



Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κατάθλιψη και τήρηση θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια

Πάντζιου Αικατερίνη

A.M.: 13

Επιβλέπουσα

Λουμάκου Μαρία, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Δημοτικής
Εκπαίδευσης

Μέλη Τριμελούς

Σταλίκας Αναστάσιος, Καθηγητής, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας

Κλεφτάρας Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα
Ειδικής Αγωγής

Βόλος, 2013

[3]

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Λουμάκου Μαρία, για την υπομονή και πολυεπίπεδη αμεσότητα με την οποία αντιμετώπισε την συνεργασία μας για την εκπόνηση αυτής εργασίας. Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της δεν θα είχε επιτευχθεί η ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ, επίσης, τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ.κ. Σταλίκια Αναστάσιο και Κλεφτάρα Γεώργιο και ζητώ την κατανόηση τους για την καθυστέρηση ολοκλήρωσης των υποχρεώσεων μου.

Ευχαριστώ θερμά την Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου για την ζεστή φιλοξενία. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον Συντονιστή Διευθυντή του τμήματος κ. Τσακνάκη Θεμιστοκλή και τον Διευθυντή Καρδιολόγο κ. Δούρα Αλέξανδρο, η βοήθεια των οποίων υπήρξε εξαιρετικά πολύτιμη. Τέλος, ευχαριστώ όλους όσους δέχθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα.

Πάντζιου Αικατερίνη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλειοψηφία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια δεν προσέρχεται στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας μόνο για το συγκεκριμένο νόσημα. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζονται στους γιατρούς διαμαρτυρόμενοι για ένα σύνολο συμπτωμάτων που αντανακλούν το πώς αισθάνονται οι ίδιοι, με την ερώτηση τι μπορούν να κάνουν για αυτό, ενώ κάποιοι άλλοι οδηγούνται στους επαγγελματίες υγείας γιατί το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον ανησυχεί γι' αυτούς. Επομένως, το καθήκον του γιατρού είναι να αποκωδικοποιήσει τα αναφερόμενα συμπτώματα, προκειμένου να εντοπίσει την επιδείνωση της νόσου. Ωστόσο, πολλοί κλινικοί αναγνωρίζουν ότι αρκετά συμπτώματα ελάχιστα σχετίζονται με εντοπίσιμες σωματικές διαταραχές, γεγονός που περιπλέκει την διαγνωστική διαδικασία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, παρά την σημαντική βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και παρά την ανάπτυξη ειδικών διαγνωστικών εργαλείων, όπως ο υπέρηχος καρδιάς, η αγγειογραφία και το πλάσμα BNP, οι γιατροί διαπιστώνουν ότι δεν είναι δυνατό να ταυτοποιήσουν την κλινική με την εργαστηριακή εικόνα. Κατά συνέπεια, δημιουργείται ένα διαγνωστικό κενό που οδηγεί την ιατρική κοινότητα να αρχίζει να σκέφτεται πιθανές εναλλακτικές λύσεις. Σε αυτή την προσπάθεια κατανόησης και επίλυσης του προβλήματος, φαίνεται πως οι εμπειρίες και ο μοναδικός τρόπος που κάθε ασθενής βιώνει τα συμπτώματά του μπορεί να είναι βοηθητικά, αντανακλώντας την ανάγκη ολιστικής αντιμετώπισης του νοσήματος (Ekman et al., 2005).

Στην βιβλιογραφία φαίνεται ότι η διερεύνηση του θέματος έχει δείξει ότι η πιο ισχυρή συννοσηρότητα, ως προς την επίδραση του πως οι ασθενείς βιώνουν τα συμπτώματά τους, είναι η συννοσηρότητα κατάθλιψης και καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, παραμένει αδιευκρίνιστο πως επιδρά η κατάθλιψη στην υιοθέτηση, από τους ασθενείς συμπεριφορών που δυνητικά οδηγούν σε επιδείνωση της υγείας τους, όπως η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες. Η παρούσα έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση της σχέσης της κατάθλιψης στην συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες.

