταπτυχιακού – διδακτορικού διπλώματος),
- ο τόπος διαμονής τους (ευρύτερη περιοχή Αττικής, πρωτεύουσα νομού, μικρή πόλη, ύπαιθρος)
- ο αριθμός των παιδιών τους (κανένα, ένα, δύο, περισσότερα από δύο) και η ηλικία των παιδιών τους.

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν τα παρακάτω στοιχεία.

- Ο τύπος του καρδιολογικού προβλήματος για το οποίο νοσηλεύονταν ο κάθε ασθενής (στηθάγχη, ασταθής στηθάγχη, STEMI, non-STEMI, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες)
- Τα έτη που έχουν περάσει από την πρώτη εκδήλωση του συγκεκριμένου καρδιολογικού προβλήματος (<1 έτος, 2-5 έτη, 6-10 έτη, 11-15 έτη >15 έτη)
- Προηγούμενη νοσηλεία ή όχι για τον ίδιο λόγο

- Θεραπευτικό σχήμα που ακολουθήθηκε για την αντιμετώπιση του καρδιολογικού προβλήματος (συντηρητική αγωγή, CABG, PCI, θρομβόλυση, βηματοδότης)
- Γενικότερη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι νοσηλευθέντες ασθενείς (αγγολυτικά, αντικαταθλιπτικά, υπο-λιπιδαιμικά, αντιυπερτασικά φάρμακα, κτλ)
- Ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το καρδιολογικό πρόβλημα νοσηλείας τους
- Η συνοσηρότητα των ασθενών (δηλαδή αν πάσχουν από κάποιο άλλο νόσημα)
- Οικογενειακό ιστορικό νοσήματος κυκλοφορικού συστήματος
- Ημέρες νοσηλείας

3.1.γ. Αξιολόγηση ψυχικής υγείας

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη & άγχος) των νοσηλευόμενων καρδιοπαθών ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)”. Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1983 από τους Zigmond AS & Snaith RP.⁹³ Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της τετράβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 0 – 3. Στον Πίνακα 1.1 παρουσιάζονται, αναλυτικά, οι ερωτήσεις της κλίμακας και ο τρόπος που βαθμολογούνται οι απαντήσεις της κάθε ερώτησης. Επτά από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης (οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12 και 14) και οι υπόλοιπες επτά αξιολογούν το επίπεδο άγχους (οι ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11 και 13) των ερωτώμενων. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την κατάθλιψη και αυτές που αξιολογούν το άγχος οδηγώντας σε δύο σκορ, το εύρος τιμών των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 21. Υψηλότερες τιμές των σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Επιπλέον, και για τα 2 σκορ έχει προταθεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία η εξής κατηγοριοποίηση: σκορ 0-7 που υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, αντίστοιχα, σκορ 8-10 που υποδηλώνει

μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης, αντίστοιχα, και σκορ >11 που υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους/κατάθλιψης.

Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από την Μηστακίδου και συν.,⁹⁴ το 2004. Η παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε ανέδειξε 2 παράγοντες ίδιους με αυτούς της αρχικής κλίμακας. Τόσο η εσωτερική συνοχή όσο και η εγκυρότητα των δύο υπό-κλιμάκων βρέθηκε να είναι ικανοποιητική. Ομοίως, ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν και από τον Μιχόπουλο και συν.,⁹⁵ πρόσφατα όταν η κλίμακα εφαρμόστηκε σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.

Πίνακας 1.1: Η κλίμακα «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)»

Αριθμός ερώτησης	Ερώτηση	Απαντήσεις	Σκορ
1A	Αισθάνομαι ένταση	Τον περισσότερο καιρό	3
		Συχνά	2
		Κάποιες φορές- περιστασιακά	1
		Καθόλου	0
2K	Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν:	Ναι, σίγουρα, όπως και πριν	0
		Όχι τόσο πολύ	1
		Λίγο	2
		Καθόλου	3
3 ^A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/ ή με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί	Πάρα πολύ	3
		Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ	2
		Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί	1
		Καθόλου	0
4K	Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω τη χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων	Τόσο, όσο πάντοτε	0
		Όχι τόσο πολύ πλέον	1
		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια	2
		Καθόλου	3
5 ^A	Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν	Τον περισσότερο χρόνο	3
		Αρκετό χρόνο	2
		Κάποιες φορές, αλλά όχι τόσο συχνά	1
		Μόνο περιστασιακά	0
6K	Αισθάνομαι χαρούμενος/η	Καθόλου	3
		Όχι συχνά	2
		Μερικές φορές	1
		Τις περισσότερες φορές	0
7 ^A	Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω	Βεβαιότατα	0
		Συχνά	1
		Όχι συχνά	2
		Καθόλου	3
8K	Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η	Σχεδόν συνέχεια	3
		Πολύ συχνά	2
		Μερικές φορές	1
		Καθόλου	0

Πίνακας 1.1 (συνέχεια): Η κλίμακα «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)»

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

3.1.δ. Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών

Για την αξιολόγηση των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της παρούσας μελέτης ένα ερωτηματολόγιο των 39 δηλώσεων αναφορικά με δυνητικές ανάγκες των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Οι δηλώσεις αυτές προέκυψαν από εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο και άτυπες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και επαγγελματίες υγείας. Επίσης, επιλέχθηκαν λαμβάνοντας υπόψη το ερωτηματολόγιο της Kristjandottir⁹⁶ το οποίο αξιολογεί τις ανάγκες των γονιών νοσηλευόμενων παιδιών και έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα από τους Kyritsi και συν.,⁹⁷ το 2005.

Οι δηλώσεις επιλέχθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών. Για την ακρίβεια, οι δηλώσεις αρχικά ομαδοποιήθηκαν με βάση το περιεχόμενό τους στις εξής 6 κατηγορίες αναγκών: α) ανάγκη για ενημέρωση/πληροφόρηση, β) ανάγκη για καθοδήγηση/υποστήριξη, γ) ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, δ) ανάγκη για επικοινωνία γιατρού/νοσηλευτή-ασθενή, ε) ανάγκη για κάλυψη συναισθηματικών και φυσικών αναγκών των ασθενών και στ) ανάγκη για συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα του. Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν πόσο σημαντική θεωρούσαν ότι είναι η κάθε μία από αυτές τις ανάγκες.

Δεδομένου ότι πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της παρούσας μελέτης και αποσκοπούσε στον υπολογισμό 6 υπό-κλιμάκων κάθε μία από τις οποίες θα αξιολογούσε μία από τις 6 ανάγκες των ασθενών, πραγματοποιήθηκε ο απαραίτητος έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του εργαλείου. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο, αμέσως μετά το σχεδιασμό του, συμπληρώθηκε για 15 ασθενείς προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις κρίνονται σαφείς, κατανοητές και με λογική σειρά (face validity). Επιπλέον, 5 επαγγελματίες υγείας που είχαν μακροχρόνια εμπειρία στην αντιμετώπιση ασθενών με στεφανιαία νόσο ρωτήθηκαν να κρίνουν το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου (content validity). Συγκεκριμένα, τους ζητήθηκε να διατυπώσουν την άποψή τους αναφορικά με το εάν θεωρούν ότι οι συγκεκριμένες 39 δηλώσεις είναι αντιπροσωπευτικές των αναγκών των ασθενών ή

κρίνουν αναγκαία την προσθήκη κάποιων επιπλέον δηλώσεων. Όλοι ανέφεραν ότι θεωρούν τις δηλώσεις άκρως αντιπροσωπευτικές των δυνητικών αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών.

Η δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου (construct validity) ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας την κατάλληλη στατιστική τεχνική (η οποία περιγράφεται αναλυτικά στην ενότητα «Στατιστική Ανάλυση») προκειμένου να διαπιστωθεί η δομή του ερωτηματολογίου, δηλαδή ο αριθμός των υπό-κλιμάκων που υπολογίζονται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και τις δηλώσεις που συνιστούν κάθε υπό-κλίμακα. Για τον έλεγχο της δομικής εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκαν οι 39 ερωτήσεις αναφορικά με τη σημαντικότητα των 39 δηλώσεων που αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών. Τα αποτελέσματα αναφορικά με τη δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται αναλυτικά στο κεφάλαιο «Αποτελέσματα». Η εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity) του ερωτηματολογίου δεν ελέγχθηκε δεδομένου ότι δεν έχει βρεθεί κάποιο εργαλείο αξιολόγησης των αναγκών νοσηλευόμενων ασθενών που να θεωρείται ως «ο χρυσός κανόνας (gold standard)».

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής για κάθε υπό-κλίμακα που προέκυψε από τον **έλεγχο δομικής εγκυρότητας** του ερωτηματολογίου χρησιμοποιώντας το κατάλληλο στατιστικό κριτήριο καθώς επίσης και έλεγχος επαναληψιμότητας (βλ. υπό-ενότητα «Στατιστική ανάλυση» και κεφ. «Αποτελέσματα»). Για την πραγματοποίηση του ελέγχου επαναληψιμότητας, 50 από τους συμμετέχοντες ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο των αναγκών για δεύτερη φορά 4-5 μέρες μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

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

Ανάγκες ασθενών	Βαθμός σημαντικότητας				
	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
A 1. Να μπορώ να έχω εμπιστοσύνη, ότι μου θα μου παρασχεθεί η καλύτερη διαθέσιμη φροντίδα απ' τους γιατρούς. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
A 2. Να μπορώ να έχω εμπιστοσύνη, ότι θα μου παρασχεθεί η καλύτερη διαθέσιμη φροντίδα απ' τους νοσηλευτές. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
B 3. Να μου εξηγήσουν, ώστε να αντιληφθώ, πόσο και αν ευθύνομαι για την κατάστασή μου Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
B 4. Να έρχονται οι νοσηλευτές σε επικοινωνία μαζί μου και να με συμβουλεύουν πως μπορώ να βοηθήσω, προκειμένου να βελτιωθεί η κατάστασή μου Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C 5. Να μου λένε οτιδήποτε πρόκειται να μου γίνει και γιατί. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C 6. Να έχω την ακριβή ενημέρωση για την κατάσταση μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C 7. Να με ενημερώνουν για οποιαδήποτε θεραπεία θα λάβω. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C8. Να με ενημερώνουν για όλες τις γνωστές προγνώσεις της αρρώστιας μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C9. Να με ενημερώνουν ώστε να μάθω πώς η αρρώστια και η θεραπεία της θα επιδράσουν από εδώ και στο εξής στην επαγγελματική και κοινωνική μου ζωή Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C10. Να με ενημερώνουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων που μου έγιναν. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					

Ανάγκες ασθενών	Βαθμός σημαντικότητας				
	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
C12. Να παίρνω γραπτές οδηγίες για την κατάσταση της υγείας μου και να μπορώ να τις συμβουλευτώ αργότερα (αιτία εισαγωγής, εξετάσεις, φάρμακα και απλές οδηγίες). Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
C13. Να υπάρχει η δυνατότητα να δω κοινωνική λειτουργό για να πάρω πληροφορίες για έξοδα που προκύπτουν από τη νοσηλεία μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D14. Να με συμβουλευούν για το τι θα κάνω κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D15. Να ξέρω ότι μπορώ να επικοινωνήσω με το τμήμα ενώ θα έχω φύγει απ' το νοσοκομείο. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D16. Να έχω βοήθεια ώστε να αναγνωρίζω τις ανάγκες σχετικά με την πάθησή μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D17. Να είμαι ικανός /ή να ενημερώνω με ακρίβεια τους νοσηλευτές και τους γιατρούς για τα συμπτώματά μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D18. Να ενθαρρύνομαι από το προσωπικό να έρχομαι σε επικοινωνία μαζί τους, όταν το έχω ανάγκη. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D19. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό με ενθαρρύνει να κάνω ερωτήσεις και να αναζητώ τις απαντήσεις αυτών. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
D20. Να υπάρχει δυνατότητα να συναντηθώ με άτομα που έχουν ανάλογα προβλήματα με μένα. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					

<p>D21. Να υπάρχει νοσηλευτής που θα με βοηθάει να αναγνωρίζω τις ανάγκες μου για ύπνο και φαγητό. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>Ανάγκες ασθενών</p>	Βαθμός σημαντικότητας				
	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
<p>D22. Να υπάρχει ένα άτομο στο τμήμα , γιατρός ή νοσηλευτής, ειδικά επιφορτισμένος να νοιάζεται και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των συγγενών μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>D23. Να υπάρχουν προγραμματισμένες συναντήσεις με ασθενείς που έχουν ίδια προβλήματα με μένα για να μπορώ να συζητήσω μαζί τους τις εμπειρίες τους. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E24. Να αισθάνομαι ότι προσφέρω σημαντικά για την ταχύτερη βελτίωση της κατάστασής μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E25. Να αισθάνομαι λιγότερο άγχος Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E26. Να μπορεί να παραμείνει μαζί μου κάποιο σημαντικό για μένα άτομο Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E27. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλευτές θα αναγνωρίζουν και θα ξέρουν τα αισθήματα μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E28. Να αισθάνομαι ότι θα έχω τη δυνατότητα για ένα ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον (όχι διάδρομος, πολλά κρεβάτια κ.λ.π). Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E29. Να βρω υποστήριξη και βοήθεια με βάση τις προσωπικές μου ανάγκες και ιδιαιτερότητες π.χ. άγχος, κόπωση. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E30. Να έχω την άδεια ,να πάρω την τελική απόφαση, αφού έχω ενημερωθεί από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές για τις προτεινόμενες θεραπείες μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					
<p>E31. Να έχω επαρκή ξεκούραση και ύπνο. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;</p>					

F32. Να υπάρχει δυνατότητα αναπροσαρμογής της δουλειάς στο τμήμα ανάλογα με τις ανάγκες μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F33. Να μου δοθεί η δυνατότητα να μιλήσω προσωπικά με κάποιο γιατρό ή νοσηλεύτη για τα συναισθήματά μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F34. Να μπορεί να μείνει μαζί μου κάποιο δικό μου άτομο 24ώρες την ημέρα αν το επιθυμώ. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F35. Να με ενημερώνουν ώστε να μπορώ να συμμετέχω στη νοσηλεία μου (φροντίδα μου). Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F36. Να μπορώ να αναλάβω τη σωματική μου φροντίδα Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F37. Να μπορώ να εξηγήσω θέματα, που έχουν σχέση με την αρρώστια μου, στους συγγενείς ή φίλους. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F38. Να υπάρχει μια νοσηλεύτρια από κάποιο κέντρο, που θα με παρακολουθεί, μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο λαμβάνοντας υπόψη την υγεία με την προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					
F39. Να έχω κάποιο άτομο στο τμήμα ειδικά υπεύθυνο να φροντίζει για τις ανάγκες μου. Πόσο σημαντική είναι η πρόταση για σας;					

3.2. Στατιστική ανάλυση

3.2.α. Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

Ο έλεγχος της face & content validity πραγματοποιήθηκε ζητώντας από 15 ασθενείς και 5 επαγγελματίες υγείας να κρίνουν την σαφήνεια και πληρότητα/αντιπροσωπευτικότητα των ερωτήσεων αναφορικά με την αξιολόγηση των αναγκών νοσηλευόμενων ασθενών. Ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας (construct validity) του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την παραγοντική ανάλυση (factor analysis). Η καταλληλότητα των δεδομένων για την πραγματοποίηση της παραπάνω ανάλυσης εξετάστηκε με βάση το τεστ σφαιρικότητας Bartlett και τη στατιστική δοκιμασία Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) για το βαθμό συσχέτισης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του ελέγχου σφαιρικότητας υποδηλώνει ότι ο πίνακας διακύμανσης-συνδιακύμανσης των αρχικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου δεν είναι διαγώνιος (δηλ. ότι οι μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους). Επίσης, τιμές του $KMO > 0,8$ υποδηλώνουν αρκετά υψηλό βαθμό συσχέτισης προκειμένου να έχει νόημα η πραγματοποίηση της παραγοντικής ανάλυσης. Για την εξαγωγή των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «Ανάλυση των κύριων συνιστωσών». Η επιλογή του αριθμού των παραγόντων που παρέμειναν στην ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία του Kaiser (ιδιοτιμή > 1). Για να βελτιωθεί η ερμηνευτικότητα των παραγόντων, πραγματοποιήθηκε ορθογώνια περιστροφή των αξόνων τύπου Varimax. Ο κάθε παράγοντας που προέκυψε ερμηνεύτηκε με βάση τις ερωτήσεις που είχαν τιμή φορτίου $> 0,4$.

Ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής (internal consistency) για τις υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών, αλλά και των υπό-κλιμάκων αξιολόγησης του άγχους και της κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach Alpha. Το εύρος τιμών του δείκτη είναι από 0 – 1. Μεγάλες τιμές του δείκτη Alpha υποδηλώνουν μεγάλη συνοχή των ερωτήσεων από τις οποίες συνίσταται η υπό-κλίμακα. Ο δείκτης Cronbach Alpha που προκύπτει όταν αφαιρεθεί κάποια ερώτηση της υπό-κλίμακας (Cronbach Alpha if item deleted) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εντοπιστούν οι ερωτήσεις που μειώναν την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου και συνεπώς έπρεπε να εξαιρεθούν. Ο έλεγχος επαναληψιμότητας πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας το στατιστικό κριτήριο Intra-

class correlation coefficient (ICC). Αυτό το κριτήριο λαμβάνει τιμές μεταξύ -1 και +1. Τιμές κοντά στο +1 υποδηλώνουν υψηλή επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα για τον έλεγχο επαναληψιμότητας παρουσιάζονται με το ICC (95% διάστημα εμπιστοσύνης).

3.2.β. Περιγραφική και λοιπή στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών (π.χ. υπό-κλίμακες αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών) με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέσες τιμές \pm τυπικές αποκλίσεις, εκτός από τις ημέρες νοσηλείας που παρουσιάζονται με διάμεση τιμή και ενδο-τεταρτημοριακό εύρος.

Η ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) και τη δοκιμασία Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική συνεχή μεταβλητή που ακολουθεί την κανονική κατανομή ή όχι, αντίστοιχα και μία ποιοτική μεταβλητή με περισσότερες από 2 κατηγορίες. Συγκεκριμένα, αυτά τα κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν για να ελέγξουμε εάν διαφέρουν σημαντικά τα σκορ που αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών (ποσοτικές μεταβλητές) μεταξύ των ασθενών με καθόλου, μέτρια και υψηλά επίπεδα άγχους (ποιοτική μεταβλητή), καθώς και μεταξύ των ασθενών με καθόλου, μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (ποιοτική μεταβλητή). Το πρόβλημα των πολλαπλών ελέγχων ξεπεράστηκε πραγματοποιώντας διόρθωση κατά Bonferroni. Επίσης, το independent samples t-test και η δοκιμασία Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική συνεχή μεταβλητή που ακολουθεί την κανονική κατανομή ή όχι, αντίστοιχα, και μία ποιοτική με 2 κατηγορίες (π.χ. προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο (ναι/όχι)).

Το κριτήριο χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε 2 ποιοτικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα, με το παραπάνω κριτήριο ελέγχεται η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στα επίπεδα άγχους, τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών και το φύλο των ασθενών.

Ο έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών (π.χ. μεταξύ των υπό-κλιμάκων που αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών, τα επίπεδα άγχους και

κατάθλιψης) πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson αν και οι δύο μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και με το συντελεστή συσχέτισης του Spearman αν έστω μία από τις δύο ποσοτικές μεταβλητές δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή.

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί η επίδραση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στα σκορ των υπό-κλιμάκων που αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών, μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία). Σε κάθε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες χρησιμοποιήθηκαν τα κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που βρέθηκαν να συσχετίζονται είτε με τις ανάγκες των ασθενών είτε με το άγχος/κατάθλιψη στις μονο-παραγοντικές αναλύσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με β -συντελεστές και 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το R^2 κάθε μοντέλου προκειμένου να δηλωθεί το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που ερμηνεύεται από το κάθε μοντέλο.

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 17 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών

4.1.α. Δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της σημαντικότητας των αναγκών των ασθενών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, για τον έλεγχο της δομικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών με στεφανιαία νόσο διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση. Αρχικά, επιβεβαιώθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Το στατιστικό κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,948$) και το Bartlett Test of sphericity (με τιμή 20230,187, $p<0.001$) αποδεικνύουν την καταλληλότητα των αρχικών ερωτήσεων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης.

Από τις 39 αρχικές δηλώσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 6 παράγοντες, χρησιμοποιώντας το κριτήριο του Kaiser και την ορθογώνια περιστροφή Varimax. Η μοναδική δήλωση που αφαιρέθηκε από την αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου ήταν το «Να υπάρχει δυνατότητα να δω κοινωνική λειτουργό για να πάρω πληροφορίες για έξοδα που προκύπτουν από τη νοσηλεία μου». Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 2.1, ο πρώτος παράγοντας αποτελείται από 9 δηλώσεις και εκφράζει «την ανάγκη των ασθενών για υποστήριξη και καθοδήγηση». Αυτός ο παράγοντας ερμηνεύει και το μεγαλύτερο μέρος της μεταβλητότητας των αρχικών δεδομένων (44,2%). Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από 8 δηλώσεις και εκφράζει «την ανάγκη των ασθενών για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό». Το ποσοστό της μεταβλητότητας των δεδομένων που ερμηνεύει ο συγκεκριμένος παράγοντας εκτιμήθηκε σε 7,9%. Ο τρίτος παράγοντας αποτελείται από 6 ερωτήσεις και εκφράζει «την ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς». Ο

συγκεκριμένος παράγοντας ερμηνεύει το 4,5% της μεταβλητότητας των δεδομένων. Ο τέταρτος παράγοντας αποτελείται από 6 δηλώσεις και εκφράζει «την ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα». Ο συγκεκριμένος παράγοντας ερμηνεύει το 3,8% της μεταβλητότητας των δεδομένων. Ο πέμπτος παράγοντας αποτελείται από 7 δηλώσεις και εκφράζει «την ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας) του ασθενούς». Ο συγκεκριμένος παράγοντας ερμηνεύει το 3,2% της μεταβλητότητας των δεδομένων. Τέλος, ο έκτος παράγοντας αποτελείται από 2 δηλώσεις και εκφράζει «την ανάγκη των ασθενών να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό». Ο συγκεκριμένος παράγοντας ερμηνεύει το 3,0% της μεταβλητότητας των δεδομένων.

Το συνολικό ποσοστό της μεταβλητότητας των αρχικών δεδομένων που ερμηνεύουν και οι 6 παράγοντες από κοινού, ανέρχεται στο 66,6%.