Καρδιακή Ανεπάρκεια: Ορισμός- Αίτια- Συμπτώματα

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι ένα χρόνια κλινικό σύνδρομο γνωστό ήδη στην αρχαία Αίγυπτο και τους πρώτους Ελληνικούς πολιτισμούς. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η αναγνώριση του ως συνδρόμου χρονολογείται από παλιά, οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για την περιγραφή του έχουν τροποποιηθεί με την πάροδο του χρόνου. Αυτές οι τροποποιήσεις οφείλονται στην ανακάλυψη νέων πληροφοριών για το νόσημα με διάφορους τρόπους. Η κλινική παρατήρηση, οι έρευνες με πειραματόζωα, η χρήση της μοριακής βιολογίας, ο καθορισμός του ανθρώπινου χρωματοσώματος, οι απεικονιστικές τεχνικές κ.α. είναι μερικοί σημαντικοί τρόποι εισόδου νέων πληροφοριών στην μελέτη της ΚΑ και εν γένει στο σύνολο της ιατρικής επιστήμης. Ένας γενικά αποδεκτός, όσο και σχετικά σύγχρονος ορισμός του συνδρόμου, έχει προταθεί από τον Philip Poole-Wilson, το 1985, όπου η ΚΑ ορίζεται ως «ένα κλινικό σύνδρομο που προκαλείται από καρδιακή διαταραχή και αναγνωρίζεται από ένα χαρακτηριστικό τύπο αιμοδυναμικών, νευρικών και ορμονικών αντιδράσεων» (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Από παθοφυσιολογικής πλευράς, αυτό που συμβαίνει όταν εγκατασταθεί καρδιακή ανεπάρκεια, είναι ότι η καρδιά αδυνατεί να παρέχει επαρκή ποσότητα οξυγονωμένου αίματος για να καλύψει τις ανάγκες αιμάτωσης των ιστών ή μπορεί να το πετύχει μόνο σε αφύσικα υψηλές ενδοκαρδιακές πιέσεις πλήρωσης. Στην ουσία πρόκειται για την συμπτωματική εκδήλωση της ανικανότητας της καρδιάς να ανταποκριθεί στις μεταβολικές ανάγκες των ιστών του σώματος.

Τα κυριότερα αίτια της ΚΑ είναι αλλοιώσεις του μυοκαρδίου σε κυτταρικό επίπεδο από ισχαιμία ή λοιμώξεις, οι φυσιολογικές αλλαγές αυτού ως απάντηση σε μακροχρόνια φόρτιση πίεσης ή όγκου και η αντικατάσταση του από παθολογικούς ιστούς στα διάφορα διηθητικά νοσήματα. Σε βλάβη του μυοκαρδίου ή σε παρατεταμένες αυξήσεις του όγκου φορτίου ή/και της πίεσης, η καρδιά απαντά με μια σειρά από αρχετυπικές αλλαγές στην δομή της, γνωστές ως καρδιακή αναμόρφωση. Η διαδικασία αυτή συχνά είναι δυναμική και εξελίσσεται παρά την άρση του αρχέγονου ερεθίσματος οδηγώντας σε αύξηση του όγκου των καρδιακών κοιλοτήτων και της μυϊκής μάζας, καθώς και αυξημένη απόθεση εξωκυττάριας ουσίας. Σημαντική είναι η επίδραση της αναμόρφωσης στην κλινική πορεία. Αυξήσεις στους ενδοκοιλιακούς όγκους συνοδεύονται από αυξημένα ποσοστά ΚΑ, νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Στους ανεξάρτητους παράγοντες για την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας συμπεριλαμβάνονται η ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας, η στεφανιαία αρτηριακή νόσος και οριακά η παχυσαρκία (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Συνήθη συμπτώματα είναι δύσπνοια κατά την κόπωση, ακόμη και σε ηρεμία, κατακράτηση υγρών με οίδημα των κάτω άκρων ή και ανα σάρκας, πνευμονικό οίδημα, γενική αδυναμία, αίσθηση κόπωσης (Greenberg & Hermann, 2004).