Πίνακας 2.1: Παράγοντες του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών με στεφανιαία νόσο που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

Ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών	Υπό-κλίμακες (Παράγοντες)					
	1 ^η	2 ^η	3 ^η	4 ^η	5 ^η	6 ^η
A1. Να μπορώ να έχω εμπιστοσύνη, ότι θα μου παρασχεθεί η καλύτερη διαθέσιμη φροντίδα απ' τους γιατρούς						0,707
A2. Να μπορώ να έχω εμπιστοσύνη, ότι θα μου παρασχεθεί η καλύτερη διαθέσιμη φροντίδα απ' τους νοσηλευτές						0,704
B3. Να μου εξηγήσουν, ώστε να αντιληφθώ, πόσο και αν ευθύνομαι για την κατάστασή μου		0,594				
B4. Να έρχονται οι νοσηλευτές σε επικοινωνία μαζί μου και να με συμβουλεύουν πως μπορώ να βοηθήσω, προκειμένου να βελτιωθεί η κατάστασή μου		0,642				
C5. Να μου λένε οτιδήποτε πρόκειται να μου γίνει και γιατί		0,789				
C6. Να έχω την ακριβή ενημέρωση για την κατάσταση μου		0,742				
C7. Να με ενημερώνουν για οποιαδήποτε θεραπεία θα λάβω		0,832				
C8. Να με ενημερώνουν για όλες τις γνωστές προγνώσεις της αρρώστιας μου		0,782				
C9. Να με ενημερώνουν ώστε να μάθω πώς η αρρώστια και η θεραπεία της θα επιδράσουν από εδώ και στο εξής στην επαγγελματική και κοινωνική μου ζωή		0,527				
C10. Να με ενημερώνουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων που μου έγιναν		0,614				
C11. Να με ενημερώνουν ώστε να είμαι έτοιμος για την πιθανή ημέρα εξόδου μου καθώς και για οποιαδήποτε αλλαγή ημερομηνίας	0,476					
C12. Να παίρνω γραπτές οδηγίες για την κατάσταση της υγείας μου και να μπορώ να τις συμβουλευτώ	0,668					

αργότερα (αιτία εισαγωγής, εξετάσεις, φάρμακα και απλές οδηγίες)					
D14. Να με συμβουλεύουν για το τι θα κάνω κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο	0,750				
D15. Να ξέρω ότι μπορώ να επικοινωνήσω με το τμήμα ενώ θα έχω φύγει απ' το νοσοκομείο	0,710				
D16. Να έχω βοήθεια ώστε να αναγνωρίζω τις ανάγκες σχετικά με την πάθησή μου	0,673				
D17. Να είμαι ικανός /ή να ενημερώνω με ακρίβεια τους νοσηλευτές και τους γιατρούς για τα συμπτώματά μου	0,580				
D18. Να ενθαρρύνομαι από το προσωπικό να έρχομαι σε επικοινωνία μαζί τους, όταν το έχω ανάγκη	0,687				
D19. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό με ενθαρρύνει να κάνω ερωτήσεις και να αναζητώ τις απαντήσεις τους	0,671				
D20. Να υπάρχει δυνατότητα να συναντηθώ με άτομα που έχουν ανάλογα προβλήματα με μένα			0,817		
D21. Να υπάρχει νοσηλευτής που θα με βοηθάει να αναγνωρίζω τις ανάγκες μου για ύπνο και φαγητό			0,562		
D22. Να υπάρχει ένα άτομο στο τμήμα , γιατρός ή νοσηλευτής, ειδικά επιφορτισμένος να νοιάζεται και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των συγγενών μου			0,512		
D23. Να υπάρχουν προγραμματισμένες συναντήσεις με ασθενείς που έχουν ίδια προβλήματα με μένα για να μπορώ να συζητήσω μαζί τους τις εμπειρίες τους			0,832		
D24. Να αισθάνομαι ότι προσφέρω σημαντικά για την ταχύτερη βελτίωση της κατάστασής μου	0,537				
E25. Να αισθάνομαι λιγότερο άγχος				0,529	
E26. Να μπορεί να παραμείνει μαζί μου κάποιο σημαντικό για μένα άτομο				0,766	
E27. Να αισθάνομαι ότι οι νοσηλευτές θα αναγνωρίζουν και θα ξέρουν τα αισθήματά μου				0,410	
E28. Να αισθάνομαι ότι θα έχω τη δυνατότητα για ένα ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον (όχι διάδρομος, πολλά κρεβάτια κ.λ.π)				0,456	
E29. Να βρω υποστήριξη και βοήθεια με βάση τις προσωπικές μου ανάγκες και ιδιαιτερότητες π.χ. άγχος,				0,443	

κόπωση						
E30. Να έχω την άδεια ,να πάρω την τελική απόφαση, αφού έχω ενημερωθεί από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές για τις προτεινόμενες θεραπείες μου.			0,626			
E31. Να έχω επαρκή ξεκούραση και ύπνο.					0,429	
E32. Να υπάρχει δυνατότητα αναπροσαρμογής της δουλειάς στο τμήμα ανάλογα με τις ανάγκες μου				0,452		
E33. Να μου δοθεί η δυνατότητα να μιλήσω προσωπικά με κάποιο γιατρό ή νοσηλευτή για τα συναισθήματά μου				0,583		
F34. Να μπορεί να μείνει μαζί μου κάποιο δικό μου άτομο 24ώρες την ημέρα αν το επιθυμώ					0,652	
F35. Να με ενημερώνουν ώστε να μπορώ να συμμετέχω στη νοσηλεία μου (φροντίδα μου)				0,519		
F36. Να μπορώ να αναλάβω τη σωματική μου φροντίδα				0,601		
F37. Να μπορώ να εξηγήσω θέματα, που έχουν σχέση με την αρρώστια μου, στους συγγενείς ή φίλους			0,520			
F38. Να υπάρχει μια νοσηλεύτρια από κάποιο κέντρο, που θα με παρακολουθεί, μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο λαμβάνοντας υπόψη την υγεία με την προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο				0,744		
F39. Να έχω κάποιο άτομο στο τμήμα ειδικά υπεύθυνο να φροντίζει για τις ανάγκες μου				0,751		
Ποσοστό της μεταβλητότητας που ερμηνεύει ο κάθε παράγοντας	44,2%	7,9%	4,5%	3,8%	3,2%	3,0%

1^η : Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση

2^η : Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό

3^η : Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.

4^η : Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα

5^η : Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας)

6^η : Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό

4.1.β. Έλεγχος εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών

Στον Πίνακα 2.2 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του ελέγχου εσωτερικής συνοχής για κάθε υπό-κλίμακα (παράγοντα) του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών, όπως αυτές προέκυψαν από την παραπάνω παραγοντική ανάλυση. Ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για τις δηλώσεις που αξιολογούν τη σημαντικότητα κάθε ανάγκης του ασθενή. Από τον Πίνακα 2.2 διαπιστώνουμε ότι η εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων από τις οποίες αποτελείται η κάθε μία υπό-κλίμακα είναι εξαιρετικά υψηλή (Cronbach's $\alpha > 0,8$).

Επίσης, στον Πίνακα 2.2 παρουσιάζεται και το εύρος τιμών κάθε υπό-κλίμακας. Μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη σημαντικότητα της συγκεκριμένης ανάγκης των ασθενών.

Υπό-κλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων (εύρος τιμών υπό-κλίμακας)	Σημαντικότητα αναγκών
		Cronbach's α
Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση	9 (9 – 36)	0,922
Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	8 (8 – 32)	0,918
Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.	6 (6 – 24)	0,865
Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα	6 (6 – 24)	0,861
Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας)	7 (7 – 28)	0,859
Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	2 (2 - 8)	0,923

Ο έλεγχος επαναληψιμότητας έδειξε ότι όλες οι υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της σημαντικότητας των αναγκών χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά υψηλή επαναληψιμότητα, με εξαίρεση την υπό-κλίμακα που εκφράζει την ανάγκη για

υποστήριξη και καθοδήγηση, όπου η επαναληψιμότητα βρέθηκε να είναι μέτρια. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.3.

Πίνακας 2.3: Έλεγχος επαναληψιμότητας των υπό-κλιμάκων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών.

Υπό-κλίμακες	Σημαντικότητα αναγκών	
	ICC	95% ΔΕ
Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση	0,583	0,224 – 0,803
Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	0,890	0,754-0,953
Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών, και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.	0,933	0,845 – 0,971
Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα	0,990	0,976 – 0,996
Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας)	0,900	0,775 – 0,957
Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	0,969	0,927 – 0,987

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αξιολόγησης επιπέδου άγχους & κατάθλιψης των ασθενών

Ο έλεγχος εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου αξιολόγησης άγχους και κατάθλιψης έδειξε ότι τόσο η υπό-κλίμακα αξιολόγησης των επιπέδων άγχους όσο και η υπό-κλίμακα αξιολόγησης των επιπέδων κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,793$ & Cronbach's $\alpha=0,843$ για την υπό-κλίμακα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα).

4.2. Περιγραφικά Αποτελέσματα

4.2.α. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τον Πίνακα 2.3 διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ασθενών ήταν 50-80 ετών (78,3%) και έγγαμοι (71,4%). Περίπου το 50% των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι (48,1%), απόφοιτοι δημοτικού (48,4%) και είχαν 2 παιδιά (48,3%). Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων με παιδιά ανέφεραν ότι τα παιδιά τους είχαν ενηλικιωθεί (84,2%). Όσον αφορά τον τόπο διαμονής των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, βρέθηκε ότι οι μισοί προέρχονταν από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής και οι υπόλοιποι προέρχονταν σχεδόν με την ίδια συχνότητα από ύπαιθρο, μικρή πόλη και πρωτεύουσα νομού.

Όσον αφορά την κατανομή των παραπάνω κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών ανά φύλο, βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών (59,5%) που ήταν απόφοιτες δημοτικού ήταν αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό των ανδρών (43,2%). Επίσης, αρκετά υψηλότερο ήταν το ποσοστό των ανδρών (77,0%) που δήλωσαν ότι ήταν παντρεμένοι σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (59,4%). Αναφορικά με το επάγγελμα των ασθενών παρότι και στα δύο φύλα η πλειοψηφία δήλωσε ότι ήταν συνταξιούχοι, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τα οικιακά. Συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών (38,4%) που δήλωσαν ότι ασχολούνται με οικιακά ήταν αρκετά υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών (2,1%).

Πίνακας 2.3: Κοινωνικό-δημογραφικά περιγραφικά στοιχεία του δείγματος συνολικά και ανά φύλο

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Σύνολο N=702	Άνδρες n=478	Γυναίκες n=224
Ηλικία			
<40 ετών	11 (1,6%)	8 (1,7%)	3 (1,3%)
41-50 ετών	63 (9,0%)	53 (11,1%)	10 (4,5%)
51-60 ετών	153 (21,8%)	115 (24,1%)	38 (17,0%)
61-70 ετών	224 (31,9%)	147 (30,8%)	77 (34,4%)
71-80 ετών	173 (24,6%)	108 (22,6%)	65 (29,0%)
>80 ετών	78 (11,1%)	47 (9,8%)	31 (13,8%)
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	501 (71,4%)	368 (77,0%)	133 (59,4%)
Άγαμος/η	52 (7,4%)	41 (8,6%)	11 (4,9%)
Διαζευγμένος/η-Διάσταση	35 (5,0%)	26 (5,4%)	9 (4,0%)
Χήρος/α	108 (15,4%)	40 (8,4%)	68 (30,4%)
Συμβίωση	6 (0,9%)	3 (0,6%)	3 (1,3%)
Επάγγελμα			
Άνεργος	11 (1,6%)	9 (1,9%)	2 (0,9%)
Δημ. Υπάλληλος	60 (8,5%)	52 (10,9%)	8 (3,6%)
Ιδιωτ. Υπάλληλος	103 (14,7%)	77 (16,1%)	26 (11,6%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	85 (12,1%)	80 (16,7%)	5 (2,2%)
Οικιακά	96 (13,7%)	10 (2,1%)	86 (38,4%)
Συνταξιούχος	338 (48,1%)	241 (50,4%)	97 (43,3%)
Άλλο	9 (1,3%)	9 (1,9%)	0 (0,0%)
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	338 (48,4%)	206 (43,2%)	132 (59,5%)
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	238 (34,0%)	169 (35,4%)	69 (31,1%)
ΤΕΙ-ΑΕΙ	36 (5,2%)	33 (6,9%)	3 (1,4%)
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	53 (7,5%)	45 (9,4%)	8 (3,6%)
Αγράμματος	34 (4,9%)	24 (5,0%)	10 (4,5%)
Τόπος διαμονής			
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	355 (50,6%)	250 (52,3%)	105 (46,9%)
Πρωτεύουσα νομού	131 (18,7%)	86 (18,0%)	45 (20,1%)
Μικρή πόλη	108 (15,4%)	70 (14,6%)	38 (17,0%)
Υπαιθρος	108 (15,4%)	72 (15,1%)	36 (16,1%)
Αριθμός παιδιών			
Κανένα	73 (10,4%)	56 (11,7%)	17 (7,6%)
Ένα	121 (17,2%)	89 (18,6%)	32 (14,3%)
Δύο	339 (48,3%)	229 (47,9%)	110 (49,1%)
Τρία ή περισσότερα	169 (24,1%)	104 (21,8%)	65 (29,0%)
Ηλικία παιδιών			
0-2 ετών	3 (0,5%)	3 (0,7%)	0 (0,0%)
3-6- ετών	9 (1,4%)	8 (1,9%)	1 (0,5%)
7-12 ετών	34 (5,4%)	32 (7,5%)	2 (1,0%)
12-18 ετών	54 (8,6%)	46 (10,8%)	8 (3,9%)
>18 ετών	531 (84,2%)	335 (79,0%)	196 (94,7%)

4.2.β. Κλινικά χαρακτηριστικά

Από τον Πίνακα 2.4 διαπιστώνεται ότι τα δύο πιο συχνά καρδιολογικά προβλήματα των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν το STEMI (32,2%) και η καρδιακή ανεπάρκεια (27,1%), ενώ το λιγότερο συχνό πρόβλημα ήταν το non-STEMI. Επίσης, η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ότι η πρώτη εκδήλωση του καρδιολογικού τους προβλήματος σημειώθηκε κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (45,2%). Όσον αφορά τη θεραπεία που είχε ακολουθηθεί για το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχε ακολουθήσει συντηρητική θεραπεία (63,4%), ενώ αρκετά μικρό ήταν το ποσοστό των ασθενών που είχε υποβληθεί σε CABG (2,7%) και σε επέμβαση τοποθέτησης βηματοδότη (3,2%).

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53,7%) ανέφεραν ότι είχαν ξανά-νοσηλευτεί για το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα και επίσης σχεδόν οι μισοί ανέφεραν ότι είχαν οικογενειακό ιστορικό νόσου του κυκλοφορικού συστήματος (49,7%). Επίσης, βρέθηκε ότι περίπου το 76% των ασθενών είχε ενημερωθεί πολύ ή αρκετά για το καρδιολογικό τους πρόβλημα. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή που έπαιρναν οι ασθενείς, παρατηρήθηκε ότι οι πιο συχνοί συνδυασμοί που χορηγούνταν ήταν β-blockers/στατίνες/αντιαιμοπεταλιακά (29,2%), β-blockers/ΑΜΕΑ (18,7%), β-blockers/στατίνες/αντιαιμοπεταλιακά/αγγολυτικά (18,3%). Σχεδόν το 44% των ασθενών ανέφερε ότι πάσχει και από άλλο νόσημα (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κτλ). Τέλος, βρέθηκε ότι το 50% των ασθενών παρέμεινε στο νοσοκομείο για το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα 5 ημέρες.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα για τα παραπάνω κλινικά χαρακτηριστικά και στα δύο φύλα.

Πίνακας 2.4: Κλινικά περιγραφικά στοιχεία του δείγματος συνολικά και ανά φύλο

Κλινικά χαρακτηριστικά	Σύνολο N=702	Άνδρες N=478	Γυναίκες N=224
Τύπος καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Ασταθής στηθάγχη</i>	109 (15,5%)	74 (15,5%)	35 (15,6%)
<i>Non-STEMI</i>	16 (2,3%)	13 (2,7%)	3 (1,3%)
<i>STEMI</i>	226 (32,2%)	160 (33,5%)	66 (29,5%)
<i>Στηθάγχη</i>	119 (17,0%)	81 (16,9%)	38 (17,0%)
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	190 (27,1%)	124 (25,9%)	66 (7,1%)
<i>Αρρυθμίες</i>	42 (6,0%)	26 (5,4%)	16 (7,1%)
Έτη καρδιολογικού προβλήματος			
<i><1 έτος</i>	317 (45,2%)	218 (45,6%)	99 (44,2%)
<i>2-5 έτη</i>	219 (31,2%)	147 (30,8%)	72 (32,1%)
<i>6-10 έτη</i>	90 (12,8%)	65 (13,6%)	25 (11,2%)
<i>11-15 έτη</i>	38 (5,4%)	26 (5,4%)	12 (5,4%)
<i>>16 έτη</i>	38 (5,4%)	22 (4,6%)	16 (7,1%)
Θεραπεία καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Συντηρητική</i>	445(63,4%)	299 62,6%)	146(65,2%)
<i>PCI</i>	173(24,6%)	122 25,5%)	51 (22,8%)
<i>CABG</i>	19 (2,7%)	15 (3,1%)	4 (1,8%)
<i>Βηματοδότης</i>	23 (3,2%)	10 (2,1%)	13 (5,8%)
<i>Θρομβόλυση</i>	42 (6,0%)	32 (6,7%)	10 (4,5%)
Φαρμακευτική αγωγή			
<i>b-blockers, Στατίνες, Αντιαιμοπεταλιακά</i>	205 (29,2%)	141 (29,6%)	64 (28,6%)
<i>Αντιαρρυθμικά</i>	35 (5,0%)	22 (4,6%)	13 (5,8%)
<i>b-blockers, AMEA</i>	131 (18,7%)	89 (18,7%)	42 (18,8%)
<i>b-blockers, Στατίνες, Αντιαιμοπεταλιακά, νιτρώδη</i>	93 (13,3%)	61 (12,8%)	32 (14,3%)
<i>b-blockers, AMEA, αγγολυτικά</i>	43 (6,1%)	27 (5,7%)	16 (7,1%)
<i>b-blockers, Στατίνες, Αντιαιμοπεταλιακά, αγγολυτικά</i>	128 (18,3%)	94 (19,7%)	34 (15,2%)
<i>b-blockers, Στατίνες, Αντιαιμοπεταλιακά, αγγολυτικά, νιτρώδη</i>	24 (3,4%)	19 (4,0%)	5 (2,2%)
<i>Άλλα</i>	42 (6,0%)	24 (5,0%)	18 (8,0%)
Προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο	377 (53,7%)	259 (54,2%)	118 (52,7%)
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας			
<i>Πολύ</i>	279 (39,7%)	194 (40,6%)	85 (37,9%)
<i>Αρκετά</i>	328 (46,7%)	228 (47,7%)	100 (44,6%)
<i>Λίγο</i>	91 (13,0%)	55 (11,5%)	36 (16,1%)
<i>Καθόλου</i>	4 (0,6%)	1 (0,2%)	3 (1,3%)
Οικογενειακό ιστορικό νόσου του κυκλοφορικού συστήματος	346 (49,7%)	228 (48,1%)	118 (53,2%)
Άλλο νόσημα (Ναι)	306 (43,8%)	203 (42,6%)	103 (46,4%)
Ημέρες νοσηλείας	5 (4, 6)	5 (4, 6)	5 (4, 5,8)

4.3. Ανάγκες και Ψυχική Υγεία των Ασθενών

Στον Πίνακα 2.5 παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά στοιχεία των υπό-κλιμάκων αξιολόγησης της σημαντικότητας των διαφόρων αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Από το μέσο σκορ των υπό-κλιμάκων αξιολόγησης της σημαντικότητας των αναγκών των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αξιολογούν ως καθόλου - ελάχιστα σημαντικές όλες αυτές τις ανάγκες, δεδομένου ότι το μέσο σκορ όλων των υπό-κλιμάκων βρίσκεται πολύ κοντά στην κατώτερη τιμή του εύρους τιμών τους. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και στα δύο φύλα.

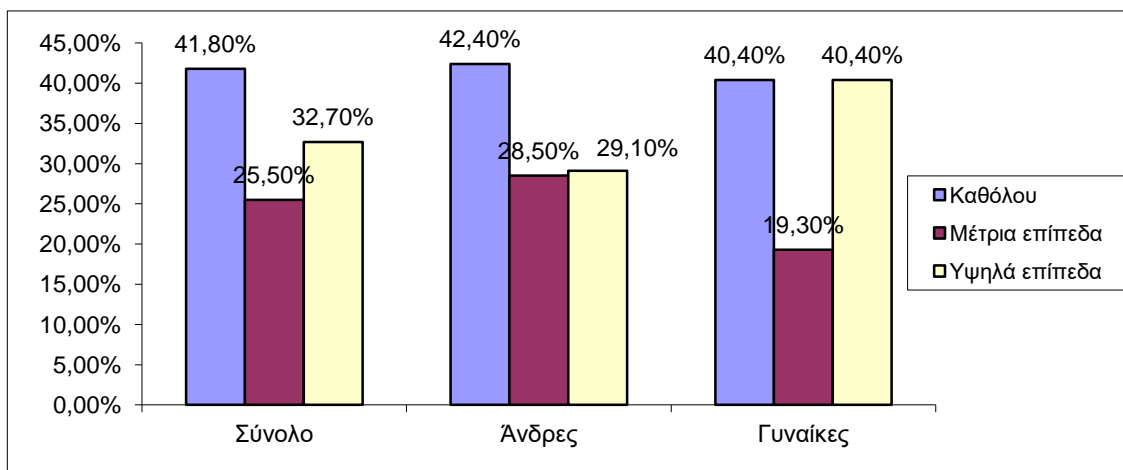
Τέλος, στον Πίνακα 2.5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία αναφορικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών. Το μέσο σκορ τόσο της υπό-κλίμακας αξιολόγησης των επιπέδων άγχους όσο και της υπό-κλίμακας αξιολόγησης των επιπέδων κατάθλιψης υποδηλώνει ότι οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μέτρια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Πίνακας 2.5: Περιγραφικά στοιχεία των υπό-κλιμάκων αξιολόγησης της σημαντικότητας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των διαφόρων αναγκών των ασθενών καθώς επίσης και των υπό-κλιμάκων που αξιολογούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών.

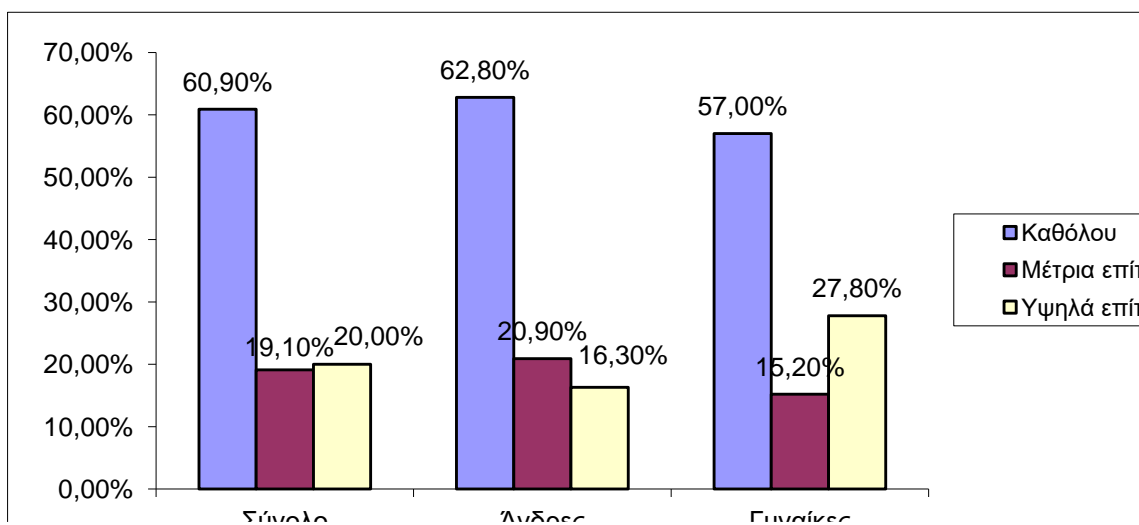
	Σύνολο	Αντρες	Γυναίκες
Ανάγκες των ασθενών			
<i>Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση (9-36)</i>	12,4 ± 4,1	12,4 ± 4,1	12,2 ± 4,0
<i>Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό (8-32)</i>	10,5 ± 3,5	10,4 ± 3,5	10,6 ± 3,5
<i>Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς (6-24)</i>	11,3 ± 4,3	11,3 ± 4,3	11,2 ± 4,2
<i>Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα (6-24)</i>	9,2 ± 3,4	9,3 ± 3,5	9,2 ± 3,3
<i>Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας) (7-28)</i>	10,0 ± 3,3	9,9 ± 3,3	10,0 ± 3,3
<i>Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό (2-8)</i>	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8
Ψυχική υγεία ασθενών			
<i>Άγχος (3-21)</i>	8,66 ± 4,22	8,34 ± 4,09	9,34 ± 4,3
<i>Κατάθλιψη (3-21)</i>	6,65 ± 4,33	6,33 ± 4,44	7,35 ± 4,42

Από το *Γράφημα 2.1* διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχε στη μελέτη είχε μέτρια ή υψηλά επίπεδα άγχους. Συγκεκριμένα, στο σύνολο των ασθενών φαίνεται περίπου το 1/3 να χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο άγχους. Βέβαια, η ανάλυση κατά φύλο υποδηλώνει ότι το ποσοστό των γυναικών με υψηλά επίπεδα άγχους (40,4%) ήταν αρκετά μεγαλύτερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο των ανδρών (29,1%).

Από το *Γράφημα 2.2* διαπιστώνεται ότι όσον αφορά το επίπεδο κατάθλιψης των ασθενών, περίπου το 60% ήταν υγιείς. Βέβαια, μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών βίωνε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (27,8%) σε σύγκριση με τους άνδρες (16,3%).



Γράφημα 2.1: Κατανομή των επιπέδων άγχους στους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη συνολικά και ανά φύλο



Γράφημα 2.2: Κατανομή των επιπέδων κατάθλιψης στους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη συνολικά και ανά φύλο

4.3. Στατιστικά Αποτελέσματα

4.3.α. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ανάγκες ασθενών

Από τον Πίνακα 2.6 διαπιστώνεται ότι κανένα κοινωνικό-δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ανάγκη των ασθενών για υποστήριξη και καθοδήγηση. Αντίθετα, βρέθηκε ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ανάγκη των ασθενών για ενημέρωση/πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,008$, $p<0,001$ & $p=0,041$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι αυτή η ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς ηλικίας <40 ετών σε σύγκριση με όλους τους υπόλοιπους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση και τον τόπο διαμονής βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους χήρους ασθενείς σε σύγκριση με τους παντρεμένους και στα άτομα που κατοικούσαν στην ύπαιθρο σε σύγκριση με τα άτομα που κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Επίσης, μόνο ο τόπος διαμονής βρέθηκε ότι συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ανάγκη των ασθενών για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών & εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων που κατοικούσαν στην ύπαιθρο σε σύγκριση με τα άτομα που κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Όσον αφορά στη συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και την ανάγκη τους για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα, μόνο η ηλικία βρέθηκε ότι συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη συγκεκριμένη ανάγκη ($p=0,014$). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς ηλικίας <40 ετών σε σύγκριση με τα άτομα που ήταν ηλικίας 41-50 και 61-70 ετών (Πίνακας 2.7).

Η ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών των ασθενών βρέθηκε ότι συσχετιζόταν με τον τόπο διαμονής ($p=0,005$) και το επάγγελμά τους ($p=0,010$). Η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που κατοικούσαν σε ύπαιθρο και πρωτεύουσα νομού σε σύγκριση με τους ασθενείς που κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Επίσης, βρέθηκε ότι

η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι σε σύγκριση με τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους συνταξιούχους (Πίνακας 2.7).

Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών βρέθηκε ότι συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ανάγκη τους για εμπιστοσύνη στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,003$). Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους χήρους ασθενείς σε σύγκριση με τους παντρεμένους.

Πίνακας 2.6: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ανάγκες των ασθενών

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ανάγκη για...		
	Υποστήριξη και καθοδήγηση	Ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό	Επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών & εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς
Ηλικία			
<40 ετών	15,4 ± 3,7	14,1 ± 2,1	12,4 ± 4,0
41-50 ετών	11,8 ± 3,3	10,3 ± 3,1*	10,7 ± 4,2
51-60 ετών	12,5 ± 4,0	10,3 ± 3,0*	11,7 ± 4,1
61-70 ετών	12,1 ± 4,1	10,3 ± 3,7*	11,3 ± 4,6
71-80 ετών	12,6 ± 4,1	10,9 ± 3,8*	11,3 ± 4,1
>80 ετών	12,2 ± 4,5	10,4 ± 3,2*	10,6 ± 4,1
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	12,1 ± 3,8	10,2 ± 3,2	11,2 ± 4,4
Άγαμος/η	12,8 ± 4,3	11,4 ± 3,4	11,4 ± 4,1
Διαζευγμένος/η-Διάσταση	12,0 ± 4,4	10,3 ± 3,3	11,4 ± 4,4
Χήρος/α	13,3 ± 5,0	11,7 ± 4,5*	11,6 ± 4,0
Συμβίωση	13,3 ± 2,8	9,4 ± 1,1	13,5 ± 3,5
Επάγγελμα			
Άνεργος	13,3 ± 4,5	9,5 ± 2,2	12,0 ± 3,6
Δημ. Υπάλληλος	13,8 ± 4,3	11,1 ± 3,5	12,8 ± 4,3
Ιδιωτ. Υπάλληλος	12,6 ± 4,1	10,9 ± 3,6	11,4 ± 4,2
Ελεύθερος επαγγελματίας	11,8 ± 3,2	9,9 ± 3,1	11,1 ± 4,3
Οικιακά	12,2 ± 4,1	11,0 ± 3,8	11,3 ± 4,3
Συνταξιούχος	12,2 ± 4,2	10,3 ± 3,5	11,0 ± 4,2
Άλλο	12,9 ± 3,1	10,2 ± 3,4	14,0 ± 4,7
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	12,2 ± 4,0	10,7 ± 3,9	11,2 ± 4,3
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	12,8 ± 4,4	10,5 ± 3,2	11,4 ± 4,2
ΤΕΙ-ΑΕΙ	12,1 ± 3,0	10,1 ± 2,8	12,5 ± 4,4
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	11,9 ± 3,7	9,7 ± 2,8	10,9 ± 4,2
Αγράμματος	11,9 ± 4,0	10,0 ± 2,8	10,7 ± 3,9
Τόπος διαμονής			
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	12,0 ± 4,1	10,2 ± 3,4	10,5 ± 4,3
Πρωτεύουσα νομού	12,4 ± 3,6	10,7 ± 3,2	12,5 ± 4,1*
Μικρή πόλη	12,2 ± 3,8	10,5 ± 3,6	11,6 ± 4,1
Υπαιθρος	13,3 ± 4,7	11,3 ± 4,0*	12,3 ± 3,9*
Αριθμός παιδιών			
Κανένα	13,0 ± 4,2	11,3 ± 3,5	11,9 ± 4,2
Ένα	12,5 ± 4,4	10,4 ± 3,5	11,1 ± 4,1
Δύο	12,3 ± 4,0	10,4 ± 3,3	11,4 ± 4,3
Τρία ή περισσότερα	12,1 ± 4,0	10,3 ± 3,8	11,0 ± 4,4

* p-value<0,05 για σύγκριση με την πρώτη κατηγορία κάθε παράγοντα, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni.

Πίνακας 2.7: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ανάγκες των ασθενών

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ανάγκη για...		
	Εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα	Κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών	Εμπιστοσύνη στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό
Ηλικία			
<40 ετών	11,8 ± 2,9	12,4 ± 2,8	2,9 ± 0,9
41-50 ετών	8,6 ± 2,7*	10,0 ± 3,1	2,3 ± 0,7
51-60 ετών	9,7 ± 3,6	10,0 ± 3,2	2,3 ± 0,7
61-70 ετών	8,8 ± 3,3*	9,7 ± 3,3	2,3 ± 0,8
71-80 ετών	9,4 ± 3,5	10,2 ± 3,3	2,4 ± 0,9
>80 ετών	9,3 ± 3,5	9,7 ± 3,2	2,2 ± 0,6
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	9,1 ± 3,4	9,8 ± 3,3	2,2 ± 0,7
Άγαμος/η	9,8 ± 3,2	10,7 ± 3,4	2,4 ± 0,8
Διαζευγμένος/η-Διάσταση	9,2 ± 4,1	10,1 ± 3,4	2,1 ± 0,3
Χήρος/α	9,7 ± 3,4	10,5 ± 2,6	2,5 ± 1,1*
Συμβίωση	10,0 ± 2,8	10,0 ± 3,3	2,0 ± 0,0
Επάγγελμα			
Άνεργος	10,5 ± 4,5	10,4 ± 2,5	2,2 ± 0,6
Δημ. Υπάλληλος	10,1 ± 3,6	11,4 ± 3,7	2,5 ± 0,9
Ιδιωτ. Υπάλληλος	9,3 ± 3,1	9,9 ± 3,2	2,4 ± 0,8
Ελεύθερος επαγγελματίας	9,1 ± 3,4	9,5 ± 3,1 [§]	2,1 ± 0,6
Οικιακά	9,4 ± 3,7	9,9 ± 3,2	2,2 ± 0,7
Συνταξιούχος	9,0 ± 3,4	9,8 ± 3,2 [§]	2,3 ± 0,8
Άλλο	9,6 ± 3,2	11,9 ± 3,7	2,4 ± 0,9
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	9,1 ± 3,4	9,9 ± 3,3	2,4 ± 0,9
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	9,4 ± 3,5	9,9 ± 3,3	2,3 ± 0,7
ΤΕΙ-ΑΕΙ	9,8 ± 3,1	10,4 ± 3,1	2,3 ± 0,6
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	9,1 ± 3,5	10,0 ± 3,4	2,2 ± 0,6
Αγράμματος	8,6 ± 3,2	9,4 ± 2,9	2,2 ± 0,7
Τόπος διαμονής			
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	9,2 ± 3,2	9,6 ± 3,2	2,3 ± 0,7
Πρωτεύουσα νομού	9,5 ± 3,2	10,6 ± 3,1*	2,3 ± 0,7
Μικρή πόλη	8,9 ± 2,9	9,8 ± 3,2	2,4 ± 0,8
Υπαιθρος	9,5 ± 3,2	10,5 ± 3,5*	2,5 ± 1,0
Αριθμός παιδιών			
Κανένα	9,8 ± 3,0	10,6 ± 3,4	2,3 ± 0,7
Ένα	9,4 ± 3,9	10,2 ± 3,3	2,3 ± 0,7
Δύο	9,2 ± 3,4	9,8 ± 3,3	2,3 ± 0,8
Τρία ή περισσότερα	8,9 ± 3,3	9,7 ± 3,2	2,3 ± 0,9

* p-value<0,05 για σύγκριση με την πρώτη κατηγορία κάθε παράγοντα, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni.

§ p-value<0,05 για σύγκριση με την κατηγορία των δημοσίων υπαλλήλων, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni

4.3.β. Κλινικά χαρακτηριστικά και ανάγκες ασθενών

Στους Πίνακες 2.8 & 2.9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ενδεχόμενης συσχέτισης ανάμεσα στα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τα διάφορα είδη των αναγκών τους.

Διαπιστώθηκε, ότι η ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση συσχετιζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος των ασθενών ($p<0,001$). Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι η ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν ασταθή στηθάγχη σε σύγκριση με τους ασθενείς που εμφάνισαν non-STEMI και στηθάγχη. Επίσης, φαίνεται ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν STEMI και καρδιακή ανεπάρκεια σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν στηθάγχη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δήλωσαν πως ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους σε σύγκριση με τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν πολύ ενημερωμένα ($p<0,001$), (Πίνακας 2.8).

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η ανάγκη για ενημέρωση/πληροφόρηση των ασθενών από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό συσχετιζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος των ασθενών ($p=0,01$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η ανάγκη για ενημέρωση/πληροφόρηση των ασθενών από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν ασταθή στηθάγχη και καρδιακή ανεπάρκεια σε σύγκριση με τους ασθενείς που εμφάνισαν στηθάγχη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η ανάγκη για ενημέρωση/πληροφόρηση των ασθενών από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δήλωσαν ότι ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους σε σύγκριση με τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν πολύ ενημερωμένα ($p<0,001$) (Πίνακας 2.8).

Όσον αφορά την ανάγκη των ασθενών για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών & εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με συγγενείς, βρέθηκε η συγκεκριμένη ανάγκη συσχετιζονταν στατιστικά σημαντικά με τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος ($p<0,001$), με το βαθμό ενημέρωσης αναφορικά με το καρδιολογικό τους πρόβλημα ($p<0,001$) καθώς επίσης με τον τρόπο θεραπείας του καρδιολογικού τους προβλήματος ($p<0,001$). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι η

συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν ασταθή στηθάγχη σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν non-STEMI, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν STEMI και καρδιακή ανεπάρκεια σε σύγκριση με τα άτομα που πάσχουν από στηθάγχη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δήλωσαν ότι ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους σε σύγκριση με τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν πολύ ενημερωμένα. Τέλος, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που είχαν υποβληθεί σε θρομβόλυση σε σχέση με τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε PCI και σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε CABG (Πίνακας 2.8).

Πίνακας 2.8: Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ανάγκες των ασθενών

Κλινικά χαρακτηριστικά	Ανάγκη για...		
	Υποστήριξη και καθοδήγηση	Ενημέρωση/πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	Επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών & εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με συγγενείς.
Τύπος καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Ασταθής στηθάγχη</i>	13,2 ± 4,0	11,0 ± 3,6	13,2 ± 4,4
<i>Non-STEMI</i>	10,1 ± 1,5*	9,7 ± 3,1	9,5 ± 4,5*
<i>STEMI</i>	13,0 ± 4,2 [§]	10,5 ± 3,4	11,9 ± 4,0 [§]
<i>Στηθάγχη</i>	10,5 ± 2,8*	9,5 ± 2,9*	9,0 ± 3,3*
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	12,6 ± 4,5 [§]	11,0 ± 3,8 [§]	11,2 ± 4,4* [§]
<i>Αρρυθμίες</i>	11,4 ± 3,6	10,4 ± 3,3	10,6 ± 3,8*
Έτη καρδιολογικού προβλήματος			
<i><1 έτος</i>	12,0 ± 3,6	10,2 ± 3,1	11,5 ± 4,3
<i>2-5 έτη</i>	12,9 ± 4,6	11,0 ± 4,0	11,3 ± 4,1
<i>6-10 έτη</i>	12,9 ± 4,2	10,6 ± 3,3	11,2 ± 4,1
<i>11-15 έτη</i>	11,9 ± 4,9	10,4 ± 3,7	10,1 ± 4,4
<i>>16 έτη</i>	11,2 ± 3,3	9,9 ± 3,0	10,5 ± 4,6
Θεραπεία καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Συντηρητική</i>	12,2 ± 3,8	10,6 ± 3,5	11,4 ± 4,3
<i>PCI</i>	12,6 ± 4,5	10,4 ± 3,2	10,9 ± 4,3
<i>CABG</i>	10,6 ± 2,5	9,9 ± 3,3	8,9 ± 3,9
<i>Βηματοδότης</i>	12,9 ± 5,0	11,2 ± 4,4	11,0 ± 4,4
<i>Θρομβόλυση</i>	13,0 ± 4,1	9,9 ± 3,9	13,0 ± 2,9 [‡] †
Προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο			
<i>Ναι</i>	12,4 ± 4,3	10,5 ± 3,6	10,9 ± 4,3
<i>Όχι</i>	12,3 ± 3,8	10,6 ± 3,4	11,8 ± 4,2
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας			
<i>Πολύ</i>	11,7 ± 3,8	9,7 ± 2,9	10,5 ± 4,3
<i>Αρκετά</i>	12,6 ± 4,1*	10,8 ± 3,6*	11,7 ± 4,1*
<i>Λίγο</i>	13,4 ± 4,5*	11,6 ± 4,1*	12,6 ± 4,4*
<i>Καθόλου</i>	14,8 ± 5,1	13,8 ± 6,1	10,5 ± 5,7
Ημέρες νοσηλείας	-0,061	-0,052	-0,038

* p-value<0,05 για σύγκριση με την πρώτη κατηγορία κάθε παράγοντα, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni.

[§] p-value<0,05 για σύγκριση με τους ασθενείς που πάσχουν από στηθάγχη, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni

[‡] p-value<0,05 για σύγκριση με τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε PCI, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni

† p-value<0,05 για σύγκριση με τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε CABG, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni

Αναφορικά με την ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας των ασθενών και συμμετοχή των ιδίων στη φροντίδα τους, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος ($p<0,001$). Η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που εμφάνισαν ασταθή στηθάγχη σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν non-STEMI, στηθάγχη και καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς επίσης και στα άτομα που εμφάνισαν STEMI σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν στηθάγχη (Πίνακας 2.9).

Όσον αφορά την ανάγκη των ασθενών για κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών τους αναγκών, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος ($p<0,001$), και το βαθμό ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το καρδιολογικό τους πρόβλημα ($p<0,001$).

Η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν ασταθή στηθάγχη σε σύγκριση με όλους τους υπόλοιπους ασθενείς, καθώς επίσης η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που εμφάνισαν STEMI και καρδιακή ανεπάρκεια σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν στηθάγχη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δήλωσαν ότι ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους σε σχέση με τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν πολύ ενημερωμένα (Πίνακας 9).

Τέλος, όσον αφορά τη συσχέτιση των διαφόρων κλινικών χαρακτηριστικών με την ανάγκη των ασθενών για εμπιστοσύνη στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά μόνο με το βαθμό ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το καρδιολογικό τους πρόβλημα ($p<0,001$). Η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που δήλωσαν ότι ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους σε σύγκριση με τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν πολύ ενημερωμένα (Πίνακας 2. 9).

Πίνακας 2.9: Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ανάγκες των ασθενών

Κλινικά χαρακτηριστικά	Ανάγκη για...		
	Εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα	Κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών	Εμπιστοσύνη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
Τύπος καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Ασταθής στηθάγχη</i>	10,6 ± 3,7	11,5 ± 3,3	2,5 ± 0,9
<i>Non-STEMI</i>	7,8 ± 3,1*	8,9 ± 2,8*	2,0 ± 0,0
<i>STEMI</i>	9,5 ± 3,3 [§]	10,2 ± 3,3* [§]	2,3 ± 0,8
<i>Στηθάγχη</i>	7,8 ± 2,6*	8,2 ± 2,1*	2,1 ± 0,5
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	9,4 ± 3,6*	10,1 ± 3,5* [§]	2,4 ± 0,8
<i>Αρρυθμίες</i>	8,9 ± 3,2	9,1 ± 2,6*	2,1 ± 0,5
Έτη καρδιολογικού προβλήματος			
<i><1 έτος</i>	8,9 ± 3,2	9,9 ± 3,2	2,3 ± 0,7
<i>2-5 έτη</i>	9,7 ± 3,8	10,2 ± 3,5	2,4 ± 0,9
<i>6-10 έτη</i>	9,5 ± 3,2	10,0 ± 3,2	2,3 ± 0,6
<i>11-15 έτη</i>	8,6 ± 3,3	8,9 ± 2,9	2,3 ± 0,8
<i>>16 έτη</i>	9,2 ± 3,7	9,3 ± 2,9	2,3 ± 0,7
Θεραπεία καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Συντηρητική</i>	9,1 ± 3,3	10,0 ± 3,3	2,3 ± 0,8
<i>PCI</i>	9,8 ± 3,8	10,0 ± 3,4	2,2 ± 0,6
<i>CABG</i>	7,9 ± 2,2	8,6 ± 2,5	2,2 ± 0,5
<i>Βηματοδότης</i>	9,8 ± 2,2	10,1 ± 3,9	2,6 ± 1,0
<i>Θρομβόλυση</i>	9,3 ± 2,6	9,5 ± 2,7	2,4 ± 1,0
Προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο			
<i>Ναι</i>	9,3 ± 3,5	9,9 ± 3,3	2,3 ± 0,8
<i>Όχι</i>	9,2 ± 3,3	10,1 ± 3,3	2,3 ± 0,8
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας			
<i>Πολύ</i>	9,0 ± 3,7	9,5 ± 3,0	2,2 ± 0,5
<i>Αρκετά</i>	9,3 ± 3,3	10,2 ± 3,4*	2,4 ± 0,8*
<i>Λίγο</i>	9,8 ± 3,1	10,4 ± 3,3*	2,5 ± 1,0*
<i>Καθόλου</i>	9,8 ± 5,2	10,5 ± 4,0	2,5 ± 1,0
Ημέρες νοσηλείας	-0,056	-0,059	-0,053

* p-value<0,05 για σύγκριση με την πρώτη κατηγορία κάθε παράγοντα, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni.

[§] p-value<0,05 για σύγκριση με τους ασθενείς που πάσχουν από στηθάγχη, μετά από διόρθωση για πολλαπλούς ελέγχους κατά Bonferroni

4.3.γ. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ψυχική υγεία των ασθενών

Στον Πίνακα 2.10 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα όσον αφορά την ενδεχόμενη συσχέτιση ανάμεσα σε διάφορους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Ο μοναδικός παράγοντας που βρέθηκε ότι συσχετιζόταν με το άγχος ήταν η ηλικία των ασθενών, αφού παρατηρήθηκε ότι οι νέοι ασθενείς ηλικίας < 40 ετών ήταν πιο πιθανό να έχουν περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τα υπόλοιπα άτομα .

Στον Πίνακα 2.11 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα όσον αφορά τον ενδεχόμενη συσχέτιση ανάμεσα σε διάφορους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Οι μοναδικοί παράγοντες που φαίνεται ότι συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την κατάθλιψη των ασθενών ήταν η ηλικία και η οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη υψηλού επιπέδου ήταν πιο συχνή μεταξύ των νέων ασθενών (ηλικίας <40 ετών) και των ηλικιωμένων ασθενών ηλικίας >80 ετών σε σύγκριση με όλους τους υπόλοιπους ασθενείς. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη υψηλού επιπέδου ήταν πιο συχνή στους χήρους ασθενείς σε σύγκριση με τα υπόλοιπα άτομα.

Πίνακας 2.10: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και επίπεδα άγχους των ασθενών

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Άγχος		
	Καθόλου N=291	Μέτρια επίπεδα N=178	Υψηλά επίπεδα N=228
Ηλικία*			
<40 ετών	2 (20,0%)	3 (30,0%)	5 (50,0%)
41-50 ετών	15 (23,8%)	23 (36,5%)	25 (39,7%)
51-60 ετών	56 (36,6%)	46 (30,1%)	51 (33,3%)
61-70 ετών	104 (46,8%)	57 (25,7%)	61 (27,5%)
71-80 ετών	84 (48,8%)	24 (14,0%)	64 (37,2%)
>80 ετών	30 (39,0%)	25 (32,5%)	22 (28,6%)
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	219 (44,2%)	128 (25,8%)	149 (30,0%)
Άγαμος/η	19 (36,5%)	12 (23,1%)	21 (40,4%)
Διαζευγμένος/η-Διάσταση	12 (34,3%)	11 (31,4%)	12 (34,3%)
Χήρος/α	36 (33,3%)	27 (25,0%)	45 (41,7%)
Συμβίωση	5 (83,3%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)
Επάγγελμα			
Άνεργος	4 (36,4%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)
Δημ. Υπάλληλος	21 (35,6%)	19 (32,2%)	19 (32,2%)
Ιδιωτ. Υπάλληλος	35 (34,3%)	26 (25,5%)	41 (40,2%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	37 (43,5%)	31 (36,5%)	17 (20,0%)
Οικιακά	37 (38,9%)	23 (24,2%)	35 (36,8%)
Συνταξιούχος	154 (45,8%)	73 (21,7%)	109 (32,4%)
Άλλο	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	150 (44,5%)	82 (24,3%)	105 (31,2%)
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	94 (40,0%)	63 (26,8%)	78 (33,2%)
ΤΕΙ-ΑΕΙ	13 (37,1%)	8 (22,9%)	14 (40,0%)
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	16 (30,2%)	15 (28,3%)	22 (41,5%)
Αγράμματος	17 (50,0%)	8 (23,5%)	9 (26,5%)
Τόπος διαμονής			
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	150 (42,5%)	99 (28,0%)	104 (29,5%)
Πρωτεύουσα νομού	50 (38,8%)	31 (24,0%)	48 (37,2%)
Μικρή πόλη	50 (46,3%)	23 (21,3%)	35 (32,4%)
Υπαιθρος	41 (38,3%)	25 (23,4%)	41 (38,3%)
Αριθμός παιδιών			
Κανένα	28 (38,9%)	18 (25,0%)	26 (36,1%)
Ένα	55 (45,5%)	28 (23,1%)	38 (31,4%)
Δύο	141 (41,8%)	86 (25,5%)	110 (32,6%)
Τρία ή περισσότερα	67 (40,1%)	46 (27,5%)	54 (32,3%)

* p-value<0,05

Πίνακας 2.11: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη		
	Καθόλου N=424	Μέτρια επίπεδα N=133	Υψηλά επίπεδα N=139
Ηλικία*			
<40 ετών	4 (40,0%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)
41-50 ετών	43 (68,3%)	10 (15,9%)	10 (15,9%)
51-60 ετών	101 (66,0%)	32 (20,9%)	20 (15,9%)
61-70 ετών	144 (65,2%)	36 (16,3%)	41 (18,6%)
71-80 ετών	92 (53,5%)	38 (22,1%)	42 (24,4%)
>80 ετών	40 (51,9%)	14 (18,2%)	23 (29,9%)
Οικογενειακή κατάσταση*			
Εγγαμος/η	319 (64,4%)	93 (18,8%)	83 (16,8%)
Άγαμος/η	29 (55,8%)	12 (23,1%)	11 (21,2%)
Διαζευγμένος/η-Διάσταση	21 (60,0%)	5 (14,3%)	9 (25,7%)
Χήρος/α	50 (46,3%)	23 (21,3%)	35 (32,4%)
Συμβίωση	5 (83,3%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)
Επάγγελμα			
Άνεργος	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Δημ. Υπάλληλος	32 (54,2%)	17 (28,8%)	10 (16,9%)
Ιδιωτ. Υπάλληλος	60 (58,8%)	16 (15,7%)	26 (25,5%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	62 (72,9%)	12 (14,1%)	11 (12,9%)
Οικιακά	61 (64,2%)	13 (13,7%)	21 (22,1%)
Συνταξιούχος	197 (58,8%)	71 (21,2%)	67 (20,0%)
Άλλο	5 (55,6%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	198 (58,8%)	66 (19,6%)	73 (21,7%)
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	150 (63,8%)	43 (18,3%)	42 (17,9%)
ΤΕΙ-ΑΕΙ	22 (64,7%)	5 (14,7%)	7 (20,6%)
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	32 (60,4%)	14 (26,7%)	7 (13,2%)
Αγράμματος	21 (61,8%)	3 (8,8%)	10 (29,4%)
Τόπος διαμονής			
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	225 (63,9%)	59 (16,8%)	68 (19,3%)
Πρωτεύουσα νομού	74 (57,4%)	25 (19,4%)	30 (23,3%)
Μικρή πόλη	70 (64,8%)	18 (16,7%)	20 (18,5%)
Υπαιθρος	55 (51,4%)	31 (29,0%)	21 (19,6%)
Αριθμός παιδιών			
Κανένα	42 (58,3%)	14 (19,4%)	16 (22,2%)
Ένα	78 (64,5%)	21 (17,4%)	22 (18,2%)
Δύο	207 (61,6%)	64 (19,0%)	65 (19,3%)
Τρία ή περισσότερα	97 (58,1%)	34 (20,4%)	36 (21,6%)

* p-value<0,05

4.3.δ. Κλινικά χαρακτηριστικά και ψυχική υγεία των ασθενών

Οι Πίνακες 2.12 και 2.13 παρουσιάζουν αναλυτικά τα αποτελέσματα όσον αφορά ενδεχόμενη συσχέτιση ανάμεσα σε διάφορα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Όσον αφορά τα επίπεδα άγχους, ο μοναδικός παράγοντας που φαίνεται ότι συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με αυτά τα επίπεδα ήταν η προηγούμενη νοσηλεία ή όχι για τον ίδιο λόγο. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν είχαν ξανα-νοσηλευτεί ήταν πιο πιθανό να έχουν μέτρια ή υψηλά επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν ξανα-νοσηλευτεί.

Όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης, βρέθηκε ότι τα έτη που πάσχουν από το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα, η θεραπευτική προσέγγιση του συγκεκριμένου προβλήματος και ο βαθμός ενημέρωσης τους για το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ασθενών που βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αυξάνεται με την αύξηση των ετών που πάσχουν από το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα.

Επίσης, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επέμβαση τοποθέτησης βηματοδότη σε σύγκριση με τα άτομα που το καρδιολογικό τους πρόβλημα αντιμετωπίστηκε με διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

Τέλος, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αυξάνεται όσο μειώνεται ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημά τους.

Πίνακας 2.12: Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και επίπεδα άγχους των ασθενών

Κλινικά χαρακτηριστικά	Άγχος		
	Καθόλου N=291	Μέτρια επίπεδα N=178	Υψηλά επίπεδα N=228
Τύπος καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Ασταθής στηθάγχη</i>	46 (42,6%)	26 (24,1%)	36 (33,3%)
<i>Non-STEMI</i>	6 (37,5%)	4 (25,0%)	6 (37,5%)
<i>STEMI</i>	85 (37,9%)	58 (25,9%)	81 (36,2%)
<i>Στηθάγχη</i>	59 (49,6%)	29 (24,4%)	31 (26,1%)
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	80 (42,3%)	47 (24,9%)	62 (32,8%)
<i>Αρρυθμίες</i>	15 (36,6%)	14 (34,1%)	12 (29,3%)
Έτη καρδιολογικού προβλήματος			
<i><1 έτος</i>	130 (41,1%)	88 (27,8%)	98 (31,0%)
<i>2-5 έτη</i>	96 (44,4%)	52 (24,1%)	68 (31,5%)
<i>6-10 έτη</i>	35 (39,3%)	20 (22,5%)	34 (38,2%)
<i>11-15 έτη</i>	16 (42,1%)	9 (23,7%)	13 (34,2%)
<i>>16 έτη</i>	14 (36,8%)	9 (23,7%)	15 (39,5%)
Θεραπεία καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Συντηρητική</i>	195(43,9%)	113(25,5%)	136(30,6%)
<i>PCI</i>	65 (38,5%)	45 (26,6%)	59 (34,9%)
<i>CABG</i>	12 (63,2%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)
<i>Βηματοδότης</i>	10 (43,5%)	5 (21,7%)	8 (34,8%)
<i>Θρομβόλυση</i>	9 (21,4%)	12 (28,6%)	21 (50,0%)
Προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο*			
<i>Ναι</i>	166 (44,3%)	81 (21,6%)	128 (34,1%)
<i>Όχι</i>	125 (38,8)	97 (30,1%)	100 (31,1)
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας			
<i>Πολύ</i>	120 (43,6%)	69 (25,1%)	86 (31,3%)
<i>Αρκετά</i>	134 (41,0%)	87 (26,6%)	106 (32,4%)
<i>Λίγο</i>	37 (40,7%)	21 (23,1%)	33 (36,3%)
<i>Καθόλου</i>	0 (0,0%)	1 (25,0%)	3 (75,0%)
Ημέρες νοσηλείας	5 (4, 6)	5 (4, 6)	5 (4, 6)

* p-value<0,05

Πίνακας 2.13: Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών

Κλινικά χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη		
	Καθόλου N=424	Μέτρια επίπεδα N=133	Υψηλά επίπεδα N=139
Τύπος καρδιολογικού προβλήματος			
<i>Ασταθής στηθάγχη</i>	58 (53,7%)	23 (21,3%)	27 (25,0%)
<i>Non-STEMI</i>	12 (80,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)
<i>STEMI</i>	136 (60,7%)	51 (22,8%)	37 (16,5%)
<i>Στηθάγχη</i>	84 (70,6%)	16 (13,4%)	19 (16,0%)
<i>Καρδιακή ανεπάρκεια</i>	110 (58,2%)	33 (17,5%)	46 (24,3%)
<i>Αρρυθμίες</i>	24 (58,5%)	8 (19,5%)	9 (22,0%)
Έτη καρδιολογικού προβλήματος*			
<i><1 έτος</i>	206 (65,2%)	60 (19,0%)	50 (15,8%)
<i>2-5 έτη</i>	133 (61,6%)	48 (22,2%)	35 (16,2%)
<i>6-10 έτη</i>	45 (50,6%)	18 (20,2%)	26 (29,2%)
<i>11-15 έτη</i>	19 (51,4%)	3 (8,1%)	15 (40,5%)
<i>>16 έτη</i>	21 (55,3%)	4 (10,5%)	13 (34,2%)
Θεραπεία καρδιολογικού προβλήματος*			
<i>Συντηρητική</i>	269 (60,6%)	88 (19,8%)	87 (19,6%)
<i>PCI</i>	108 (64,3%)	26 (15,5%)	34 (20,2%)
<i>CABG</i>	15 (78,9%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)
<i>Βηματοδότης</i>	13 (56,5%)	2 (8,7%)	8 (34,8%)
<i>Θρομβόλυση</i>	19 (45,2%)	16 (38,1%)	7 (16,7%)
Προηγούμενη νοσηλεία για τον ίδιο λόγο			
<i>Ναι</i>	217 (58,0%)	75 (20,1%)	82 (21,9%)
<i>Όχι</i>	207 (64,3%)	58 (18,0%)	57 (17,7%)
Βαθμός ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας*			
<i>Πολύ</i>	187 (68,2%)	39 (14,2%)	48 (17,5%)
<i>Αρκετά</i>	187 (57,2%)	77 (23,5%)	63 (19,3%)
<i>Λίγο</i>	50 (54,9%)	17 (18,7%)	24 (26,4%)
<i>Καθόλου</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
Ημέρες νοσηλείας	5 (4, 6)	5 (4, 6)	5 (4, 6)

* p-value<0,05

4.3.ε. Οι ανάγκες των ασθενών και η ψυχική τους υγεία

Από τον Πίνακα 2.14 διαπιστώνεται ότι όλα τα είδη αναγκών των ασθενών συσχετίζονταν έως ένα βαθμό θετικά με τα επίπεδα της κατάθλιψης, ενώ αντίθετα δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στις ανάγκες των ασθενών και το άγχος τους.

Πίνακας 2.14: Συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με τις διάφορες ανάγκες των ασθενών.

Ανάγκες ασθενών	Άγχος	Κατάθλιψη
<i>Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση</i>	0,060	0,252*
<i>Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	0,069	0,254*
<i>Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.</i>	0,001	0,174*
<i>Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα</i>	0,054	0,251*
<i>Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών και φυσικών αναγκών</i>	-0,010	0,172*
<i>Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	0,068	0,170*

* p-value<0,05

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους Πίνακες 2.15 και 2.16 επιβεβαιώνουν εν μέρει τα παραπάνω αποτελέσματα. Από τον Πίνακα 2.15 διαπιστώνεται ότι κανένα είδος ανάγκης των ασθενών δεν συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το άγχος των ασθενών, ενώ όλες οι υποκλίμακες αξιολόγησης της σημαντικότητας των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο ήταν μεγαλύτερες μεταξύ των ασθενών που βίωναν μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (Πίνακας 2.16).

Πίνακας 2.15: Συσχέτιση του άγχους με τις διάφορες ανάγκες των ασθενών.

Ανάγκες ασθενών	Υγιείς N=291	Μέτρια επίπεδα άγχους N=178	Υψηλά επίπεδα άγχους N=228	p-value
<i>Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση</i>	12,1 ± 3,9	12,1 ± 4,1	12,8 ± 4,3	0,089
<i>Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	10,3 ± 3,3	10,2 ± 3,3	11,0 ± 3,5	0,041
<i>Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών, και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.</i>	11,3 ± 4,3	10,9 ± 4,2	11,6 ± 4,3	0,387
<i>Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα</i>	9,0 ± 3,2	9,0 ± 3,4	9,7 ± 3,4	0,075
<i>Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών και φυσικών αναγκών</i>	10,0 ± 3,4	9,8 ± 3,0	10,0 ± 3,3	0,881
<i>Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,8	2,4 ± 0,8	0,217

Πίνακας 2.16: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τις διάφορες ανάγκες των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Ανάγκες ασθενών	Υγιείς N=424	Μέτρια επίπεδα κατάθλιψης N=133	Υψηλά Επίπεδα κατάθλιψης N=139	p-value
<i>Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση</i>	11,6 ± 3,6	12,7 ± 3,7*	14,1 ± 5,1*	<0,001
<i>Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	9,9 ± 3,1	10,7 ± 3,2*	12,0 ± 4,4*	<0,001
<i>Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς.</i>	10,8 ± 4,2	12,0 ± 4,0*	12,3 ± 4,5*	<0,001
<i>Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα</i>	8,6 ± 3,2	9,7 ± 3,2*	10,5 ± 4,1*	<0,001
<i>Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών και φυσικών αναγκών</i>	9,6 ± 3,1	10,1 ± 3,0*	9,9 ± 3,3*	<0,001
<i>Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	2,2 ± 0,6	2,4 ± 0,7*	2,6 ± 1,0*	<0,001

p-value<0,05 σε σχέση με τους υγιείς μετά από διόρθωση κατά Bonferroni για τους πολλαπλούς ελέγχους

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση προκειμένου να ελεγχθεί αν το επίπεδο της κατάθλιψης επηρεάζει τα διάφορα είδη των αναγκών των ασθενών μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (Πίνακας 2.17).

Διαπιστώνεται ότι η κατάθλιψη εξακολουθεί να επηρεάζει τις ανάγκες των ασθενών ακόμα και μετά από έλεγχο για την ηλικία των ασθενών, το φύλο τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, τον τόπο διαμονής τους, τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος, το βαθμό ενημέρωσής τους για το καρδιολογικό τους πρόβλημα και τα έτη που πάσχουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση των ασθενών ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, το σκορ αξιολόγησης της συγκεκριμένης ανάγκης αναμένεται να είναι περίπου 2,5 μονάδες μεγαλύτερο στα άτομα με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη.

Επίσης, το σκορ αξιολόγησης της ανάγκης για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό αναμένεται να είναι περίπου 2 μονάδες μεγαλύτερο στα άτομα με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη.

Όσον αφορά την ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς, βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη ανάγκη ήταν μεγαλύτερη στα άτομα με μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Πιο συγκεκριμένα, το σκορ που αξιολογεί την συγκεκριμένη μορφή ανάγκης αναμένεται να είναι περίπου 0,8 και 1,4 μονάδες μεγαλύτερο στους ασθενείς με μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, αντίστοιχα, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα.

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα που βρέθηκαν αναφορικά με την ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το σκορ που αξιολογεί την συγκεκριμένη μορφή ανάγκης αναμένεται να είναι περίπου 0,8 και 1,7 μονάδες μεγαλύτερο στους ασθενείς με μέτρια και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, αντίστοιχα, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα.

Όσον αφορά στην ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών των ασθενών, βρέθηκε ότι το σκορ που αξιολογεί τη σημαντικότητα της συγκεκριμένης ανάγκης αναμένεται να είναι περίπου 1 μονάδα μεγαλύτερο στους

ασθενείς με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τα υγιή άτομα, ενώ καμία σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε στο σκορ της συγκεκριμένης ανάγκης μεταξύ των υγιών ατόμων και αυτών με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης.

Τέλος, η ανάγκη των ασθενών για εμπιστοσύνη στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα κατά 0,32 μονάδες.

Πίνακας 2.17: Επίδραση της κατάθλιψης στις ανάγκες των καρδιοπαθών ασθενών: Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητη μεταβλητή	β (95% ΔΕ)	p-value	R ²
<i>Ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,62 (-0,14, 1,38)	0,111	0,116
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	2,42 (1,66 – 3,19)	<0,001	
<i>Ανάγκη για ενημέρωση/ πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,44 (-0,21 – 1,11)	0,185	0,090
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	1,87 (1,20 – 2,53)	<0,001	
<i>Ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,84 (0,04 – 1,64)	0,039	0,118
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	1,42 (0,62 – 2,22)	0,001	
<i>Ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,80 (0,16 – 1,45)	0,014	0,100
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	1,79 (1,14 – 2,44)	<0,001	
<i>Ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών και φυσικών αναγκών</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,19 (-0,43 – 0,81)	0,539	0,102
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	1,09 (0,48 – 1,72)	0,001	
<i>Ανάγκη να εμπιστεύονται το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό</i>	<i>Κατάθλιψη</i>			
	<i>Καθόλου</i>	Κατ. Αναφοράς	-	
	<i>Μέτρια επίπεδα</i>	0,07 (-0,07 – 0,22)	0,341	0,067
	<i>Υψηλά επίπεδα</i>	0,32 (0,18 – 0,47)	<0,001	

Ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες στα παραπάνω μοντέλα χρησιμοποιήθηκαν: η ηλικία των ασθενών, το φύλο τους, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο τόπος διαμονής τους, ο τύπος του καρδιολογικού προβλήματος, ο βαθμός ενημέρωσής τους για το καρδιολογικό τους πρόβλημα και τα έτη που πάσχουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα

5. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Βασικό μέλημα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κάθε νοσοκομείου είναι η εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος ασφάλειας που να καλύπτει κατά το δυνατόν όλες τις ανάγκες των ασθενών.

Στη σημερινή εποχή, όπου η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου δεν αξιολογείται με μοναδικό γνώμονα την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης αλλά συμπεριλαμβάνει και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής έρχονται στο προσκήνιο ζητήματα αξιολόγησης και ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών.

Παράλληλα καταδεικνύεται η σημαντικότητα της συστηματικής αξιοποίησης των απόψεων των ασθενών ως προς την κάλυψη των αναγκών τους στο κλινικό περιβάλλον. Όπως είναι γνωστό, η στεφανιαία νόσος επηρεάζει κάθε πλευρά της ανθρώπινης διάστασης διότι συνεπάγεται σωματικές, ψυχολογικές, οικογενειακές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, που ασκούν αρνητική επίδραση τόσο στην έκβαση της νόσου όσο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.⁹⁸⁻¹⁰¹

Η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών επιτυγχάνεται όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η ενθάρρυνση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, κ.ά. Τα κύρια ευεργετικά αποτελέσματα που επιφέρει αυτή η προσέγγιση είναι η μείωση του άγχους, η εξασφάλιση καλής συνεργασίας και η θετικότερη αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Αντίθετα, η αποτυχία αξιολόγησης και ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών σχετίζεται με μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, αύξηση του κόστους νοσηλείας και γενικότερα αύξηση των δαπανών για το Σύστημα Υγείας κάθε χώρας. Αναλυτικότερα, το οικονομικό κόστος που προκύπτει υπολογίζεται σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο απορρέει από τη νοσηλεία και το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο ενώ το έμμεσο απορρέει από την απώλεια του βαθμού παραγωγικότητας, την απώλεια εργασίας, την επακόλουθη μείωση των οικονομικών πόρων και τη μείωση στη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης.⁹⁸⁻¹⁰¹

Παρότι όμως στο σύγχρονο περιβάλλον των νοσοκομείων αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο η σπουδαιότητα της άποψης των ασθενών, εντούτοις οι προσωπικές τους εκτιμήσεις παραμένουν υπό έλεγχο ή και αμφισβήτηση. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να ιεραρχήσουν και να αξιολογήσουν σωστά τις ανάγκες τους διότι δεν διαθέτουν επιστημονικές γνώσεις και συνεπώς αδυνατούν να εκτιμήσουν αξιόπιστα την κατάσταση της υγείας τους ή εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες. Το συχνότερο ερώτημα που απαντάται στη βιβλιογραφία είναι υπό ποιες προϋποθέσεις πρέπει η άποψη τους να αξιολογείται. Για παράδειγμα, η διδασκαλία για αυτοφροντίδα μπορεί να μην χαρακτηρίζεται ως σημαντική διότι αντανακλά άλλα βαθύτερα αίτια όπως τη μη επιθυμητή αλλά επιδιωκόμενη αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους.⁹⁸⁻¹⁰¹

Πρέπει να τονισθεί ότι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών όσον αφορά τη σημαντικότητα των αναγκών τους δεν συμπίπτουν σε σημαντικό βαθμό. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν σωστά την αντικειμενική διάσταση του προβλήματος, ωστόσο η υποκειμενική διάσταση όπως αυτή την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς αποτελεί τη βασικότερη πηγή ανάδυσης αναγκών. Η αξιολόγηση των απόψεων από τις δυο πλευρές συνθέτει την πλήρη εικόνα που απαιτείται για το σχεδιασμό προγραμμάτων εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης.⁹⁸⁻¹⁰¹

Πολλές χώρες της Ευρώπης, προσανατολίζονται στην καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, όπως επίσης και στην αξιολόγηση των απόψεων τους κατά τη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων κάθε νοσοκομείου. Απώτερος στόχος του Συστήματος Υγείας των περισσότερων χωρών είναι η καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος και η μείωση του κόστους νοσηλείας. Ωστόσο, για την επίτευξη αυτού του σκοπού απαιτείται χρόνος, πολιτική στήριξη και πολιτιστική μεταρρύθμιση.⁹⁹⁻¹⁰¹

Όσον αφορά την εκδήλωση άγχους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 25,50% βίωνε μέτρια επίπεδα άγχους και το 32,70% υψηλά επίπεδα. Όσον αφορά την κατάθλιψη, το 19,10% βίωνε μέτρια επίπεδα κατάθλιψης και το 20,0% υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρούνται διαφορές στον επιπολασμό του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών με στεφανιαία νόσο, που

πιθανά οφείλονται στη χρήση διαφορετικών εργαλείων μέτρησης, τονίζοντας έτσι τη σπουδαιότητα χρήσης ενός παγκοσμίως αποδεκτού οργάνου μέτρησης, το οποίο θα επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών.^{1,22,23,102-108}

Το σημαντικότερο όφελος που μπορεί να προκύψει από τα ευρήματα της παρούσης έρευνας για τους επαγγελματίες υγείας δεν είναι η απλή παράθεση της συχνότητας εμφάνισης του άγχους και της κατάθλιψης αλλά αντίθετα η βαθύτερη κατανόηση των αιτιών που πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη σε αυτή την ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα, ένα εύρημα που θα συνεισφέρει στην έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν από την ψυχική σφαίρα.

Το άγχος θεωρείται έως κάποιο βαθμό αναμενόμενο και ερμηνεύεται ως φυσιολογική αντίδραση στη νόσο. Το παροδικό άγχος έχει εποικοδομητικό χαρακτήρα κυρίως πριν την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου διότι κινητοποιεί το άτομο στην έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Αντιθέτως, το άγχος μόνιμης διάρκειας και υψηλής έντασης θεωρείται καταστροφικό για την έκβαση της στεφανιαίας νόσου διότι συνεπάγεται μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, αυξάνει τον κίνδυνο επανάληψης στεφανιαίων επεισοδίων, ευθύνεται για την αποτυχία συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή και τη δευτερογενή πρόληψη, σχετίζεται με μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τέλος συσχετίζονται με κακή ποιότητα ζωής.^{1,22,23,102-108}

Πλήθος παραγόντων πυροδοτούν το άγχος των νοσηλευόμενων ασθενών, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι η αιφνίδια εισαγωγή στο νοσοκομείο, το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών που κινητοποιούνται, καθώς και η εντατική ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση. Η περίοδος νοσηλείας από τη πρώτη στιγμή έως την έξοδο παρομοιάζεται με ένα καταρράκτη αλλαγής συναισθημάτων. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο μετά τη εισαγωγή μεταβαίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα από την «υγιά» στη νοσηρή κατάσταση βιώνοντας παράλληλα έντονη ανησυχία λόγω του άγνωστου περιβάλλοντος του νοσοκομείου, των διαγνωστικών εξετάσεων και του αποχωρισμού από το οικείο περιβάλλον. Οι φόβοι ενισχύονται όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου επικρατούν εντατικοί ρυθμοί και πολύπλοκα μηχανήματα.^{1,22,23,102-108}

Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών δείχνει ότι η αβεβαιότητα που βιώνουν οι πάσχοντες ως προς την έκβαση της νόσου και η απειλή του αιφνιδίου

θανάτου αποτελούν τις κυριότερες πηγές άγχους ενώ πολύ συχνά αναδύονται θέματα θρησκευτικής πίστης. Ως αβεβαιότητα ορίζεται η ανικανότητα του ατόμου να αντιληφθεί επαρκώς την εμπειρία της ασθένειας και να αποδώσει τις σωστές διαστάσεις στο γεγονός.^{1,22,23,102-108}

Εκτός από την αβεβαιότητα και το φόβο του θανάτου άλλες αιτίες που ευθύνονται για την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με στεφανιαία νόσο είναι ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης, της πιθανής σωματικής αναπηρίας και των επακόλουθων αλλαγών στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως επίσης και οι συνθήκες στο νοσοκομείο συμπεριλαμβανομένων των συχνών νοσηλευτικών παρεμβάσεων και της αναγκαστικής επαφής με άλλους νοσηλευόμενους. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται η ένταση του αιφνίδιου ψυχοπνευστικού παράγοντα δηλαδή της ασθένειας στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή νόσησης, η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου και η αντίληψη των ασθενών ότι βρίσκονται σε θέση εξάρτησης.^{1,22,23,102-108}

Μια άλλη παράμετρος, που αν και δεν αποτέλεσε αντικείμενο της παρούσης μελέτης, ωστόσο αποτελεί περιοχή μείζονος ενδιαφέροντος για τους ερευνητές διότι έχει σημαντικό ρόλο στην επιλογή των μηχανισμών που κινητοποιούνται για την εκδήλωση και αντιμετώπιση του άγχους, είναι η προσωπικότητα του ασθενή. Ειδικότερα, η προσωπικότητα τύπου Α που χαρακτηρίζεται από μεγάλη ανταγωνιστικότητα, φιλοδοξία, επιθυμία για γρήγορη κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία χωρίς απώλεια χρόνου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη σχέση άγχους και στεφανιαίας νόσου. Για την καλύτερη κατανόηση αυτών των παραγόντων, αξίζει να αναφερθεί το κλασικό παράδειγμα νοσηλευόμενου ασθενή με στεφανιαία νόσο στη μονάδα εντατικής θεραπείας με προσωπικότητα τύπου Α που προσπαθεί να διαφύγει επειδή βιώνοντας ως εξαρτημένη τη θέση στην οποία βρίσκεται αδυνατεί να θέσει υπό έλεγχο το άγχος του. Ισχυροί ανεξάρτητοι παράγοντες για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου είναι άλλα επιμέρους χαρακτηριστικά, όπως η εχθρική συμπεριφορά (hostility), τα αισθήματα θυμού (anger) και η κυνική συμπεριφορά (cynicism).^{1,22,23}

Υψηλή συχνότητα άγχους και κατάθλιψης παρατηρείται και στη χρόνια μορφή της στεφανιαίας νόσου, η οποία στερείται μεν αιφνίδιου χαρακτήρα αλλά αποτελεί χρόνια στρεσογόνο κατάσταση, στη διάρκεια της οποίας ο ασθενής βιώνει διαρκώς την απειλή ενός αιφνίδιου θανάτου. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων

χρόνιας στεφανιαίας νόσου εκδηλώνονται προειδοποιητικά σημεία άγχους και κατάθλιψης, όπως αλλαγή της συμπεριφοράς, ωστόσο η σημασία τους υποτιμάται καθώς το μέγεθος της φροντίδας στρέφεται στην πάθηση.^{1,22,23,102-108}

Η παρούσα μελέτη, έδειξε ότι όσο αυξάνονται τα έτη από την εκδήλωση του καρδιολογικού προβλήματος τόσο αυξάνεται το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από βαριάς μορφής κατάθλιψη, ένα εύρημα, που επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία και αποδίδεται στη σωματική και ψυχική εξασθένηση που επιβάλλει η χρονιότητα της στεφανιαίας νόσου. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη οφείλεται στην απώλεια της αυτοφροντίδας και την αδυναμία διατήρησης προηγούμενων ρόλων (οικογενειακών, επαγγελματιών κοινωνικών) λόγω της επιδείνωσης των σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων, προϊούσης της νόσου.