Ταξινόμηση Καρδιακής Ανεπάρκειας κατά NYHA

Η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία και το Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολογίας σε συμφωνία και με την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία έχουν δημιουργήσει ένα σύστημα αξιολόγησης της κλινικής κατάστασης στην Καρδιακή Ανεπάρκεια τεσσάρων βαθμίδων. Τα συμπτώματα παραδοσιακά κατατάσσονται σύμφωνα με την ταξινόμηση της Καρδιολογικής Εταιρείας της Νέας Υόρκης (New York Heart Association-NYHA) (Greenberg & Hermann, 2004). Στην ταξινόμηση αυτή το νόσημα αντιμετωπίζεται σαν μια προϊούσα διαταραχή με αυξανόμενη λειτουργική έκπτωση και οι πάσχοντες ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους κατατάσσονται στο αντίστοιχο στάδιο. Αν η κλινική εικόνα, λόγω της φυσικής ιστορίας του νοσήματος ή ανεξαρτήτων παραγόντων (π.χ. νέο έμφραγμα ή και μη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες), επιδεινωθεί ο πάσχων κατατάσσεται σε επόμενο στάδιο NYHA. Αν αντίθετα, η κλινική εικόνα βελτιωθεί ο ασθενής γυρίζει σε προηγούμενο NYHA στάδιο. Οι ασθενείς σύμφωνα με αυτή την κατάταξη ταξινομούνται ως εξής:

☞ NYHA Class I: η συνήθης σωματική δραστηριότητα δεν προκαλεί δύσπνοια ή κόπωση. Κανένας περιορισμός σωματικής δραστηριότητας.

☞ NYHA Class II: η συνήθης σωματική δραστηριότητα προκαλεί κόπωση, δύσπνοια. Μικρός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας.

☞ NYHA Class III: μικρότερη του κανονικού σωματική δραστηριότητα προκαλεί δύσπνοια ή κόπωση. Σημαντικός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας.

☞ NYHA Class IV: αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε σωματικής δραστηριότητας χωρίς δυσφορία. Συμπτώματα και σε ηρεμία.

Αξιολογώντας τα συμπτώματα κατά την κλίμακα NYHA, οι θεράποντες πρέπει να προσπαθήσουν να διατηρήσουν ένα πλαίσιο αναφοράς για τις τυπικές δραστηριότητες ενός φυσιολογικού ατόμου ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του. Σε κάθε περίπτωση η ταξινόμηση είναι ανάλογη με τα συμπτώματα και μπορεί να αλλάζει από καιρό σε καιρό για τον ίδιο ασθενή. Στην πραγματικότητα η ταξινόμηση κατά NYHA περιγράφει την κατάσταση αντιρρόπησης του κάθε ασθενούς και είναι περισσότερο χρήσιμη για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στην φαρμακευτική αγωγή και για τον καθορισμό της πρόγνωσης της νόσου (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Ωστόσο, ο βαθμός και η έκταση των συμπτωμάτων, π.χ. της δύσπνοιας ή της κόπωσης συχνά δεν τεκμηριώνονται επαρκώς στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών. Αυτό μπορεί να αποκαλύπτει την έλλειψη αντικειμενικών μεθόδων στην μέτρηση των συμπτωμάτων και την ποικίλη συσχέτιση τους με παραμέτρους όπως το περιβάλλον, η δραστηριότητα και η διάθεση του ασθενούς. Τα συμπτώματα είναι υποκειμενικά και οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν την σπουδαιότητα τους εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή. Αντικατοπτρίζουν τον τρόπο που αισθάνεται ο ασθενής και είναι η «κραυγή» βοήθειας προς τον θεράποντα, που δείχνει όχι μόνο τις φυσικές συνέπειες του νοσήματος, αλλά και την σχετιζόμενη επίδραση στον τρόπο ζωής, το άγχος, την κατάθλιψη και τις προσδοκίες του. Γι' αυτούς τους λόγους τα συμπτώματα ποικίλουν μεταξύ των ασθενών, αλλά και μεταξύ διαφορετικών χρονικών στιγμών ακόμη και στον ίδιο ασθενή. Όταν δυσχεράνουν οι συνθήκες ζωής του πάσχοντα, αυτό μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές αντιδράσεις που να τον κάνουν να αισθάνεται πιο σοβαρή την επίδραση των συμπτωμάτων. Στην πραγματικότητα, δηλαδή, κατά την κλινική εξέταση, αναφέρονται υποκειμενικά συμπτώματα που στην συνέχεια υποκειμενικά αξιολογούνται από τους επαγγελματίες υγείας. Με αυτό το σκεπτικό, δεν θα έπρεπε να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ της εκτίμησης των συμπτωμάτων από τους ασθενείς, σε σύγκριση με την εκτίμηση των συμπτωμάτων από τους γιατρούς. Προφανώς, η γνώση για τους προσωπικούς παράγοντες που μπορεί να επιδρούν είναι σημαντική για την εκτίμηση των αναφερόμενων συμπτωμάτων από τους ασθενείς (Ekman et al., 2005).

Επιπολασμός της νόσου

Η Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι ένα πολύ συνηθισμένο νόσημα. Στις ΗΠΑ έχουν καταγραφεί 5 εκατομμύρια πάσχοντες. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 200.000 ασθενείς και κάθε χρόνο αυτός ο αριθμός αυξάνεται κατά 30.000 περίπου νεοδιαγνωσθέντες. Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει με την ηλικία και υπολογίζεται ότι υπάρχουν 30-130 ασθενείς ανά 1.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και 80-160 ασθενείς ανά 1.000 άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών (Πολυκανδριώτου κ.ά. 2009). Η μείωση της θνησιμότητας των ασθενών εξαιτίας της βελτίωσης της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής που ευνοεί τους ανεξάρτητους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου (π.χ. ψυχοπνευστική καθημερινότητα ή/και κακές διατροφικές συνήθειες που και τα δύο μπορεί να προκαλέσουν παχυσαρκία ή και σακχαρώδη διαβήτη) συνηγορούν σε αναμονή της αύξησης του επιπολασμού της καρδιακής ανεπάρκειας.

Η καρδιακή ανεπάρκεια, σύμφωνα με τους υπολογισμούς της ιατρικής κοινότητας, για την πρόγνωση της θνησιμότητας και βαρύτητας του νοσήματος, μαζί με τα υπόλοιπα καρδιαγγειακά νοσήματα, κατατάσσονται ήδη από το 2002 και θα συνεχίσουν να κατατάσσονται σταθερά ανάμεσα στα κορυφαία νοσήματα ως αιτία θανάτου παγκοσμίως έως το 2030. Ενώ η ηλικία εμφάνισης του πρώτου επεισοδίου καρδιαγγειακών νοσημάτων αναμένεται να μειωθεί, η γήρανση του αντίστοιχου πληθυσμού αναμένεται να αυξηθεί, αφού ολόένα και μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ασθενών δεν θα οδηγείται στον θάνατο πρώιμα. Εκτιμάται ότι ενώ ο αριθμός των ασθενών που αποβίωσαν παγκοσμίως το 2002, λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, ήταν 16,7 εκατομμύρια, ο αντίστοιχος αριθμός το 2030 θα είναι 23,3 εκατομμύρια. Επίσης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα θα συνεχίσουν να κατατάσσονται μεταξύ των κορυφαίων αιτιών αναπηρίας στον κόσμο. Αυτές οι προβλέψεις διαφέρουν ελάχιστα μεταξύ χωρών χαμηλού, μετρίου και υψηλού εισοδήματος. (Räikkönen, 2009).

Αντιμετώπιση Καρδιακής Ανεπάρκειας

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου, δακτυλίτιδα, β-αναστολείς, διουρητικά και πιθανόν σπειρονολακτόνη. Η επιτυχία,

όμως, της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνεται σημαντικά αν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ενθαρρυνθούν να συμμετάσχουν παράλληλα σε προγράμματα συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αγωγής, με μη-φαρμακολογικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως η δίαιτα και η καλή διατροφή, η διατήρηση καλής υγείας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των αλλαγών της ζωής ή των ψυχοκοινωνικών αλλαγών, συνέπεια του νοσήματος. Η ανάγκη σχεδιασμού προγραμμάτων μη-φαρμακολογικής θεραπείας προέκυψε μετά από μακροχρόνια ερευνητική παρατήρηση της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών. Παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν ασθενείς που παρά την έναρξη της βέλτιστης γι' αυτούς φαρμακευτικής αγωγής παρουσίαζαν ανεξήγητα ή/και συχνά επεισόδια έξαρσης της νόσου (Greenberg & Hermann, 2004).