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που έχουν δείξει υψηλή συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με βαριάς μορφής καρδιακή ανεπάρκεια ή με κακή φυσική κατάσταση.¹⁰⁹⁻¹¹⁵ Οι Pena και συν.,¹¹⁶ έδειξαν, ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βαθμού NYHA IV ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί σε σύγκριση με τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια βαθμού NYHA II και NYHA III.

Με την πρόοδο της νόσου ή όταν ο θεράπων ιατρός δεν είναι σε θέση να προσφέρει πολλά από ιατρικής πλευράς, οι ασθενείς βιώνουν αισθήματα αποξένωσης και εγκατάλειψης σε μια περίοδο στην οποία οι συναισθηματικές ανάγκες είναι υψηλές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διατήρηση της επικοινωνίας και των συχνών επαφών με τους επαγγελματίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας.^{1,22,23}

Η παρουσία ενός εκλυτικού παράγοντα δεν πρέπει αμέσως να αιτιολογεί το άγχος και την κατάθλιψη ή να αποπροσανατολίζει την περαιτέρω διερεύνησή τους. Αντιθέτως, κρίνεται απαραίτητο να συνεκτιμώνται και άλλοι παράμετροι δεδομένου ότι πολλές ψυχοκοινωνικές συνιστώσες εμπλέκονται σε μια κοινή οδό έκφρασης μέσω του άγχους και της κατάθλιψης ή αναζωπυρώνονται επ' ευκαιρία της νόσου.^{1,22,23}

Η παρούσα μελέτη έδειξε υψηλό ποσοστό άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καταδεικνύοντας έτσι τη σπουδαιότητα της διάγνωσης αυτών των προβλημάτων ψυχικής υγείας, η οποία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση. Συχνά, οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών, δεν γίνονται αντιληπτές ούτε από τους θεράποντες γιατρούς, ούτε από τους συγγενείς των ασθενών ενώ πολλές φορές, η

ψυχική κατάσταση των ασθενών είναι δυνατόν να επιδεινώνεται από την αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Οι Amin και συν.,¹¹⁷ έδειξαν ότι μόνο ένας στους τέσσερις ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που βίωναν μέτριας και έντονης έντασης καταθλιπτικά συμπτώματα είχε καταγραφεί στο ιατρικό ιστορικό. Το λυπηρό ήταν ότι σε αυτούς τους ασθενείς δεν υπήρχε καμία περαιτέρω καταγραφή τόσο για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή άλλης θεραπείας, όσο και για την επανεκτίμηση της κατάστασης. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν οι Lane και συν.,¹¹⁸ οι οποίοι επισήμαναν ότι η ένταση του άγχους και της κατάθλιψης πρέπει να αξιολογείται από το στάδιο της διάγνωσης της στεφανιαίας νόσου και να επανεκτιμάται πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για τους ασθενείς που πριν την έξοδο έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και για όσους ασθενείς έχουν ιστορικό κατάθλιψης. Όσον αφορά το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, πολλοί ασθενείς δεν εκδηλώνουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης παρά μόνον ύστερα από εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο διότι τότε συνειδητοποιούν την επίπτωση της νόσου στην ζωή τους.

Σύμφωνα με τους Amin και συν.,¹¹⁷ η νοσηλεία στο νοσοκομείο αποτελεί την καταλληλότερη περίοδο για τη διάγνωση του άγχους και της κατάθλιψης διότι όλοι οι ασθενείς έχουν την ίδια πιθανότητα διάγνωσης, σε αντίθεση με τους ασθενείς που ζουν στην κοινότητα, όπου ο επικρατέστερος παράγοντας για την αποτυχία εκτίμησης είναι η απροθυμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η περίοδος της νοσηλείας σύμφωνα με τους Lanes και συν.,¹¹⁸ είναι σημαντική διότι είναι υψηλότερης προγνωστικής σημασίας για την αξιολόγηση της θνησιμότητας. Οι ίδιοι ερευνητές πιστεύουν ότι με την εκτίμηση της κατάθλιψης αξιολογείται παράλληλα η σοβαρότητα της καρδιαγγειακής νόσου και διερευνάται κατά πόσο η έκβασή της αποδίδεται στην κατάθλιψη. Οι Mainio και συν.,¹¹⁹ έδειξε ότι η πιθανότητα αυτοκτονίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς με στεφανιαία νόσο ήταν δυο φορές υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό, επισημαίνοντας τη σημασία της κατάθλιψης στον υψηλό κίνδυνο αυτοκαταστροφής.

Έντονος προβληματισμός όσον αφορά τη διάγνωση παρατηρείται σε διεθνές επίπεδο λόγω της αύξησης του κόστους νοσηλείας, αφού έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, επανάληψης καρδιακών επεισοδίων, φτωχής

ποιότητας ζωής και πλημμελούς συμμόρφωσης στη θεραπεία. Αναλυτικότερα, οι Frasure-Smith και συν.,¹²⁰ έδειξαν ότι το κόστος θεραπείας των καταθλιπτικών ασθενών που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών των θεραπόντων ιατρών, της κατ' οίκον νοσηλείας και των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο ήταν 41% υψηλότερο συγκριτικά με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς.

Οι Doyle και συν.,¹²¹ όπως και οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τη ψυχική υγεία μη-ψυχιατρικών ασθενών επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και την αναγκαιότητα δημιουργίας και χρήσης διεθνών κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σε μη-ψυχιατρικούς νοσηλευόμενους ασθενείς. Κύριο μέλημα του θεράποντος ιατρού είναι να αντιμετωπίσει την ψυχοπαθολογία του ασθενή, χειριζόμενος ανάλογα τις πηγές άγχους και κατάθλιψης και εφαρμόζοντας εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Ειδικότερα, όταν ο θεράπων ιατρός αδυνατεί να χειριστεί τον ψυχικό κόσμο του ασθενή απαιτείται η συνεργασία με τον ψυχίατρο για την οργάνωση ενός προγράμματος αποκατάστασης της ψυχικής υγείας που θα εκτείνεται και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.^{1,22,23}

Η αποτυχία κατανόησης της σπουδαιότητας διάγνωσης του άγχους και της κατάθλιψης ίσως να αποτελεί ένα από τους λόγους για τους οποίους η νοσηρότητα και θνησιμότητα της νόσου παραμένει ακόμα υψηλή.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων επίσης φάνηκε ότι περισσότερο οι γυναίκες είχαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ενώ οι άνδρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου αφού οι γυναίκες προστατεύονται από τα οιστρογόνα, εντούτοις κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι αλλαγές στον τρόπο ζωής έχουν συντελέσει στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και στο γυναικείο φύλο.

Το εύρημα της παρούσης μελέτης ότι περισσότερο οι γυναίκες βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης πιθανά να οφείλεται στους διαφορετικούς κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους των γυναικών, όπως για παράδειγμα, η ανάληψη της φροντίδας των μελών της οικογένειας ή των ηλικιωμένων γονέων, κ.ά.¹²²⁻¹³⁵

Οι Low και συν.,¹²⁴ έδειξαν ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνομενες την αδυναμία τους λόγω της ασθένειας τους να φροντίσουν την οικογένεια στο βαθμό που οι ίδιες επιθυμούν βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι Nguyen και συν.,¹²⁵ και οι Hart και συν.,¹²⁶ έδειξαν ότι οι γυναίκες επιφορτισμένες με

υποχρεώσεις υποτιμούν τα συμπτώματα της νόσου με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή την αναζήτηση ύστερα από προτροπή του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Ένας άλλος λόγος που σχετίζεται με καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας σύμφωνα με τους Lockyer,¹²⁷ είναι ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα ως μηχανισμό άμυνας την άρνηση. Ωστόσο, μετά την εγκατάσταση της στεφανιαίας νόσου, όπως υποστηρίζουν οι Kristofferzon και συν.,⁷³ η ενασχόληση με τα οικιακά βοηθά τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και να διατηρήσουν την αυτοεκτίμηση τους αποτρέποντας προβλήματα που σχετίζονται με τη ψυχική σφαίρα. Οι Taylor και οι συν.,¹²⁸ και οι Klein και συν.,¹²⁹ έδειξαν ότι οι γυναίκες αντιδρούν στο στρες με την ανάπτυξη προστατευτικών και στοργικών εκδηλώσεων (tend and befriend response) οι οποίες στοχεύουν τόσο στην προστασία του ατόμου όσο και στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων που διευκολύνουν την εκτόνωση του άγχους.

Όσον αφορά την κατάθλιψη, η έρευνα των Sundel¹³⁰ έδειξε ότι το άγχος, η στηθάγχη και το οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ήταν περισσότερο συχνά στις καταθλιπτικές γυναίκες με στεφανιαία νόσο και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα καρδιακά συμπτώματα υποδηλώνουν είτε ότι η κατάθλιψη εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο ή ότι επιδεινώνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Οι Caulin-Glaser και συν.,¹³¹ έδειξαν ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τη συμμετοχή γυναικών σε προγράμματα αποκατάστασης, ενώ οι Sanderson και συν.,¹³² τόνισαν ότι η κατάθλιψη είναι δυνατόν να επηρεάσει και το αναμενόμενο όφελος από αυτά τα προγράμματα.

Το γεγονός ότι οι γυναίκες παραδέχονται και αποκαλύπτουν πιο εύκολα τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα πιθανά να αιτιολογεί το εύρημα της παρούσης μελέτης ότι οι γυναίκες βίωναν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Αντίθετα, οι άνδρες φοβούμενοι μήπως «στιγματιστούν» με τον τίτλο της ψυχικής ασθένειας δείχνουν απροθυμία να αποκαλύψουν τα αρνητικά συναισθήματα στους επαγγελματίες υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες ηλικίας μικρότερης των 40 χρόνων βίωναν ως σημαντικότερη την ανάγκη για ενημέρωση και την ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ιδίου του ασθενή στη φροντίδα. Επίσης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 40 χρόνων ήταν πιο πιθανό να έχουν πολύ άγχος. Η υψηλού επιπέδου κατάθλιψη ήταν πιο συχνή μεταξύ των νέων ηλικίας <40 ετών και των ηλικιωμένων ασθενών ηλικίας >80 ετών.

Τα ευρήματα αυτά πιθανά αντανακλούν τη διαφορετικότητα της κάθε ηλικιακής ομάδας ως προς την αντίληψη της νόσου, όπως επίσης και τους διαφορετικούς ρόλους ανά ηλικία στη συγκεκριμένη στιγμή της νόσησης. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας μην έχοντας ακόμα εκπληρώσει στόχους και οράματα ζωής βιώνουν άγχος συχνότερα διότι επιθυμούν ταχύτερη αποκατάσταση λόγω επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων. Επίσης, αυτό το εύρημα πιθανά να οφείλεται στο γεγονός, ότι αυτά τα άτομα συνειδητοποιούν τη διαφορά μεταξύ της σωματικής κατάστασης και των προσδοκιών τους. Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι βιώνουν κατάθλιψη λόγω της σωματικής και γνωστικής εξασθένησης ή άλλων προβλημάτων, όπως απώλεια προσφιλών προσώπων, φτώχη κοινωνική στήριξη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, κ.ά.

Το εύρημα ότι τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 40 χρόνων βιώνουν ως σημαντική την ανάγκη για ενημέρωση αποδίδεται στο γεγονός ότι δεν αποδέχονται παθητικά το ρόλο του ασθενή και επιθυμούν ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα τους. Επιπρόσθετα, επειδή είναι κυρίως εργαζόμενοι, έρχονται σε καθημερινή επαφή με άλλους ανθρώπους, ανταλλάσσουν απόψεις, δέχονται ποικίλα ερεθίσματα στο χώρο της δουλειάς τους με αποτέλεσμα να έχουν περισσότερες αναζητήσεις ως προς την πληροφόρηση. Συνήθως, τα άτομα αυτά αποβάλλουν πιο εύκολα το ρόλο του ασθενή και αποποιούνται τη νόσο, κινητοποιώντας μηχανισμούς απώθησης και άρνησης. Πιθανά, τα νεότερα άτομα μη έχοντας προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας και εξοικείωσης με το περιβάλλον του νοσοκομείου βιώνουν ως σημαντική την ανάγκη ενημέρωσης.

Αντίθετα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αδιαφορούν για την ενημέρωση και την ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων είτε διότι παραμένουν προσκολλημένα στο πατερναλιστικό πρότυπο περίθαλψης είτε διότι διαφέρουν οι ανάγκες τους με αποτέλεσμα να υιοθετούν μια παθητικότερη στάση ως προς την αντιμετώπιση της νόσου.

Ένας άλλος παράγοντας που ενοχοποιείται για αυτές τις διαφορές αλλά δεν αποδείχθηκε από την παρούσα έρευνα είναι το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, το οποίο συχνά ευθύνεται για την αδυναμία κατανόησης των ιατρικών οδηγιών και την απροθυμία αναζήτησης περισσότερης πληροφόρησης.^{1,20,22,23}

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι χήροι βίωναν ως σημαντική την ανάγκη ενημέρωσης και εμπιστοσύνης και βίωναν περισσότερο συχνά υψηλού επιπέδου κατάθλιψη. Πιθανά, αυτά τα άτομα στερούμενοι της βοήθειας, της στήριξης

και της ενθάρρυνσης των συντρόφων τους υποχρεώνονται οι ίδιοι να αναλάβουν την αυτοφροντίδα τους με αποτέλεσμα να βιώνουν ως σημαντικότερη την ανάγκη ενημέρωσης. Παράλληλα με την απώλεια της υγείας βιώνουν αδυναμία έκφρασης και εκτόνωσης συναισθημάτων λόγω έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος με αποτέλεσμα να αναζητούν την ικανοποίηση αυτών των αναγκών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επισημαίνεται ότι η έλλειψη στήριξης δεν αφορά μόνο στην ψυχική σφαίρα των ατόμων αλλά και στην επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Ομοίως υψηλές ανάγκες πληροφόρησης ασθενών με στεφανιαία νόσο που ζούσαν μόνοι τους έδειξε η έρευνα των Asadi-Lari και συν.¹³⁷

Όσον αφορά την κατάθλιψη, σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η έρευνα των Okkonen και συν.,¹³⁸ που έδειξε ότι τα άτομα με στεφανιαία νόσο που ζούσαν μόνοι τους και επρόκειτο να υποβληθούν σε CABG βίωναν υψηλότερης έντασης κατάθλιψη προεγχειρητικά και κατά την επανεκτίμηση, έξι μήνες αργότερα. Η έρευνα των Scherer και συν.,¹³⁹ στην οποία μελετήθηκαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έδειξε ότι τα άτομα που ζούσαν με σύντροφο ήταν λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη και είχαν χαμηλής έντασης συναισθηματικά προβλήματα. Ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενή από το οικογενειακό περιβάλλον είναι εξίσου σημαντικός, αφού σύμφωνα με παλαιότερη βιβλιογραφική αναφορά των Riegel και συν.,¹⁴⁰ οι υπερπροστατευμένοι ασθενείς που είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου βίωναν χαμηλής έντασης άγχος και κατάθλιψη και είχαν ταχύτερη ανάρρωση, ένα μήνα μετά το επεισόδιο. Οι Joeekes και συν.,¹⁴¹ έδειξαν ότι η ύπαρξη υπερπροστατευτικού συντρόφου αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα φτωχής λειτουργικής ικανότητας.

Όλες οι ανωτέρω μελέτες μπορεί να εφιστούν την προσοχή στις ανάγκες των ασθενών που ζουν μόνοι τους, αλλά παραμένει αμφίβολο σε ποιο βαθμό είναι σημαντική η βοήθεια της οικογένειας. Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι τα άτομα που ζουν μόνοι τους προσπαθούν να αυτοεξυπηρετηθούν, δεν υπερπροστατεύονται και πιθανόν αποβάλλουν ευκολότερα την ταυτότητα «της ασθένειας».

Ανεξαρτήτως πάντως της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας, η παρεχόμενη πληροφόρηση είναι άμεσα εξαρτώμενη τόσο από την προσωπικότητα όσο και τις προσδοκίες κάθε ατόμου. Για παράδειγμα, η παροχή κάθε περιττής πληροφόρησης πρέπει να αποθαρρύνεται σε ασθενείς που αδυνατούν να δεχθούν λεπτομερή ενημέρωση διότι έχει αγχογόνο αποτέλεσμα. Συνήθως αυτή η τακτική είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στους ασθενείς που έχουν εμπιστοσύνη στο

θεράποντα ιατρό. Αντιθέτως, η παροχή λεπτομερούς ενημέρωσης είναι επικοδομητική σε όσους ασθενείς επιθυμούν να ασκούν έλεγχο στη νόσο διότι πιστεύουν ότι με αυτό τον τρόπο παρακολουθούν την πορεία της νόσου. Αυτή η κατηγορία ασθενών βιώνει ψηλά επίπεδα άγχους εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν παρέχουν πλήρη ενημέρωση με τη δικαιολογία ότι οι ασθενείς αδυνατούν να κατανοήσουν τις επιστημονικές πληροφορίες.^{1,22,23,142-147}

Οι Czar και συν.,³⁹ υποστήριξαν ότι η αποτελεσματικότητα της ενημέρωσης επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο. Η ενημέρωση που βασίζεται στις ανάγκες των ασθενών, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, συμπεριλαμβανομένων των προσδοκιών, των στόχων και των συναισθημάτων των ασθενών είναι περισσότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με την ενημέρωση που βασίζεται μόνο στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την ανάγκη πληροφόρησης είναι η αδυναμία των ίδιων των ασθενών να την αναφέρουν είτε λόγω έλλειψης ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης από τους επαγγελματίες υγείας είτε λόγω απροθυμίας των ίδιων για ποικίλους, κυρίως προσωπικούς λόγους.^{1,20,22,23,142-147}

Τα αποτελέσματα της μελέτης επίσης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που κατοικούσαν στην ύπαιθρο βίωναν ως σημαντική την ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών ή συγγενείς και την ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών τους.

Πιθανά οι ασθενείς που ζουν στην ύπαιθρο έχουν αναπτύξει ένα ευρύτερο δίκτυο στήριξης, το οποίο χρησιμοποιούν για την κάλυψη των συναισθηματικών τους αναγκών ή για τη παροχή βοήθειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ραγδαία εξέλιξη στις ανθρώπινες κοινωνίες, σηματοδότησε αλλαγές τόσο στο χαρακτήρα της ζωής των αστικών πληθυσμών όσο και στις αντιλήψεις, στις αξίες και στον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων. Ωστόσο, στην επαρχία, παρότι, η μορφή και η ταυτότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχει αλλάξει λόγω των κοινωνικο-δημογραφικών αλλαγών και της εισόδου νέων στοιχείων διατηρούνται ακόμα οι δεσμοί αλληλεγγύης και στήριξης.

Στο κλινικό περιβάλλον του νοσοκομείου, η παρουσία συγγενών δικαιολογείται τόσο από τη νοοτροπία του Έλληνα όσο και από την έλλειψη προσωπικού. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου οι συγγενείς αναζητούν ενημέρωση και καθοδήγηση καθώς αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην κάλυψη των

αναγκών των ασθενών τόσο κατά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο όσο και στη μετανοσοκομειακή περίοδο. Ένας άλλος πιθανός λόγος που οι συγγενείς επιθυμούν συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών που κατοικούν στην ύπαιθρο είναι η δυσκολία πρόσβασης ή ακόμα και έλλειψης υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων, στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε, ότι η ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών και φυσικών αναγκών των ασθενών με στεφανιαία νόσο ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Παρότι, η σχέση επαγγέλματος και αναγκών των ασθενών δεν έχει πλήρως διερευνηθεί, ωστόσο διαφαίνεται, ότι η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση συμπεριλαμβανομένης της «φύσης» του επαγγέλματος είναι δυνατόν να καθορίζει τις ανάγκες των ασθενών. Πιθανά, οι δημόσιοι υπάλληλοι, δεδομένης της επαγγελματικής τους θέσης δεν βιώνουν ανασφάλεια και δεν βιάζονται για την επιστροφή τους στην εργασία.

Η παρούσα μελέτη έδειξε σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά το βαθμό ενημέρωσης. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες που ήταν λίγο ή αρκετά ενημερωμένοι αναφορικά με την ασθένεια τους βίωναν ως σημαντικότερη την ανάγκη για στήριξη και καθοδήγηση, την ανάγκη για ενημέρωση και την ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με συγγενείς. Επίσης, βρέθηκε, ότι όσο μειώνεται ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών αναφορικά με το συγκεκριμένο καρδιολογικό πρόβλημα τόσο αυξάνεται το ποσοστό βαριάς κατάθλιψης. Η ερμηνεία του ευρήματος είναι πολύ απλή, καθώς τα άτομα βιώνουν αβεβαιότητα και αναζητούν την πληροφόρηση μέσα από τις σχέσεις με άλλα άτομα ή τη στήριξη από το προσωπικό. Οι περισσότερες μελέτες τονίζουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της ενημέρωσης στην έκβαση της νόσου αλλά συνιστούν σωφροσύνη στην παροχή πληροφόρησης και αξιολόγηση της προσωπικότητας και των ασθενών.¹⁴²⁻¹⁵¹

Η ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια ενισχύει το βαθμό αποδοχής και προσαρμογής της νόσου και μειώνει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, η πλήρης ενημέρωση κινητοποιεί τα άτομα να επιδιώξουν αλλαγή συμπεριφοράς, παρέχοντας τη δυνατότητα στα άτομα να διευρύνουν τις γνώσεις που αφορούν τη νόσο και να αναζητήσουν θετικές διεξόδους αντιμετώπισης του προβλήματος. Αντιθέτως, η ελλιπής ενημέρωση σχετίζεται με δυσπιστία για τις επιλογές των επαγγελματιών υγείας και ασάφειες όσον αφορά τη νόσο, παράγοντες,

που συντελούν στην απώλεια της εμπιστοσύνης από την πλευρά του ασθενή ή ακόμα και στην αποτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης.¹⁴²⁻¹⁵³

Για τον περιορισμό αυτών των κινδύνων, η American Heart Association προτείνει την έναρξη ενημέρωσης όσον αφορά στη δευτερογενή πρόληψη πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.¹⁵⁰ Οι Doering και συν.,¹⁵¹ και οι Shepperd και συν.,¹⁵² έδειξαν ότι ο υψηλός βαθμός ενημέρωσης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο αυξάνει τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών. Οι Scott και συν.,¹⁵⁴ και ο Timmins^{155,156} έδειξαν ότι οι παράγοντες που υπονομεύουν την ενημέρωση των νοσηλευόμενων ασθενών είναι η έλλειψη διάθεσης χρόνου και προσωπικού, η φύση του γεγονότος (οξύ ή χρόνιο) και η ανεπαρκής οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Η Μπροκαλάκη-Παναουδάκη¹⁵⁷ υποστηρίζει ότι η έλλειψη ενημέρωσης και διδασκαλίας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους λόγους, που εξηγεί γιατί οι ασθενείς έχουν στραφεί στη χρήση του διαδικτύου. Παρότι, το διαδίκτυο λόγω της εύκολης πρόσβασης έχει δημιουργήσει πληροφορημένους πολίτες σε θέματα υγείας, εντούτοις δεν πρέπει να αντικαθιστά την προσωπική επαφή των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή στη διαχείριση της νόσου.