Η καρδιακή δυσλειτουργία στην περίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας καταλήγει σε αύξηση της κατακράτησης νατρίου και ύδατος από τον νεφρό. Για τον λόγο αυτό στην φαρμακευτική αγωγή συμπεριλαμβάνονται διουρητικά σε ημερήσια δοσολογία. Η μείωση κατανάλωσης νατρίου με την διατροφή είναι ένας παράγοντας που συμπληρώνει την φαρμακευτική αγωγή και μπορεί να τροποποιηθεί εύκολα. Ο περιορισμός κατανάλωσης νατρίου μέσω της τροφής μπορεί να περιορίσει σημαντικά την λήψη διουρητικών. Αντίθετα, μεγάλη κατανάλωση αλατιού με τη τροφή μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου και των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων (μεταφορτίου). Η αύξηση του μεταφορτίου στην περίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να καταλήξει σε μείωση της καρδιακής απόδοσης (Greenberg & Hermann, 2004). Ο περιορισμός του νατρίου βοηθάει στην μείωση του προφορτίου και του μεταφορτίου μειώνοντας έτσι το καρδιακό έργο και τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Συνεπώς, ο ασθενής που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλατιού στην ημερήσια διατροφή του είναι δυνατό να παρουσιάσει παρόξυνση της νόσου. Μια δίαιτα με χαμηλά ποσοστά νατρίου ή καθόλου πρόσθετο αλάτι, είναι οδηγία συμπληρωματική της φαρμακευτικής αγωγής σε αυτή την ομάδα ασθενών. Για την πλειοψηφία των ασθενών, ο περιορισμός της πρόσληψης νατρίου στα 2g/ημέρα είναι αρκετός. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εάν ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί αλάτι στο μαγείρεμα και στο τραπέζι και αν αποφεύγει τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε νάτριο. Ο περιορισμός αυτός είναι εύκολος στο νοσοκομείο, κατά την διάρκεια της νοσηλείας, αλλά αποτελεί πρόβλημα και πρόκληση μετά την έξοδό του, καθώς θα πρέπει να μεταβληθούν διαιτητικές συνήθειες αποκτημένες από χρόνια. Η προσαρμογή του ασθενή σε άναλο δίαιτα ξεκινά με συστηματική εκπαίδευση. Χορηγούνται κατάλογοι τροφίμων με την περιεκτικότητα των διαφόρων τροφών σε αλάτι και ο