Πρέπει να τονισθεί, ότι ο όρος ενημέρωση πρέπει να διαφοροποιείται από τον όρο εκπαίδευση. Ως εκπαίδευση, ορίζεται η αλληλεπιδρώσα διεργασία μέσω της οποίας ο αποδέκτης διδάσκεται την παρεχόμενη πληροφορία και προσπαθεί να την εφαρμόσει στον καθημερινό τρόπο ζωής. Ουσιαστικά πρόκειται για μια ευρύτερη έννοια της ενημέρωσης ή της πληροφόρησης, η οποία αποτελεί μέρος του πολυσύνθετου ρόλου των νοσηλευτών. Στην Ελλάδα, η εκπαίδευση αποτελεί κατοχυρωμένο επαγγελματικό δικαίωμα αλλά και δεοντολογική υποχρέωση του νοσηλευτή σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.¹⁵⁸

Το εύρημα της παρούσης μελέτης ότι παρατηρούνται διαφορές όσον αφορά την ανάγκη για ενημέρωση και τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία και αποδίδεται στη διαφορετικότητα των αναγκών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μην έχοντας αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς λόγω του αιφνίδιου γεγονότος βιώνουν διαφορετικές ανάγκες σε αντίθεση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, οι οποίοι έχουν αναπτύξει διαφορετικού βαθμού εξοικείωση και προσαρμογή αφού η επέμβαση είναι προγραμματισμένη.

Ο Timmins και συν.,^{155,156} υποστήριζαν ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο επικεντρώνονται περισσότερο στην αναζήτηση πληροφοριών που σχετίζονται με θέματα επιβίωσης, όπως η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και λιγότερο με θέματα που αφορούν στην αλλαγή του τρόπου ζωής.

Σύμφωνα με τους Scott και συν.,¹⁵⁴ οι ανάγκες ενημέρωσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο περιλαμβάνουν κυρίως γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, τρόπου ζωής, θεραπευτικής αγωγής, σωματικής δραστηριότητας, διατροφής και άλλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Οι Hanssen και συν.,¹⁵⁹ επεσήμαναν ότι απώτερος σκοπός της ενημέρωσης των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η μακροπρόθεσμη βελτίωση της ζωής τους διαμέσου της τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου, όπως είναι η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, κ.ά. Ωστόσο, οι Karner και συν.,¹⁶⁰ και οι Timmins και συν.,¹⁵⁶ υποστήριζαν ότι η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης είναι ανεπαρκής στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και η συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης είναι περιορισμένη.

Οι Lauck και συν.,¹⁶¹ έδειξαν διαφορές ως προς την ενημέρωση στα άτομα που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, τα οποία υποτιμούν τη σοβαρότητα της νόσου λόγω του σύντομου χρόνου διεξαγωγής της διαδικασίας και παραμονής στο νοσοκομείο, της άμεσης βελτίωσης των συμπτωμάτων και της επιστροφής στις προηγούμενες δραστηριότητες. Σύμφωνα με τους Campbell και συν.,¹⁶² περίπου το 38% αυτών των ασθενών πιστεύουν ότι έχουν θεραπευτεί και δεν πάσχουν πλέον από στεφανιαία νόσο.

Ομοίως διαφορές ως προς την ανάγκη ενημέρωσης καταγράφονται και στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CABG, η οποία πριν από την ευρεία εφαρμογή της αγγειοπλαστικής αποτελούσε τη μόνη αποτελεσματική λύση στη βελτίωση των συμπτωμάτων της στηθάγχης εντός περίπου ενός έτους μετά το χειρουργείο. Οι Kattainen και συν.,¹⁶³ έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CABG αξιολογούσαν ως σημαντικότερη την ανάγκη πληροφόρησης που αφορούσε την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα τόσο προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά όσο και στη φάση της αποκατάστασης. Σύμφωνα με παλαιότερη βιβλιογραφική αναφορά των Lindsay και συν.,¹⁶⁴ οι ασθενείς που ένοιωθαν καλύτερα ενημερωμένοι βίωναν χαμηλότερης έντασης άγχους στο χώρο αναμονής ακριβώς πριν το χειρουργείο.

Οι Kristofferson⁷³ και οι Koivunen και συν.,¹⁶⁵ ανέδειξαν διαφορές ως προς το φύλο και τις ανάγκες πληροφόρησης με τις γυναίκες να δίδουν περισσότερη έμφαση

στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τους άνδρες να επιθυμούν περισσότερη ενημέρωση σε θέματα που αφορούσαν στη σωματική διάσταση. Δεδομένου, ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι άνδρες εργάζονται και συντηρούν την οικογένεια είναι φυσικό να βιώνουν ως έντονη αυτή την ανάγκη διότι η σωματική εξασθένιση αφενός αναχαιτίζει την ικανότητα επιστροφής στην εργασία αφετέρου σχετίζεται με μειωμένη απόδοση στο χώρο εργασίας. Επιπρόσθετα, οι άνδρες επιθυμούν περισσότερη ενημέρωση διότι βιώνουν εντονότερα την αβεβαιότητα και το αλλοιωμένο πρότυπο για τον εαυτό τους. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η σύγχρονη τάση για άμεση έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, εφόσον η κατάσταση της υγείας το επιτρέπει, μειώνει το χρόνο που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για την παροχή πληροφόρησης. Η τακτική πληροφόρησης στο προεγχειρητικό στάδιο μειώνει αυτό το κίνδυνο, ωστόσο αποθαρρύνεται διότι πιθανά αυξάνει την ένταση του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς. Οι Κοϊνυνεη και συν.,¹⁶⁵ επίσης παρατήρησαν ότι οι γυναίκες που ακολουθούσαν πρόγραμμα αποκατάστασης χρειάζονταν εντονότερη καθοδήγηση και ενημέρωση διότι υπέφεραν περισσότερο συχνά από μοναξιά, ανασφάλεια, αβεβαιότητα, άγχος και κατάθλιψη.

Η κλινική παρατήρηση δείχνει διαφορές όσον αφορά την ανάγκη πληροφόρησης και τα άτομα με χρόνια στεφανιαία νόσο, τα οποία έχοντας αποκτήσει μεγαλύτερου βαθμού εξοικείωση με την ασθένεια και τη νοσηλεία, μπορούν να χειρίζονται καλύτερα τις ανάγκες τους.

Ανεξάρτητα από τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος, από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η ανάγκη πληροφόρησης δεν αποτελεί στατική διαδικασία αλλά αντιθέτως μεταβάλλεται με την εξέλιξη της νόσου και απαιτεί συνεχή επανεκτίμηση.^{1,22,23}

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα που δεν είχαν ξανα-νοσηλευτεί ήταν πιο πιθανό να έχουν λίγο ή πολύ άγχος. Η ερμηνεία του ευρήματος είναι απλή, καθώς τα άτομα βιώνουν άγχος λόγω του αγνώστου περιβάλλοντος. Στον αντίποδα, οι ασθενείς που έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν βιώνουν χαμηλά επίπεδα άγχους, για ποικίλους λόγους, όπως λόγω της εξοικείωσης με το κλινικό περιβάλλον ή της υιοθέτησης συμπεριφορών παραίτησης και συνθηκολόγησης με την ιδέα της χρόνιας ασθένειας.

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι η κατάθλιψη υψηλού επιπέδου ήταν πιο συχνή σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση τοποθέτησης βηματοδότη. Ως γνωστό, η εμφύτευση βηματοδότη επηρεάζει

σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών διότι σχετίζεται με ποικίλα σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι Flemme και συν.,¹⁶⁶ έδειξαν ότι τα πιο συχνά συμπτώματα σε ασθενείς με βηματοδότη είναι η καταθλιπτική διάθεση, ο θυμός, η ανησυχία και η αβεβαιότητα. Παρότι, η εμφύτευση βηματοδότη έχει βελτιώσει εντυπωσιακά τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από απειλητικές αρρυθμίες για τη ζωή, εντούτοις αυτή η προσέγγιση σχετίζεται με κατάθλιψη, η οποία αποδίδεται στη δυσκολία αποδοχής και προσαρμογής της συσκευής. Η κατάθλιψη βελτιώνεται όταν παρατηρείται μεγαλύτερη αποδοχή της συσκευής. Επίσης, διαφορές καταγράφονται μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Για παράδειγμα οι ασθενείς ηλικίας άνω των 60 χρόνων αντιλαμβάνονται τη συσκευή ως «ευεργέτη» που τους παρέχει ασφάλεια για τη διατήρηση της ζωής βιώνουν χαμηλής έντασης κατάθλιψη.¹⁶⁶⁻¹⁶⁹ Οι Freedenberg και συν.,¹⁷⁰ έδειξαν ότι οι ασθενείς με βηματοδότη παραμένουν καταθλιπτικοί έως και ένα χρόνο μετά την τοποθέτηση, ενώ η παροχή εκπαιδευτικής και ψυχολογικής στήριξης μειώνει τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι λήπτες και οι οικογένειες τους.

Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι η κατάθλιψη εξακολουθεί να επηρεάζει τις ανάγκες των ασθενών ακόμα και μετά διόρθωση των στοιχείων για την ηλικία των ασθενών, το φύλο τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, τον τόπο διαμονής τους, τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος, το βαθμό ενημέρωσής τους για το καρδιολογικό τους πρόβλημα και τα έτη που πάσχουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα. Αναλυτικότερα, η ανάγκη για στήριξη και καθοδήγηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη στα άτομα που βίωναν υψηλού επιπέδου κατάθλιψη.

Η σωματική και συναισθηματική εξασθένηση που επιβάλλει η συννοσηρότητα κατάθλιψης και στεφανιαίας νόσου συνεπάγεται πλήθος περιορισμών στις επαγγελματικές, κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις. Θεωρείται αναμενόμενο η ευαίσθητη αυτή πληθυσμιακή ομάδα να αναζητά στήριξη και καθοδήγηση στην προσπάθεια της να χειριστεί τη νόσο ή ακόμα και θέματα οικονομικής φύσεως που προκύπτουν λόγω της απώλειας της λειτουργικής ικανότητας και της αδυναμίας τους να επιστρέψουν στους προηγούμενους ρυθμούς εργασίας ή να είναι το ίδιο παραγωγικοί.^{1,22,23,109,110}

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει ολοένα και περισσότερο την σπουδαιότητα της επίδρασης της κοινωνικής στήριξης τόσο στην έκβαση της στεφανιαίας νόσου όσο και της κατάθλιψης. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι η

αποτροπή κοινωνικής απομόνωσης προάγει την υγεία, διότι εξασφαλίζει ή διατηρεί ένα ρυθμό ζωής και γενικότερα επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στη ζωή των πασχόντων.¹⁷¹⁻¹⁷⁴

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας συμφωνούν με αυτά των Murberg και συν.,¹⁷⁵ που έδειξαν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια βιώνουν κοινωνική απομόνωση, η οποία αποδίδεται στην αντίληψη τους ότι αδυνατούν να διατηρήσουν στον ίδιο βαθμό τις προηγούμενες τους δραστηριότητες. Επίσης, υποστήριξαν ότι η κοινωνική απομόνωση αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας ανεξαρτήτως ηλικίας, λειτουργικού επιπέδου και αντιμετώπισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι Stafford και συν.,¹⁷⁶ έδειξαν ότι οι αρνητικές απόψεις όσον αφορά τη νόσο και γενικότερα η απαισιόδοξη αντίληψη για τις επιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου συνδέονταν με καταθλιπτική συμπτωματολογία σοβαρότερης μορφής, η οποία επέμενε 3 έως 9 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι Krumholz και συν.,¹⁷⁷ έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς κοινωνική στήριξη ήταν 2.7 φορές περισσότερο πιθανό να εκδηλώσουν ένα επεισόδιο καρδιαγγειακής αιτιολογίας 12 μήνες μετά την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Ομοίως, οι Penninx και συν.,¹⁷⁸ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παρουσία κοινωνικής στήριξης σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.

Ο βαθμός στήριξης, η στεφανιαία νόσος και η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελούν ένα φαύλο κύκλο, όπου η κάθε παράμετρος αλληλεπιδρά στην έκβαση της άλλης. Οι Wang και συν.,¹⁷⁹ έδειξαν ότι η έλλειψη συναισθηματικής στήριξης, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου της βαρύτητας της αθηρωμάτωσης των στεφανιαίων αγγείων σε γυναίκες μέσης ηλικίας, όπως αυτή εκτιμάται από την αγγειογραφία.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας έχει διπλό χαρακτήρα. Πρώτον, οι ίδιοι πρέπει να παρέχουν στήριξη στους ασθενείς, αφού ιεραρχήσουν τις ανάγκες τους. Δεύτερον, πρέπει να αξιολογούν εάν το περιβάλλον τους οικογενειακό ή φιλικό είναι υποστηρικτικό στους ασθενείς ή αποτελεί πηγή άγχους, που μπορεί να επιδεινώσει την κατάθλιψη. Η κλινική παρατήρηση έχει δείξει ότι πολλές φορές μπορεί μεν να υπάρχει πρόθυμο υποστηρικτικό δίκτυο το οποίο αδυνατεί να παρέχει ουσιαστική-ποιοτική στήριξη λόγω αποτυχίας ανάπτυξης σωστών διαύλων επικοινωνίας ή αναγνώρισης των βαθύτερων συναισθηματικών αναγκών των ασθενών.

Επί παρουσίας θετικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος επιβάλλεται η μεγιστοποίηση της δυναμικής του μέσω της ενίσχυσης της σχέσης αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων. Σημείο-κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ατόμου, καθώς πιθανά ο αποδεχόμενος τη στήριξη να βιώνει χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης όταν αντιλαμβάνεται ότι δεν μπορεί να ανταποδώσει τη βοήθεια.^{1,22,23}

Η σημαντικότητα της στήριξης δεν πρέπει να υποτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας αλλά αντιθέτως να ενσωματώνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο που βιώνουν κατάθλιψη, αφού έρευνες έχουν δείξει ότι η ενίσχυση του κύκλου κάθε μορφής κοινωνικής στήριξης συμπεριλαμβανομένης και της πνευματικής στήριξης επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής τους. Πριν την έξοδο από το νοσοκομείο απαιτείται ιεράρχηση των αναγκών στήριξης (υλική-συναισθηματική).¹⁷⁴⁻¹⁸⁰

Επίσης, βρέθηκε ότι η ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και η εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που βίωναν μέτρια ή υψηλού επιπέδου κατάθλιψη.

Δεδομένου ότι στις σύγχρονες κοινωνίες συχνά παρατηρείται εξασθένηση των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, το εύρημα αυτό έχει ενθαρρυντικό χαρακτήρα αφού αντανακλά το σπουδαίο ρόλο των άτυπων δικτύων, όπως των συγγενών και των φίλων στη στήριξη των ασθενών.

Σύμφωνα με τους Kristofferzon και συν.,⁷³ παρατηρούνται διαφορές ως προς το φύλο και την ανάγκη επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, οι άνδρες εμπιστεύονται συνήθως τη σύντροφό τους σε αντίθεση με τις γυναίκες που δείχνουν εμπιστοσύνη σε πολλά πρόσωπα. Αντιθέτως, οι MacMahon και συν.,¹⁸¹ έδειξαν ότι τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια δείχνουν απροθυμία να μοιραστούν σκέψεις και συναισθήματα που αφορούν την ψυχική υγεία με άλλα άτομα, διότι το βιώνουν ως αδυναμία.

Πολύ συχνά από τη βιβλιογραφία τονίζεται η σημασία της αξιολόγησης της ψυχικής υγείας των συντρόφων των ασθενών, οι οποίοι βιώνουν κατάθλιψη σχετιζόμενη με την υγεία του πάσχοντα-συντρόφου ή άλλα θέματα οικονομικής κυρίως φύσεως.¹⁸²⁻¹⁸⁶ Οι Pochard και συν.,¹⁸⁷ έδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης στα μέλη της οικογένειας ήταν 69.1% και 35.4%, αντίστοιχα και σχετιζόνταν με τον ασθενή (απουσία χρόνιας νόσου), με την οικογένεια (επιθυμία για επαγγελματική ψυχολογική στήριξη, γυναίκειο φύλο) και με το ιατρονοσηλευτικό

προσωπικό (απουσία τακτικών συναντήσεων ή χώρου αναμονής, αντικρουόμενες πληροφορίες).

Οι Callahan ¹⁸⁸ που μελέτησαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τόνισαν ότι η νόσος έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για το οικογενειακό τους περιβάλλον και πρότειναν ένα μοντέλο θεραπευτικής αντιμετώπισης που να μεριμνά και για τις οικογένειες των ατόμων (family-centered approach).

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν ότι η ανάγκη για ενημέρωση ήταν μεγαλύτερη στα άτομα με κατάθλιψη. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η στεφανιαία νόσος και η κατάθλιψη σχετίζονται με πολύπλοκες θεραπείες και σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών, γίνεται εύκολα αντιληπτό, γιατί αυτοί οι ασθενείς βιώνουν ως σημαντική την ανάγκη πληροφόρησης. Η έκφραση αυτής της ανάγκης παρέχει την ευκαιρία να συζητήσουν ανησυχίες, να αποσαφηνίσουν παρανοήσεις ή τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις για τη νόσο και τη θεραπεία της, επιτυγχάνοντας έτσι τη μείωση των φόβων τους.

Οι συνηθέστερες ανησυχίες που επιθυμούν να συζητούν με τους επαγγελματίες υγείας είναι ο φόβος της σωματικής αναπηρίας και των σκέψεων αυτοκτονίας ή επιθυμίας για θάνατο. Όσον αφορά το φόβο του θανάτου, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι βρίσκεται συχνά στο υπόβαθρο είτε εκφράζεται είτε όχι και για το λόγο αυτό η στάση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
1,22,23

Σύμφωνα με τους Teasdale και συν.,¹⁸⁹ η πληροφόρηση μπορεί να ενισχύσει την αντίληψη ελέγχου της νόσου, όταν προτείνει τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειας και των συμπτωμάτων της. Οι Eldh και συν.,¹⁹⁰ υποστήριξαν ότι η ενημέρωση βασισμένη στη λεπτομερή εκτίμηση των αναγκών των ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει ενδελεχή γνώση της νόσου, της θεραπευτικής αγωγής, της ανάγκης τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου και της διαχείρισης της κατάθλιψης, ώστε να ενισχύσει την ικανότητά τους στην αντιμετώπιση της νόσου και τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες. Οι ίδιοι ερευνητές τόνισαν, ότι η έλλειψη συστηματικής ενημέρωσης μέσω τμημάτων που ασχολούνται με τη δευτερογενή πρόληψη και την αποκατάσταση των ασθενών αποτελεί το κυριότερο αίτιο για την αποτυχία εφαρμογής των προτεινόμενων οδηγιών. Οι Davies και συν.,¹⁹¹ έδειξαν ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την πληροφόρηση τόσο

μειώνεται η βαθμολογία της εκτίμησης του άγχους και της κατάθλιψης με την κλίμακα HADS που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Οι Benjamin¹⁹², οι Tromp και συν.,¹⁹³ οι Johnson και συν.,¹⁴² και οι Theobald και συν.,¹⁵² έδειξαν ότι η παροχή ενημέρωσης δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην προφορική πληροφόρηση αλλά αντίθετα να συμπληρώνεται με γραπτή πληροφόρηση υπό τη μορφή πρωτοκόλλων ή άλλων ενημερωτικών εντύπων, φυλλαδίων ή οδηγιών, με τα οποία επιτυγχάνεται η διατήρηση της ενημέρωσης στο χρόνο.

Εκτενής αναφορά υπάρχει στη βιβλιογραφία ως προς την πηγή, το είδος και την έκταση της πληροφόρησης των ασθενών με στεφανιαία νόσο συμπεριλαμβανομένων και αυτών με κατάθλιψη. Οι Scott και συν.,¹⁵⁴ έδειξαν ότι η πηγή πληροφόρησης δηλ., το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό έχει αποτελέσει αντικείμενο διχογνωμίας αφού δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως στην κλινική πράξη εάν οι νοσηλευτές ως μια διεπιστημονική ομάδα θεωρούνται οι καταλληλότεροι για την παροχή πληροφόρησης. Οι Moret και συν.,¹⁵⁵ υποστηρίζουν ότι στο χώρο του νοσοκομείου απαιτείται καλή συνεργασία και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας ώστε να αποφεύγεται η επανάληψη περιττής πληροφόρησης. Η ασυμφωνία του προσωπικού ως προς το είδος και τον τρόπο της παρεχόμενης ενημέρωσης οδηγεί σε ασάφειες και συγκρουόμενες πληροφορίες, που αυξάνουν το άγχος που βιώνουν τόσο οι ασθενείς όσο και το περιβάλλον τους. Οι van Weert και συν.,¹⁹⁴ έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση προσοχή σε ανεπαρκείς, αόριστες και συγκρουόμενες οδηγίες ή οδηγίες που αλληλεπικαλύπτονται. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι συνήθως συμπίπτουν οι πληροφορίες που απορρέουν από τη λήψη ιστορικού, ενώ οι συχνότερες ελλείψεις αφορούν στη συναισθηματική στήριξη και στην ψυχική υγεία. Ο επαγγελματισμός των θεραπόντων ιατρών και νοσηλευτών και η πολιτική του φορέα νοσηλευτικού ιδρύματος (ιδιωτικός ή δημόσιος) ασκούν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα και στις διαστάσεις της παρεχόμενης πληροφόρησης.^{20,22,23}

Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών έχει δείξει ότι οι διαφορές που παρατηρούνται όσον αφορά την ανάγκη πληροφόρησης δεν σημαίνουν απαραίτητως ότι διαφέρουν οι ανάγκες αλλά πιθανά αντανακλούν την ικανότητα αποδοχής και κατανόησης της πληροφόρησης. Κάποιες πληροφορίες γίνονται αμέσως κατανοητές, ενώ κάποιες άλλες χρειάζονται επανάληψη. Άτομα που αδυνατούν να κατανοήσουν τη παρεχόμενη πληροφόρηση πρέπει να αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες υγείας και να λαμβάνεται μέριμνα μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.^{5,15-18,39-41}

Εκτός από την αναγκαιότητα εκτίμησης της υγείας του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, που προαναφέρθηκε, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι εξίσου σημαντική θεωρείται η ενημέρωση της οικογένειας των ασθενών κυρίως των συντρόφων τους, οι οποίοι συχνά θεωρούνται σημαντικοί «συνεργάτες» για τη φροντίδα τους. Οι ανάγκες πληροφόρησης των συντρόφων είναι διαφορετικές και πρέπει να αντιμετωπίζονται με την παροχή ξεχωριστής ενημέρωσης. Ένα άλλο πλεονέκτημα της ενημέρωσης των συντρόφων είναι ότι οι πάσχοντες αποφεύγουν την περιττή επανάληψη πληροφοριών και απαλλάσσονται από το έργο της αναμετάδοσης των πληροφοριών.¹⁸³⁻¹⁸⁶

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που απαιτεί ιδιαίτερη μέριμνα είναι η ενημέρωση των ασθενών για τη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής. Πράγματι, από τη ψυχιατρική τονίζεται ότι η ενημέρωση ως προς τη λήψη της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι μπορεί μεν η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής να αποτελεί την επικρατέστερη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ωστόσο τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν γίνονται ορατά πριν την επέλευση διαστήματος περίπου 3-6 βδομάδων. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι ότι η επαναφορά στην προνοσηρή τους κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας απαιτεί κάποιο χρονικό διάστημα το οποίο εξαρτάται παράλληλα από την προσωπικότητα του ατόμου και το βαθμό συμμόρφωσης προς το θεραπευτικό σχήμα.

Τέλος, η ανάγκη των ασθενών για επικοινωνία και εμπιστοσύνη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε να είναι ιδιαίτερα σημαντική στους ασθενείς που βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα υγιή άτομα.

Οι περισσότεροι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με την ανάγκη για επικοινωνία και εμπιστοσύνη με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με κατάθλιψη κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι μια αποτυχημένη επικοινωνία και εμπιστοσύνη ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα επαρκούς κατανόησης των ιατρικών οδηγιών, αποτρέπει την επίτευξη αρμονικής σχέσης, επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα και συμβάλλει κατά τα μέγιστα στην απόρριψη ή στη φτωχή αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας. Πολλές φορές, οι ασθενείς αξιολογούν αρνητικά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όταν αυτό στερείται ευγενούς λεκτικής

επικοινωνίας, εμπιστοσύνης φιλικότητας και θετικής προσωπικής προσέγγισης.
22,23,26-29,210-211

Επίσης, πολύ συχνά λόγω μη αποτελεσματικής επικοινωνίας και εμπιστοσύνης ανακύπτουν θέματα δυσαρέσκειας των ασθενών και καταγγελίες ή μηνύσεις για κακή ιατρική πρακτική. Σύμφωνα με τον Teutsch ³² οι κυριότεροι παράγοντες που πυροδοτούν παρεξηγήσεις και είναι δυνατόν να αυξήσουν τα επίπεδα κατάθλιψης αφορούν περισσότερο στην επικοινωνία και στη σχέση εμπιστοσύνης ασθενών και επαγγελματιών υγείας και λιγότερο σε θέματα που προκύπτουν από την τεχνική πλευρά της παροχής φροντίδας. Συνήθως, οι παρεξηγήσεις αποδίδονται στον ανεπαρκή χρόνο διάθεσης του προσωπικού, στην αποφυγή ενθάρρυνσης της έκφρασης των ασθενών, όπως επίσης και στην αδυναμία των ιδίων των επαγγελματιών υγείας για αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες. Μια άλλη αιτία που ευνοεί παρεξηγήσεις είναι η πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας, ότι οι φόβοι των ασθενών είναι δυσανάλογοι ή υπερβολικοί συγκρινόμενοι με το μέγεθος του προβλήματος. ^{22,23,26-29,210-211}

Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρονιότητα της νόσου αφενός μεν συνεπάγεται αύξηση των αναγκών του ασθενή, όπως επίσης αύξηση του φόβου αποξένωσης, απομόνωσης, απόρριψης, απώλειας ελέγχου, σωματικής αναπηρίας και θανάτου αφετέρου δε επιβάλλει μακρόχρονη σχέση, η οποία τείνει να γίνει σχέση εξάρτησης όσο αυξάνεται η βαρύτητά της. Σε περιπτώσεις στις οποίες η ιατρική κάλυψη δεν έχει να προσφέρει πολλά και υπάρχει μείωση της συχνότητας των επισκέψεων του θεράποντα ιατρού τότε οι φόβοι εγκατάλειψης ενισχύονται. Για τους λόγους αυτούς πρέπει να διερευνώνται οι εξής βασικοί παράμετροι : α) τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενή, β) οι ανάγκες του ασθενή, γ) οι δυνατότητες στήριξης από το περιβάλλον και δ) η προσωπικότητα του ασθενή που αντανακλά τον τρόπο που μπορεί να διαχειρισθεί τη νόσο και την κατάθλιψη. ^{1,22,23,195-202}

Η επίτευξη εμπιστοσύνης δεδομένης της ενημέρωσης και της υιοθέτησης υποστηρικτικής στάσης από τους επαγγελματίες υγείας επιτρέπει τη διερεύνηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης και αποτελεί παράγοντα-κλειδί για τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και τη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής. Δεδομένου, ότι η εμπιστοσύνη είναι μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης καλούνται οι επαγγελματίες υγείας να απορρίψουν την αυταρχική στάση και να καλλιεργήσουν επικοινωνιακές δεξιότητες. ³⁰⁻³⁷

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα που βρέθηκαν αναφορικά με την ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα. Πιθανά, οι ασθενείς βιώνουν ως σημαντική την ανάγκη για συμμετοχή στη φροντίδα επειδή αντιλαμβανόμενοι τη θέση «εξάρτησης» στην οποία βρίσκονται επιθυμούν τη μείωση του συναισθήματος της απώλειας ελέγχου της νόσου. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι ότι η συγκεκριμένη ανάγκη αντανακλά το βαθμό αποδοχής της πάθησης ή το βαθμό που οι ίδιοι νοιώθουν ικανοί να χειριστούν τη νόσο. Τέλος, η ανάγκη αυτή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των καλών διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών με χρόνια πάθηση.

Οι έρευνες που έχουν εκπονηθεί μετά το 1960 έχουν δείξει ότι το 80% των ασθενών με χρόνια νόσο συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με στεφανιαία νόσο και κατάθλιψη δεν συμμορφώνονται στις θεραπευτικές οδηγίες, ένα γεγονός, που αποτρέπει στη μεγιστοποίηση του οφέλους από τη φροντίδα. Οι DiMatteo και συν.,²⁰³ έδειξαν ότι οι καταθλιπτικοί καρδιοπαθείς έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην τηρούν τις οδηγίες των θεράποντων ιατρών σε σύγκριση με τους μη-καταθλιπτικούς ασθενείς.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η αποτυχία συμμόρφωσης των καταθλιπτικών ασθενών με στεφανιαία νόσο αφορά κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή. Ειδικότερα, το 8%-20% των καταθλιπτικών ασθενών μετά οξύ στεφανιαίο σύνδρομο διακόπτει τη λήψη καρδιολογικής αγωγής εντός 6 μηνών από την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι περισσότεροι ερευνητές προτείνουν μείωση της ποσότητας της καθημερινής φαρμακευτικής αγωγής (εφόσον αυτό είναι δυνατό), η οποία θα συμβάλλει στη τήρηση της θεραπείας.²⁰⁴⁻²⁰⁵ Οι Karner και συν.,¹⁶⁰ επεσήμαναν ότι η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Οι Ziegelstein και συν.,²⁰⁶ υποστήριξαν ότι η φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τον πιο πιθανό μηχανισμό που αιτιολογεί τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας που παρατηρείται στους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Σύμφωνα με τους Evangelista και συν.,⁶⁷ μερίδιο της ευθύνης έχει η αποτυχία ενίσχυσης της ενεργού συμμετοχής των πασχόντων στη θεραπευτική διαδικασία και η έλλειψη κινήτρου ώστε να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες για αλλαγή του τρόπου ζωής και παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατάληξαν οι Vieweg και συν.,²⁰⁷ που υποστήριξαν ότι η θεραπεία της κατάθλιψης στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη

χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, αλλά αντίθετα πρέπει να ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν ότι η επιστροφή στην εργασία μπορεί να μειώσει τα επίπεδα κατάθλιψης λόγω της ικανοποίησης που λαμβάνει ο ασθενής από την εργασία του και της αίσθησης ότι είναι πάλι δραστήριος.

Οι Clark και συν.,^{37,38} τόνισαν ότι η ενίσχυση της αυτοφροντίδας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη διαχείριση της κατάθλιψης, διότι ενισχύει το βαθμό προσαρμογής και αποδοχής της νόσου. Οι Jovicic και συν.,²⁰⁸ έδειξαν ότι η ενίσχυση της αυτοφροντίδας επιτυγχάνεται μέσω : α) προγραμμάτων εκπαίδευσης που ενισχύουν τη γνώση των ασθενών ως προς τη νόσο και τη θεραπεία της, β) προγραμμάτων συμπεριφοράς που ενδυναμώνουν τους ασθενείς και γ) ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην καλλιέργεια θετικών απόψεων , αντιλήψεων, στάσεων και συμπεριφορών.

Οι Enangelista και συν.,⁶⁷ υποστήριξαν ότι η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα και την επιθυμία των ιδίων των ασθενών να συμμετέχουν στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Οι Rieckmann και συν.,²⁰⁹ έδειξαν ότι η συμμόρφωση επιτυγχάνεται μόνον όταν οι ασθενείς αντιληφθούν ότι η προτεινόμενη θεραπεία είναι απολύτως αναγκαία, ασφαλής και αποτελεσματική και βιώνουν ως ικανοποιητική τη στήριξη που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας. Οι MacMahon και συν.,¹⁸¹ έδειξαν ότι οι ασθενείς όσο είναι νοσηλευόμενοι βιώνουν ασφάλεια επειδή βρίσκονται υπό την εποπτεία του προσωπικού όμως θεωρούν ότι μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, οι επαγγελματίες υγείας θα τους προσέξουν μόνον εάν οι ίδιοι είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να αναφέρουν τα συμπτώματα τους.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πολλοί ασθενείς αποτυγχάνουν να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα της ενεργούς συμμετοχής και αυτοφροντίδας. Η ανησυχία αυτή πιθανά οφείλεται στην αποτυχία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να κατανοήσει τις βαθύτερες ανάγκες τους, στη δυσκολία συνεργασίας σε διάφορα επίπεδα, όπως επίσης και στην ανικανότητα των ασθενών να χειριστούν και να αναγνωρίσουν προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα. Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την επιτυχία της συμμόρφωσης στη θεραπεία και γενικότερα στις οδηγίες που έχουν λάβει από τους επαγγελματίες υγείας είναι η ανεπαρκής ικανοποίηση των αναγκών για πληροφόρηση και εκπαίδευση. Συχνά, οι ασθενείς όχι μόνο αρνούνται να

συμμορφθούν επί μακρόν στις οδηγίες αλλά και δυσκολεύονται στην πρακτική εφαρμογή των γνώσεων που απέκτησαν.

Για την καλύτερη αξιολόγηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων πρέπει να συνεκτιμώνται και άλλοι παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο. Τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμορφώνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να έχουν πιο ενεργό συμμετοχή.
20,109-110, 204-205

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Δημητρέλη και συν.,²¹⁰ που διερεύνησε παράγοντες που σχετίζονται με τις συχνές επανεισαγωγές τονίζει ότι μέχρι και το 50% των επανεισαγωγών θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί, αφού οφείλονταν σε φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τη δίαιτα, σε ανεπαρκή παρακολούθηση, σε έλλειψη κοινωνικής στήριξης, στα προβλήματα μνήμης που μεταβάλλουν την ικανότητα για προσαρμογή στις απαιτήσεις της θεραπείας και σε μη έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας στην αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων. Από τα μέσα περίπου του 1990 ξεκίνησε η εφαρμογή προγραμμάτων παρακολούθησης των ασθενών, τα οποία είχαν ως σκοπό την ενίσχυση της συμμετοχής των ιδίων των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία και την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσω της εκπαίδευσης. Τα θετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών επιβεβαίωσε η μελέτη των Stewart και συν.,²¹¹ που έδειξε 30% μειωμένο κίνδυνο για θάνατο ή επανεισαγωγή, 10% διαφορά στην επιβίωση και 16% μείωση των μη προγραμματισμένων εισαγωγών στην ομάδα παρέμβασης.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι όροι «συμμόρφωση» και «αυτοφροντίδα» συχνά περιπλέκονται. Ως εκ τούτου, είναι χρήσιμο να τονισθεί ότι ως συμμόρφωση περιγράφεται η ικανότητα του πάσχοντα να τηρεί τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ ως αυτοφροντίδα περιγράφεται η συγκεκριμένη συμπεριφορά που οι πάσχοντες υιοθετούν για τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και γενικότερα τη διατήρηση της ευημερίας.

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης ίσως να έχουν ενθαρρυντικό χαρακτήρα καθώς έρχονται σε αντίθεση με τη συνήθη εικόνα του καταθλιπτικού ασθενή που κάθεται στην πολυθρόνα αρνούμενος οποιαδήποτε δραστηριότητα λόγω μειωμένης ενεργητικότητας ενώ δεν σταματά να σκέφτεται συνεχώς απαισιόδοξα σενάρια για το μέλλον.

Η ικανοποίηση όλων των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο αποτελεί πρόκληση για την επιστήμη της Ιατρικής και Νοσηλευτικής.

5.1. Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικό των ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Ελλάδα, αλλά ένα δείγμα ευκολίας. Αυτός ο τρόπος δειγματοληψίας περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Επίσης, το γεγονός ότι η μελέτη ήταν συγχρονική δεν επιτρέπει την ανάδειξη αιτιολογικής συσχέτισης ανάμεσα στη ψυχική υγεία των ασθενών (άγχος και κατάθλιψη) και τις ανάγκες τους.

Δεν πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας HADs στον πληθυσμό της παρούσης μελέτης.

Τέλος, το ποσοστό ατόμων που βίωναν άγχος ή κατάθλιψη ενδέχεται να έχει υποτιμηθεί λόγω της λήψης αγχολυτικών από ένα μερίδιο ασθενών, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

5.2. Συμπεράσματα

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου με τη μέθοδο της αναγνώρισης των αναγκών τους επιτρέπει τη βιοψυχοκοινωνική μεθοδολογική προσέγγιση και την αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Η συστηματική προσέγγιση του άγχους και της κατάθλιψης σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς μέσω της θέσπισης και εφαρμογής κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών ή ειδικών πρωτοκόλλων για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους είναι επιτακτική ανάγκη για την επιτυχή θεραπεία, τη μείωση των επανεισαγωγών και γενικότερα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

Για τους λόγους αυτούς θεωρείται απαραίτητη η δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων στο χώρο του νοσοκομείου που θα έχουν ως επίκεντρο δράσης την καλύτερη ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και την οργάνωση παρεμβατικών προγραμμάτων αποκατάστασης της ψυχικής τους υγείας

Η υιοθέτηση ενιαίων ερευνητικών μεθοδολογιών για τη βελτίωση της συλλογής των στοιχείων μεταξύ των χωρών θα βοηθήσει στη χάραξη πολιτικής για πρόληψη, αποτελεσματικότερη παρέμβαση και θεραπεία της κατάθλιψης.

Η πολιτεία πρέπει να κατανοήσει τα οικονομικά οφέλη από την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, όπως επίσης και από την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και να ενισχύει τέτοιου είδους παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Τον πληθυσμό της παρούσης μελέτης αποτέλεσαν 702 νοσηλευόμενοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής και σε δυο νοσοκομεία της επαρχίας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά περιελάμβανε την κλίμακα «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)» και ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που αφορούσε στην εκτίμηση των αναγκών των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τους συμμετέχοντες το 78,3% ήταν ηλικίας 50-80 χρόνων, το 71,4% ήταν παντρεμένοι, το 48,1% ήταν συνταξιούχοι, το 48,4% ήταν βασικής εκπαίδευσης και το 48,3% είχε 2 παιδιά. Ως προς τη διάγνωση, το 32,2% των συμμετεχόντων είχε έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) και το 27,1% καρδιακή ανεπάρκεια. Το 63,4% το πληθυσμού της μελέτης ελάμβανε φαρμακευτική θεραπεία, το 49,7% είχε ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και στο 43,8% συνυπήρχε άλλη νόσος. Το 25,5% των συμμετεχόντων βίωνε μέτρια επίπεδα άγχους και το 32,7% υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ το 19,1% βίωνε μέτρια επίπεδα κατάθλιψης και το 20,0% υψηλά επίπεδα. Όσον αφορά στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών σχετικά με τη ψυχική τους υγεία, βρέθηκε, ότι κανένα είδος από τις ανάγκες δεν σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το άγχος των ασθενών. Αντιθέτως, : α) η ανάγκη για στήριξη και καθοδήγηση, β) η ανάγκη για πληροφόρηση από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, γ) η ανάγκη για επικοινωνία με άλλες ομάδες ασθενών και εξασφάλιση συνθηκών για επικοινωνία με τους συγγενείς, δ) η ανάγκη για εξατομίκευση της φροντίδας και συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη φροντίδα, ε) η ανάγκη για κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά) και φυσικών αναγκών (όπως ξεκούραση, ύπνος, καλύτερες συνθήκες νοσηλείας), στ) η ανάγκη εμπιστοσύνης από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό συσχετιζονταν στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, $p < 0,001$. Επιπρόσθετα, η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι η κατάθλιψη συσχετιζονταν με τις ανάγκες των ασθενών ακόμα και μετά από τη διόρθωση για την ηλικία των ασθενών, το φύλο τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, τον τόπο διαμονής τους, τον τύπο του καρδιολογικού προβλήματος, το βαθμό ενημέρωσής τους για το καρδιολογικό τους πρόβλημα και τα έτη που πάσχουν από το συγκεκριμένο πρόβλημα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με στεφανιαία νόσο και η συστηματική προσέγγιση του άγχους και της κατάθλιψης πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας αφού επιτρέπουν την αποτελεσματική βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση των ασθενών και την καλύτερη έκβαση της νόσου.

Λέξεις –ευρετηρίου : στεφανιαία νόσο-ανάγκες ασθενών-άγχος-κατάθλιψη.

ABSTRACT

Effect of anxiety and depression on the needs of hospitalized patients with coronary disease

OBJECTIVE To explore the effect of anxiety and depression on the needs of hospitalized patients with coronary artery disease. **MATERIAL AND METHOD** The sample of the present study consisted of 702 hospitalized patients with coronary artery disease in four public hospitals of Attica and two rural ones. Data were collected by the completion of a questionnaire which apart from the demographic and clinical variables included the scale «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)» and a designed questionnaire for the assessment of patients' needs. The statistical analysis was conducted by using the statistical software SPSS 17. **RESULTS** From the participants, 78,3% were 50-80 years old, 71,4% married 48,1% pensioners, 48,4% of primary education, and 48,3% had 2 children. Regarding diagnosis, 32,2% of the participants had STEMI myocardial infraction and 27,1% had heart failure. The 63,4% of the sample-studied followed medicine treatment, 49,7% had family history of cardiovascular disease and in 43,8% co-existed other disease. 25,50% of the participants experienced moderate level of anxiety and 32,70% high level of anxiety, whereas 19,1% experienced moderate level of depression and 20,00% high level. Regarding the needs of hospitalized patients related to their mental health, it was found that no kind of needs was related statistically significant to patients' anxiety. On the contrary: a) the need for support and guidance, b) the need for information from the medical-nursing staff, c) the need for being in contact with other patient groups, and ensuring communication with relatives, d) the need for individualized treatment and for the patient's personal participation to his/her treatment e) the need to meet the emotional needs (e.g. anxiety, fear, loneliness) and the physical needs (such as relaxation, sleep, better conditions during hospitalization), and f) the need to trust the medical-nursing staff, were related to depression, $p < 0,001$. In addition, multiple linear regression revealed that depression is significantly associated with the needs of hospitalized patients even after controlling for patients' age, gender, marital status, region of residence, type of coronary artery disease, level of information and the years of the onset of the disease. **CONCLUSIONS** Assessment of the needs of patients with coronary artery disease and the systematic screening of anxiety and depression should be an integral part of their treatment since allows effective bio-psychological approach and better outcome of the disease.

Key words : coronary artery disease-patients' needs- anxiety –depression.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Χριστοδούλου ΓΝ και συν. Ψυχιατρική, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2005.
- 2) Taylor C., Lillis C., Le Mone Pr. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λεμονίδου Χρ., και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
- 3) Stevens A., Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ*. 1998;316(7142):1448-52.
- 4) James M. Towards an integrated needs and outcome framework. *Health Policy*. 1999;46(3):165–177. doi: 10.1016/S0168-8510(98)00064-5.
- 5) Robinson J., Elkan R. Health needs assessment, theory and practice. New York, Churchill Livingstone, 1996.
- 6) Davidson PM., Macdonald P., Moser DK., Ang E., Paull G., Choucair S., et al. Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemp Nurse*. 2007;25(1-2):50-61.
- 7) Davidson PM., Macdonald P., Ang E., Paull G., Choucair S., Daly J., et al. A case for consideration of cultural diversity in heart failure management--Part 1: Rationale for the DISCOVER Study. *Contemp Nurse*. 2004;17(3):204-10.
- 8) Davidson JE., Boyer ML., Casey D., Matzel SC., Walden CD. Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Crit Care Nurs Q*. 2008;31(2):119-26.
- 9) Seddon ME., Marshall MN., Campbell SM., Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care*. 2001;10(3):152-8.
- 10) Sofaer S., Crofton C., Goldstein E., Hoy E., Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serv Res*. 2005;40(6 Pt 2):2018-36.
- 11) Zalenski RJ., Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1120-7.
- 12) Ventegodt S., Merrick J., Andersen NJ. Quality of life theory III. Maslow revisited. *Scientific WorldJournal*. 2003;3:1050-7

- 13) Yang KS. Beyond Maslow's culture-bound linear theory: a preliminary statement of the double-Y model of basic human needs. *Nebr Symp Motiv.* 2003;49:175-255.
- 14) Wilkinson JR., Murray SA. Health needs assessment - Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ.* 1998;316(7143): 1524–1528.
- 15) Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:34.
- 16) Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health Quality Life Outcomes.* 2003;1: 26.
- 17) Hawe P. Needs assessment must become more change-focused. *Aust N Z J Public Health.* 1996;20(5):473-8.
- 18) Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Qual Life Outcomes* 2003, 1:57.
- 19) Bethell H., Lewin R., Dalal H. Cardiac rehabilitation in the United Kingdom. *Heart.* 2009;95(4):271-5.
- 20) Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Ζαχάκης Ι., Ηλιοπούλου Π., Κουτελέκος Ι., Κυρίτση Ε. Ανάγκες ασθενών με καρκίνο. *Νοσηλευτική*, 2010; 49(3) :236-245.
- 21) Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2009, Τόμος 9ος, Τεύχος 4^ο.
- 22) Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. *Διασυνδετική Ψυχιατρική*, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2009.
- 23) Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
- 24) Gilson L. Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *J Health Organ Manag.* 2006;20(5):359-75.
- 25) Hall MA., Dugan E., Zheng B., Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 2001;79(4):613–639.
- 26) Ridd M., Shaw A., Lewis G., Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):e116-33.

- 27) Beck RS., Daughtridge R., Sloane PD. Physician–patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(1):25–38.
- 28) Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003;1(3):134–143.
- 29) Pandhi N., Bowers B., Chen FP. A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Fam Med.* 2007;39(4):266–273.
- 30) Manderbacka K. Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. *Eur J Public Health.* 2005;15(6):634-9.
- 31) Lings P., Evans P., Seamark D., Seamark C., Sweeney K., Dixon M., Gray DP. The doctor-patient relationship in US primary care. *J R Soc Med.* 2003;96(4):180-4.
- 32) Teutsch C. Patient doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003;87(5):115-45.
- 33) Kondro W. Medical errors increasing because of complexity of care and breakdown in doctor-patient relationship, physician consultant says. *CMAJ.* 2010;182(13):E645-6.
- 34) Duffy FD., Gordon GH., Whelan G., Cole-Kelly K., Frankel R., Buffone N. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79(6):495-507.
- 35) Suarez-Almazor ME. Patient-physician communication. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16(2):91-5
- 36) Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χρ., Αγά Γ. Η ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. *e-Journal of Science & Technology (e-JST).* Ημερομηνία Πρόσβασης : 17-7-2010
- 37) Clark JC., Lan VM. Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Appl Nurs Res.* 2004;17(3):150-7.
- 38) Clark AM., Barbour RS., McIntyre PD. Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Adv Nurs.* 2002;39(6):589-98.

- 39) Czar ML., Engler MM. Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. *Heart Lung*. 1997;26(2):109-17.
- 40) Smith J., Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):662-71.
- 41) Chan AD., Reid GJ., Farvolden P., Deane ML., Bisailon S. Learning needs of patients with congestive heart failure. *Can J Cardiol*. 2003;19(4):413-7.
- 42) Guzman P., Sliepcevich E., Lacey E., Vitello E., Matten M., Woehlke P., et al. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns*, 1998; 12:225-33.
- 43) Βασιλοπούλου Γ., Αντωνίου Κ., Ιορδάνου Π. Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και την Ηπατίτιδα Β. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2009, Τόμος 8ος, Τεύχος 4^ο.
- 44) Johanssona K., Leino-Kilpia H., Salanterä S., Lehtikunnasa T., Ahonenb P., Elomaac L., et al. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective *Patient Education and Counseling*. 2003;51(3): 239–245.
- 45) Albert NM., Collier S., Sumodi V., Wilkinson S., Hammel JP., Vopat L., et al. Nurses' s knowledge of heart failure education principles. *Heart Lung*. 2002;31(2):102-12.
- 46) Ojanlatva A. Patient education in Finland. *Patient Educ Couns*. 2001;44(1):49–54.
- 47) Marvaki Chr., Gourni M., Karkouli G., Kossivas P., Pilatis N., Polikandrioti M. The role of education on behavioral changes to modifiable risks factors after myocardial infarction. *ICUSNURSWEB*. Issue 30-31. Website: www.nursing.gr. Accessed : 1-2-09.
- 48) Chien WT., Chiu YL., Lam LW., Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(1):39-50.
- 49) Visser A., Wismans M. Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward:

- communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Educ Couns.* 2010;78(3):402-8.
- 50) Πολυκανδριώτη Μ., Καλογιάννη Α. Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, τύπου ΙΙ. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2008 Τόμος 7ος, Τεύχος 2^ο.
- 51) Hindelang M. Patient education: ever so important--cardiac care teaching/learning strategies for the home healthcare nurse. *Home Healthc Nurse.* 2006;24(1):14-6.
- 52) Goodlin SJ., Trupp R., Bernhardt P., Grady KL., Dracup K. Development and evaluation of the "Advanced Heart Failure Clinical Competence Survey": a tool to assess knowledge of heart failure care and self-assessed competence. *Patient Educ Couns.* 2007;67(1-2):3-10.
- 53) Suter PM., Suter WN. Patient education. Timeless principles of learning: a solid foundation for enhancing chronic disease self-management. *Home Healthc Nurse.* 2008;26(2):82-8; quiz 89-90.
- 54) Knowles MS. *The adult learner: a neglected species.* 3rd ed. Houston: Gulf Publishing Company, 1989.
- 55) Gardetto NJ., Carroll KC. Management strategies to meet the core heart failure measures for acute decompensated heart failure: a nursing perspective. *Crit Care Nurs Q.* 2007;30(4):307-20.
- 56) Willette EW., Surrells D., Davis LL., Bush CT. Nurses' knowledge of heart failure self-management. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2007;22(4):190-5.
- 57) Johnson VD. Promoting behavior change: making healthy choices in wellness and healing choices in illness - use of self-determination theory in nursing practice. *Nurs Clin North Am.* 2007;42(2):229-41.
- 58) Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: background and intervention development. *Clin Nurse Spec.* 2009;23(3):161-70.
- 59) Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs* 2000;31(5):1165-73.
- 60) Cebeci F., Celik SS. Discharge training and counseling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs.* 2008;17(3):412-20.