ασθενής ενημερώνεται για τις κρυφές πηγές νατρίου, όπως είναι τα αντιόξινα δισκία, τα καθαρτικά και ορισμένα σιρόπια για τον βήχα (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Ο περιορισμός των υγρών αποτελεί ένα ακόμη χρήσιμο συμπλήρωμα της φαρμακευτικής αγωγής. Στην περίπτωση νοσηλείας είναι εύκολο για το υγειονομικό προσωπικό να παρακολουθεί το ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και να ρυθμίζει ανάλογα την λήψη υγρών και διουρητικών. Για τους περισσότερους ασθενείς, όμως, η παρακολούθηση της ισορροπίας μεταξύ κατανάλωσης και αποβολής υγρών στο σπίτι είναι ενοχλητική και δυσάρεστη. Αντ' αυτού, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να μετρούν καθημερινά το βάρος τους, για να έχουν την δυνατότητα παρακολούθησης της ταχείας ή αθροιστικής μεταβολής του βάρους τους που στην ουσία αντικατοπτρίζει την απώλεια ή κατακράτηση υγρών. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους λαμβάνουν επιπροσθέτως την οδηγία να επικοινωνήσουν με τον θεράποντα ιατρό αν παρουσιαστεί μια συγκεκριμένη αλλαγή στο βάρος τους (Greenberg & Hermann, 2004). Η εκπαίδευση και η κατανόηση από τον ασθενή της σχέσης της κατακράτησης νατρίου και υγρών με τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι σημαντική για την προσαρμογή και συμμόρφωσή του με τις οδηγίες και μπορεί να προλάβει οξεία επιβάρυνση της ανεπάρκειας από υπερβολική κατακράτηση υγρών (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να παροτρύνονται για τακτική σωματική άσκηση ανάλογα με τα συμπτώματά τους. Ένα από τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι ο κάματος προσπάθειας, που οφείλεται κυρίως στις μεταβολές –δομικές και λειτουργικές- των σκελετικών μυών. Η καλή συντήρηση και ενδυνάμωση των περιφερειακών μυών και αγγείων έχει ευεργετικά αποτελέσματα, σαφώς τεκμηριωμένα. Η σωματική άσκηση βελτιώνει σημαντικά τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση τη λειτουργικότητα των αγγείων και τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Την τελευταία δεκαετία οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι αυξάνεται έως 30% η ικανότητα για μυϊκή δραστηριότητα των ασθενών μετά από κάποιο πρόγραμμα μυϊκής άσκησης. Επίσης, έχει αναφερθεί και βελτίωση της δύσπνοιας μετά από προγράμματα άσκησης των αναπνευστικών μυών. Συνέπεια της γενικής καλής σωματικής κατάστασης είναι η καλή ποιότητα ζωής και η αντοχή στην κόπωση. Στον ασθενή δίδονται σαφείς οδηγίες για το είδος, την συχνότητα και την ένταση της προτεινόμενης άσκησης (Greenberg & Hermann, 2004). Το είδος της άσκησης που εφαρμόζεται στους περισσότερους ασθενείς είναι το περπάτημα, το χαλαρό τρέξιμο, η αερόβια γυμναστική ή το στατικό ποδήλατο σε τακτά χρονικά διαστήματα. Οι ασθενείς

πρέπει να γνωρίζουν τα όρια τους και να μην τα ξεπερνούν, ενώ το πρόγραμμα βασίζεται στην αξιολόγηση της ικανότητας για άσκηση από τον γιατρό. Η φυσική άσκηση είναι επιθυμητή σε επίπεδο που να μην προκαλεί συμπτώματα και αν είναι εφικτό υπό την παρουσία κάποιου συγγενούς ή επαγγελματία υγείας. Η αύξηση της έντασης πρέπει να είναι προοδευτική και πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Η σταδιακή βελτίωση, συνέπεια της φυσικής άσκησης έχει διττό αποτέλεσμα. Από την μία πλευρά αυξάνει την αντοχή στην κόπωση και από την άλλη αυξάνει την αυτοπεποίθηση του ασθενούς και την αίσθηση ελέγχου της ζωής του (Φιλιππάτος κ.ά. 2005).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας των ήδη διαγνωσμένων ασθενών είναι η διακοπή καπνίσματος. Σε σχετικές μελέτες τα ευρήματα αναφέρονται σε αύξηση του κινδύνου επιδείνωσης του νοσήματος, από το κάπνισμα, σε ποσοστό 45% για τους άνδρες και 88% για τις γυναίκες. Ως εκ' τούτου η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί μια σημαντική συνισταμένη οποιασδήποτε στρατηγικής αντιμετώπισης της καρδιακής ανεπάρκειας (He et al, 2001).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, όσον αφορά στην καρδιακή ανεπάρκεια για να επιτευχθεί με την φαρμακευτική αγωγή το βέλτιστο αποτέλεσμα, πρόσθετοι παράγοντες ελέγχου της υγείας των ασθενών είναι ο έλεγχος του σωματικού βάρους, η τροποποίηση της διατροφής σε άναλο δίαιτα, η διακοπή του καπνίσματος και η σωματική άσκηση. Τα χρόνια νοσήματα που μειώνουν ή τροποποιούν δραματικά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής έχουν τεράστια επίδραση στους ασθενείς και τις οικογένειες τους τόσο ως προς την ποιότητα ζωής, όσο και ως προς την διάθεσή τους.