- 61) Hill CA. Acute heart failure: too sick for discharge teaching? *Crit Care Nurs Q.* 2009;32(2):106-11.
- 62) Welstand J., Carson A., Rutherford P. Living with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(10):1374-85.
- 63) Gheorghiade M., Zannad F. Modern management of acute heart failure. *Eur Heart J.* 2005;7supplB:B7.
- 64) Kelly CW. Therapeutic enhancement: nursing intervention category for patients diagnosed with Readiness for Therapeutic Regimen Management. *J Clin Nurs.* 2008;17(7B):188-91.
- 65) MacInnes JD. The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: implications for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation. *Women Health.* 2005;42(4):105-21.
- 66) Byrne M., Campbell NC. Promoting behavior change in patients with coronary heart disease--a consensus study in two countries with different healthcare systems. *Eur J Gen Pract.* 2003;9(4):134-40
- 67) Evangelista L., Shinnick A-M. What do we know about adherence and Self care? *J Cardiovascular Nurs.* 2008;23(3):250-257.
- 68) Chui M., Deer MBS., Tu W., Oury S., Brater D. Association between adherence to diuretic therapy and health care utilization in patients with heart failure. *Pharmacotherapy*, 2003; 23(3):326-32.
- 69) Jiang X., Sit JW., Wong TK. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurs.* 2007;16(10):1886-97.
- 70) Yuval R., Halon DA., Lewis BS. Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: the patients' point of view. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(4):287-92.
- 71) Wang W., Chair SY., Thompson DR., Twinn SF. Health care professionals' perceptions of hospital-based cardiac rehabilitation in mainland China: an exploratory study. *J Clin Nurs.* 2009;18(24):3401-8.
- 72) Kehler D., Christensen B., Lauritzen T., Christensen MB., Edwards A., Bech Risør M. Cardiovascular-risk patients' experienced benefits and unfulfilled expectations from preventive consultations: a qualitative study. *Qual Prim Care.* 2008;16(5):315-25.

- 73) Kristofferzon ML., Löfmark R., Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs*. 2005 ;52(2):113-24.
- 74) Frasure-Smith N., Lespérance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Talajic M., et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000;101(16):1919-24.
- 75) Mookadam F., Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1514-8.
- 76) Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2008.
- 77) Δρίτσας Α. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου. Διαδικτυακή σελίδα: <http://helioseie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/499/10/M01.027.12.pdf>. Πρόσβαση : 17-7-2010.
- 78) Καραδήμας Ε. Κατάθλιψη, άγχος, θυμός/εχθρικότητα και σωματική υγεία, και πιθανοί ενδιάμεσοι μηχανισμοί. *Psychology*. 2005;12(3):404-429.
- 79) Πιτσιλίδης Μ. Κατάθλιψη και σχετιζόμενοι ψυχολογικοί παράγοντες στα καρδιακά νοσήματα. Διαδικτυακή σελίδα: http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?id=2442&category=16 Πρόσβαση : 17-7-2010.
- 80) Στεφανάτου Α. Κατάθλιψη και καρδιά. Διαδικτυακή σελίδα : http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=7490. Πρόσβαση : 17-7-2010.
- 81) Χριστοδούλου ΓΝ. Κατάθλιψη. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2005.
- 82) Grippo AJ., Johnson AK. Stress, depression and cardiovascular dysregulation: a review of neurobiological mechanisms and the integration of research from preclinical disease models. *Stress*. 2009;12(1):1-21.
- 83) Musselman D., Evans D., Nemeroff Ch. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:580-592.
- 84) Dornelas EA., Burg MM. Treatment of depression in patients with coronary artery disease. *JAMA*. 2007;297(17):1879-80.
- 85) Mosovich SA., Boone RT., Reichenberg A., Bansilal S., Shaffer J., Dahlman K., et al. New insights into the link between cardiovascular disease and depression. *Int J Clin Pract*. 2008;62(3):423-32.

- 86) Lett HS., Blumenthal JA., Babyak MA., Sherwood A., Strauman T., Robins C., Newman MF. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med.* 2004;66(3):305-15.
- 87) Kop WJ., Ader DN. Assessment and treatment of depression in coronary artery disease patients. *Ital Heart J.* 2001;2(12):890-4.
- 88) Bonnet F., Irving K., Terra JL., Nony P., Berthezène F., Moulin P. Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis.* 2005;178(2):339-44.
- 89) Kemp AH., Quintana DS., Gray MA, Felmingham KL, Brown K, Gatt JM. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: A review and meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2010; 67(11):1067-74.
- 90) Moser D. The Rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care.* 2007;16(4):361-69.
- 91) Dragano N., Wege N. Supplement : Detailed description of the relations between CVD and mental ill health. Website: <http://www.enwhp.org/fiadmin/downloads>. Accessed :1-10-2010.
- 92) Janeway D. An integrated approach to the diagnosis and treatment of anxiety within the practice of cardiology. *Cardiol Rev.* 2009;17(1):36-43.
- 93) Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361-370
- 94) Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A., Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer,* 2004; 12:821-825.
- 95) Michopoulos I., Douzenis A., Kalkavoura C., Christodoulou C., Michalopoulou P., Kalemis G., et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry* 2008, 7:4
- 96) Kristjandottir G. Perceived importance of Needs expressed by parents of hospitalized two to six years old. *Scand J Caring Sci.* 1995;9(2):95-103.
- 97) Kyritsi H., Matziou V., Perdicaris P., Evagelou H. Parents' needs during their child's hospitalization. *ICUS Nurs Web J* 2005, 23:1-9.
- 98) Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. Ικανοποίηση αναγκών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού,* 2010;9(4):398-408.

- 99)Μερκούρης Α. Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996.
- 100)Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin* 1999; 13(3):106-108.
- 101)Makinen M., Waters H., Rauch M., Almagambetova N., Bitran R., Gilson L., et al. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bull World Health Organ.* 2000;78(1):55-65.
- 102)Rees K., Bennett P., West R., Davey SG., Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD002902.
- 103)Rozanski A., Blumenthal JA., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999;99(16):2192-217.
- 104)Bunker SJ., Colquhoun DM., Esler MD., Hickie IB, Hunt D., Jelinek VM., et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust.* 2003;178(6):272-6.
- 105)Sirois BC., Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behav Modif.* 2003;27(1):83-102.
- 106)Kubzansky LD., Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res.* 2000;48(4-5):323-37.
- 107)Gallagher R., McKinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *J Adv Nurs.* 2009;65(11):2386-96.
- 108)Roest A., Martens E., deJonge P., Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 56, No. 1, 2010.
- 109)Polikandrioti M., Christou A., Morou Z., Kotronoulas G., Evagelou H., Kyritsi H., et al. Depression in patients with congestive failure. *Health Science Journal.* 2010, Vol. 4, Issue 1.

- 110) Πολυκανδριώτη Μ., Βουλγαρίδου Κ., Θεμελή Α., Γαλύφα Δ., Λιάπη Ε., Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*. 2009;48(1):94-104.
- 111) Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*. 2004;13(1):63-72.
- 112) Faller H., Störk S., Schuler M., Schowalter M., Steinbüchel T., Ertl G., et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure--a structural equation modeling approach. *Card Fail*. 2009;15(4):286-292.e2.
- 113) Stanek B. Optimizing management of patients with advanced heart failure. The importance of preventing progression. *Drugs Aging*, 2000;16(2): 87-106.
- 114) Riegel BJ. Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coron Artery Dis*. 1993;4(2):215-20.
- 115) Boyle SH., Michalek JE., Suazer EC. Co variation of psychological attitudes and incident coronary heart disease in US. Airforce veterans of the Vietnam war. *Psychosom Med* 2006;68(6):844-50.
- 116) Pena FM., da Silva Soares J., Paiva BT., Piraciaba MC., Marins RM., Barcellos AF., et al. Socio-demographic factors and depressive symptoms in hospitalized patients with heart failure. *Exp Clin Cardiol*. 2010;15(2):e29-32.
- 117) Amin A., Jones A., Nugent K., Rumsfeld J., Spertus J. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary artery disease. *Am Heart J*. 2006;152:928-934.
- 118) Lane DA., Chong AY., Lip GY. Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD003329.
- 119) Mainio A., Hakko H., Räsänen P., Timonen M. Cardiovascular Diseases among Suiciders: A Population-Based Study in Northern Finland Population. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2010;2010. pii: 302102.
- 120) Frasure-Smith N., Lespérance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Talajic M., et al. Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *Psychosom Res*. 2000;48(4-5):471-8.
- 121) Doyle F., McGee H., DelaHarpe D., Shelley E., Conroy R. The Hospital Anxiety and Depression subscale but not the Beck Depression Inventory fast

- scale identifies patients with acute coronary syndrome at elevated risk of one year mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006;60:461-7.
- 122)Gwadry-Sridhar FH., Flintoft V., Lee DS., Lee H., Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2004;164(21):2315-20.
- 123)Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women. *Maturitas*. 2009;63(3):186-90.
- 124)Low CA., Thurston RC., Matthews KA. Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosom Med*. 2010;72(9):842-54.
- 125)Nguyen HL., Saczynski JS., Gore JM., Goldberg RJ. Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):82-92.
- 126)Hart PL. Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. *Cardiovasc Nurs*. 2005;20(3):170-6.
- 127)Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(1):29-35.
- 128)Taylor SE., Klein LC., Lewis BP., Gruenewald TL., Gurung RA., Updegraff JA. Bio-behavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev*. 2000;107(3):411-29.
- 129)Klein LC., Corwin EJ. Seeing the unexpected: how sex differences in stress responses may provide a new perspective on the manifestation of psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4(6):441-8.
- 130)Sundel K-L., Stain-Malmgren R., Andersson A., Aberg-Wistedt A., Schenck-Gustafsson K. High frequency of anxiety and angina pectoris in depressed women with coronary artery disease. *Gender Medicin*. 2007, Vol 4, No 2.
- 131)Caulin-Glaser T., Blum M., Schmeizl R., Prigerson HG., Zaret B., Mazure CM. Gender differences in referral to cardiac rehabilitation programs after revascularization. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001;21(1):24-30.
- 132)Sanderson BK., Bittner V. Women in cardiac rehabilitation : Outcomes and identifying risk for drop-out. *Am Heart J*. 2005;150:1052-58.
- 133)Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Horm Behav*. 2006;50(4):534-8.

- 134)Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(3):621-72.
- 135)Bankier B., Littman AB. Psychiatric disorders and coronary heart disease in women -- a still neglected topic: review of the literature from 1971 to 2000. *Psychother Psychosom.* 2002;71(3):133-40.
- 136) Ντόκου Μ., Πολυκανδριώτη Μ., Λάγγας Δ., Παναγιωτόπουλος Τ. Μεσοκοιλιακή-Μεσοκοιλιακή επικοινωνία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2009, Τόμος 8, Τεύχος 2^ο.
- 137) Asadi-Lari M., Packham C., Cray D. Psychometric properties of new health needs analysis tool designed for cardiac patients. *Public Health.* 2005;119(7):590-98.
- 138)Okkonen E., Vanhanen H. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with coronary artery by pass surgery. *Heart Lung.* 2006;35(4):234-44.
- 139)Scherer M., Himmel W., Stanske B., Scherer F., Koschack J., Kochen M., et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure. *British Journal of General Practice*, 2007.
- 140)Riegel Bl., Dracup KA. Does overprotection cause invalidism after acute myocardial infraction? *Heart Lung* 1992;21(6):529-35
- 141)Joekes K., Maes S., Warrens M. Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *Br J Health Psychol.* 2007;12(Pt 4):473-89.
- 142)Johnson A., Sandford J., Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003716.
- 143)Ivarsson B., Larsson S., Lühns C., Sjöberg T. Patients perceptions of information about risks at cardiac surgery. *Patient Educ Couns.* 2007;67(1-2):32-8.
- 144)Moret L., Rochedreux A., Chevalier St., Lombrail P., Gasquet I. Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 2008;70(1):94-101.

- 145) Kelly J. Evidence-based care of a patient with a myocardial infarction. *Br J Nurs*. 2004 ;13(1):12-8.
- 146) Worth A., Tierney AJ., Watson NT. Discharged from hospital: should more responsibility for meeting patients and caregivers' information needs now be shouldered in the community? *Health Soc Care Community* 2000;8:398– 405.
- 147) Henriksen E., Rosenqvist U. Understanding cardiac follow-up services—a qualitative study of patients, healthcare professionals, and managers. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(2):95– 104.
- 148) Jickling J., Graydon J. The information needs at time of hospital discharge of male and female undergone coronary artery by pass. *Heart and Lung Ed. Mosby-Year book*, 1997.
- 149) Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίτση Ε., Κουκουλάρης Δ., Ευαγγέλου Ε., Τσάμη Α., Γκούβελου Γ. Διερεύνηση του περιστασιακού και μόνιμου άγχους σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. *Νοσηλευτική*. 2005;44 (4): 490-8.
- 150) Denton TA., Fonarow GC., LaBresh KA., Trento A. Secondary prevention after coronary by-pass; The American Heart Association “Get with the guidelines program. *Ann Thorac Surgery*. 2003;75(3):758-60.
- 151) Doering LV., McGuire AW., Rourke D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *Am J Crit Care*. 2002;11(4):333-43.
- 152) Theobald K., McMurray C. Coronary artery by pass graft surgery : discharge planning for successful recovery. *J Adv Nurse*. 2004;47:483-91.
- 153) Shepperd S., Parkes J., McClaren J., Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004: CD000313.
- 154) Scott JT., Thompson DR. Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2003;50(2):167-77.
- 155) Timmins F. A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nurs Crit Care*. 2005;10(4):174-83.
- 156) Timmins F., Kaliszer M. Informational needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiology Nursing*. 2003;2(1):57-65.
- 157) Μπροκαλάκη-Παναουδάκη Η. Ο Ρόλος του Διαδικτύου στην Ενημέρωση των Ασθενών: Μια Σύγχρονη Πρόκληση για τους Λειτουργούς Υγείας. *Νοσηλευτική*. 2009;48(2):133–135.

- 158) Γιακουμιδάκης Κ., Μπροκαλάκη-Παναουδάκη Η. Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση Αορτοστεφανιαίας Παράκαμψης. Νοσηλευτική. 2009;48(2):164–172.
- 159) Hanssen TA., Nordrehaug JE., Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4(1):37-44.
- 160) Karner A., Goranson A., Bergdahl B. Conceptions on treatment and life-style in patients with coronary artery disease – a phenomenographic analysis. *Patient Education and Counseling*, 2002;(47):137-143.
- 161) Lauck S., Johnson J., Ratner P. Self-care and factors associated with patients outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiology Nursing*, 2009(8):190-99.
- 162) Campbell M., Torrance C. Coronary angioplasty : impact on risk factors and patients; understanding of the severity of their conditions. *Aust J Adv Nurse.* 2005;22(4):26-31.
- 163) Kattainen E., Merilainen P., Jokela V. CABG and PTCA patients' expectations of informational support in health related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004;3(2):149-163.
- 164) Lindsay G., McHugh F., Brown M., Wheatley D. Implementing research in nurse- led care. *Nurs Times* 1998;94(50):46-7.
- 165) Koivunen K., Isola A., Lukkarinen H. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *J Clin Nurs.* 2007;16(4):688-97.
- 166) Flemme I., Bolse K., Ivarsson A., Jinhage BM., Sandstedt B., Edvardsson N., et al. Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):563-72.
- 167) Fridlund B., Lindgren EC., Ivarsson A., Jinhage BM., Bolse K., Flemme I., et al. Patients with implantable cardioverter-defibrillators and their conceptions of the life situation: a qualitative analysis. *J Clin Nurs.* 2000;9(1):37-45.
- 168) Zayac S., Finch N. Recipients' of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived adaptation: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009;21(10):549-56.

- 169)Sears SF., Todaro JF., Urizar G., Lewis TS., Sirois B., Wallace R., Sotile W., et al. Assessing the psychosocial impact of the ICD: a national survey of implantable cardioverter defibrillator health care providers. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2000;23(6):939-45.
- 170)Freedenberg V., Thomas SA., Friedmann E. Anxiety and depression in implanted cardioverter-defibrillator recipients and heart failure: a review. *Heart Fail Clin.* 2011;7(1):59-68.
- 171)Barry LC., Kasl SV., Lichtman J., Vaccarino V., Krumholz HM. Social support and change in health –related quality of life 6 months after coronary artery by-pass grafting. *J Psychosom Res.* 2006;60(2):185-93.
- 172)Shimbo D., Davidson KW., Haas DC., Fuster V., Badimon J. Negative impact of depression on outcomes in patients with coronary artery disease: mechanisms, treatment considerations, and future directions. *J Thromb Haemost.* 2005;3(5):897-908.
- 173)Lavoie KL., Fleet RP. The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: review for cardiologists. *Can J Cardiol.* 2000;16(5):653-62.
- 174)Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs.* 2006 Sep-Oct;21(5 Suppl 1):S2-7; quiz S8-9.
- 175)Murberg TA., Bru E. Social relationship and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res* 2001;51:251-7.
- 176)Stafford L., Berk M., Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Psychosom Res.* 2009;66(3):211-20.
- 177)Krumholz HM., Butler J., Miller J., Vaccarino V, Williams CS., Mendes de Leon CF., Seeman TE., et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 1998;97(10):958-64.
- 178)Penninx BW., VanTilburg T., Boeke AJ., Deeg DJ., Kriegsman DM., van Eijk JT. Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms : different for various chronic disease? *Health Psychology* 1998; 17(6):551-8.

- 179) Wang Hui-X., Mittleman M., Orth-Gomer K. Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 2005;(60):599-607.
- 180) Lett H., Blumenthal J., Babyack M., Strauman T., Robins C., Sherwood A. Social Support and coronary heart disease : Epidemiological evidence and implications for treatment . *Psychometric Medicine*, 2005;(67):869-878.
- 181) MacMahon K., Lip G. Psychological factors in heart failure. *Arch Intern Med*. 2002;162(5): 509-516.
- 182) Astin F., Atkin K., Darr A. Family support and cardiac rehabilitation : comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's loving in the United Kingdom. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 2008 7:43-51.
- 183) Young E., Eddleston J., Ingleby S., Streets J., McJanet L, Wang M, Glover L. Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Med*. 2005;31(1):86-91.
- 184) Kettunen S., Solovieva S., Laamanen R., Santavirta N. Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. *J Adv Nurs* 1999;30(2):479–88.
- 185) McLean S., Timmins F. An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nurs Crit Care*. 2007;12(3):141-50.
- 186) Heitman LK. Social support and cardiovascular health promotion in families. *J Cardiovasc Nurs*. 2004;19(1):86-91.
- 187) Pochard F., Darmon M., Fassier T., Bollaert PE., Cheval C., Coloigner M., et al. French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005;20(1):90-6.
- 188) Callahan HE. Families dealing with advanced heart failure: a challenge and an opportunity. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26(3):230-43.
- 189) Teasdale K. Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. *J. Adv. Nurs*. 1995;22(1):79-86.
- 190) Eldh AC., Ekamn I., Ehnfors M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics*. 2006;13(5):501-14.

- 191) Davies N. Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):318-26.
- 192) Benjamin DM. Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*. 2003;43(7):768-83.
- 193) Tromp F., Dulmen S., Weert J. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs*. 2004;47(2):212-22.
- 194) van Weert J., van Dulmen S., Bär P., Venus E. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Educ Couns*. 2003;49(2):105-14.
- 195) Luttik ML., Jaarsma T., Moser D., Sanderman R., van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(3):162-9.
- 196) Kazemi-Saleh D., Pishgou B., Farrokhi F., Assari S., Fotros A., Naser H. Gender impact on the correlation between sexuality and marital relation quality in patients with coronary artery disease. *J Sex Med*. 2008;5(9):2100-6.
- 197) Sowell LV., Sears SF Jr., Walker RL., Kuhl EA., Conti JB. Anxiety and marital adjustment in patients with implantable cardioverter defibrillator and their spouses. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2007;27(1):46-9.
- 198) Blom M., Georgiades A., László KD., Alinaghizadeh H., Janszky I., Ahnve S. Work and marital status in relation to depressive symptoms and social support among women with coronary artery disease. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(9):1305-16.
- 199) McKinstry B., Ashcroft RE., Car J., Freeman GK., Sheikh A. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD004134.
- 200) Sepucha KR., Fagerlin A., Couper MP., Levin CA., Singer E., Zikmund-Fisher BJ. How does feeling informed relate to being informed? The DECISIONS survey. *Med Decis Making*. 2010;30(5 Suppl):77S-84S.
- 201) Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Chandola T., Jones P. Factors relating to patients' reports about hospital care for coronary heart disease in England. *J Health Serv Res Policy*. 2003;8(2):83-6.
- 202) Goodman H., Davison J., Preedy M., Peters E., Waters P., Persaud-Rai B., Shuldham C., et al. Patient and staff perspective of a nurse-led support

- programme for patients waiting for cardiac surgery: participant perspective of a cardiac support programme. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(1):67-73.
- 203) DiMatteo MR., Giordani PJ., Lepper HS., Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care.* 2002;40(9):794-811.
- 204) Sud A., Kline-Rogers EM., Eagle KA., Fang J., Armstrong DF., Rangarajan K., et al. Adherence to medications by patients after acute coronary syndromes. *Ann Pharmacother.* 2005;39(11):1792-7.
- 205) Munger MA., Van Tassel BW., LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *Med GenMed.* 2007;9(3):58.
- 206) Ziegelstein RC., Fauerbach JA., Stevens SS., Romanelli J., Richter DP., Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2000;160(12):1818-23.
- 207) Vieweg V., Julius D., Fernandez A., Wulsin L., Mohanty P., Beatty- Brooks M., Hasnain M., et al. Treatment of depression in patients with coronary artery disease. *AJM.* 2006;119:567-573.
- 208) Jovicic A., Holroyd-Leduc J., Straus S. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure : a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord,* 2006;6: 43.
- 209) Rieckmann N., Gerin W., Kronish IM., Burg MM., Chaplin WF., Kong G., et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(11):2218-22.
- 210) Δημητρώλης Δ., Αγγελή- Κρασιδιώτη Γ. Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική,* 2006;45(1):41-49.
- 211) Stewart S., Horowitz J. Home-based interventions in congestive heart failure. Long term implications on readmission and survival. *Circulation* 2002, 105:2861-2866.

ΛΙΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μ. Πολυκανδριώτη, Ι. Γουδέβενος, Λ. Μιχάλης, Σ. Πατσιλινάκος, Β. Νικολάου, Χ. Ολύμπιος, Χ. Δηλανάς, Β. Βοττέας, Σ. Ζόμπολος, Μ. Ελισάφ
Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012;29(1):33-43.
2. Polikandrioti M, Goudevenos I, Michalis L, Nikolaou V, Dilanas Ch, Olympios Ch, Votteas V, Elisaf M. Validation and reliability analysis of the questionnaire “Needs of hospitalized patients with coronary artery disease”. Health science journal. 2011;5(2):137-148.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Polikandrioti M. Needs of depressed patients with coronary artery disease. Editorial Article : Health science journal. 2011;5(4) :241-242.
2. Polikandrioti M.. Stress, atherosclerosis and coronary artery. Editorial Article : Health science journal. disease. 2011;5(1):1-2.
3. Μ. Πολυκανδριώτη. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού.2011;10(4):439-440.
4. Μ. Πολυκανδριώτη. Ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2010;9(4):395-397.