Καρδιακή Ανεπάρκεια & Ποιότητα Ζωής

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας επιφέρει ένα σύνολο αλλαγών τόσο στην ζωή των ιδίων των ασθενών, όσο και των οικείων σε αυτούς προσώπων. Αλλαγή ρόλων, συχνές νοσηλείες, αναστάτωση της οικογενειακής καθημερινότητας, οικονομική επιβάρυνση, μεταβολές στην κοινωνική στήριξη και το επίπεδο εξάρτησης του ασθενούς από αυτή και φυσικά έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια και κόπωση, που επηρεάζουν την ικανότητα αυτοδιαχείρισης του ασθενούς στις

καθημερινές του δραστηριότητες. Αυτές οι αλλαγές σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια με ευρύ περιεχόμενο που περιλαμβάνει βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες (Yfantopoulos, 2001).

Σχετική έρευνα, μελέτησε τις αντιλήψεις των ιδίων των πασχόντων από καρδιακή ανεπάρκεια για τον ορισμό της ποιότητας ζωής τους (Heo et al., 2009). Σε αυτή την έρευνα, που για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της χρησιμοποίησε την μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου, προκύπτει ότι οι ασθενείς ορίζουν την ποιότητα ζωής ως μια πολυδιάστατη έννοια που συμπεριλαμβάνει όχι μόνο την λειτουργικότητα ή τις φυσικές επιπτώσεις της νόσου, αλλά και ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. Οι ασθενείς ορίζουν ότι η έννοια «ποιότητα ζωής», περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες: την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες που απαιτούν ενεργό συμμετοχή του σώματος, την διατήρηση της ευτυχίας και την συνύπαρξη με ανθρώπους σε συναισθηματικές σχέσεις. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι ασθενείς πιστεύουν ότι το επίπεδο σωματικής υγείας, οι ψυχολογικοί παράγοντες, το οικονομικό επίπεδο, κοινωνικοί παράγοντες και η πνευματική κατάσταση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους (Heo et al., 2009).

Επίσης και άλλες έρευνες έχουν δείξει την πολύ-παραγοντική φύση της έννοιας «Ποιότητα Ζωής» (Dracup et al., 1992; Westlake et al., 2002,). Από την μία πλευρά, η σωματική ικανότητα των ασθενών ως συνιστώσα της ποιότητας ζωής σχετίζεται με τον κοινωνικό τους ρόλο, ως συζύγων, γονέων και μελών της κοινωνίας. Από την άλλη πλευρά, σχετίζεται με δραστηριότητες που γίνονται για προσωπική ευχαρίστηση και προσφέρουν ικανοποίηση στον ίδιο τον ασθενή. Αυτή η σωματική ικανότητα, στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζεται στενά με το επίπεδο της κλινικής τους κατάστασης επειδή η πλειοψηφία των ασθενών αυτών έχουν συμπτώματα όπως δύσπνοια και κόπωση που περιορίζουν την ικανότητα συμμετοχής τους στις καθημερινές δραστηριότητες τόσο της οικογενειακής, όσο και της κοινωνικής ζωής. Πολλοί ασθενείς έχουν συναισθηματική δυσφορία και νιώθουν να είναι βάρος στις οικογένειες τους εξαιτίας των συμπτωμάτων που δεν τους επιτρέπουν να συμμετέχουν σε κάποιες από αυτές τις δραστηριότητες (Friedman & Griffin, 2001). Ο παράγοντας κλειδί της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι η τροποποίηση της ψυχολογικής κατάστασης που προκύπτει από τους περιορισμούς, συνέπεια της νόσου, με προσφορά ευκαιριών για ουσιαστική κοινωνική αλληλεπίδραση με τους φίλους, την

οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους, βελτιώνοντας την συμπτωματολογία (Heo et al., 2009).

Στην σκέψη των κλινικών γιατρών η έννοια της Ποιότητας Ζωής είναι παρούσα μεν, αλλά με διαφορετική σημασία κάθε φορά, ανάλογα με την ιστορική εποχή, την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον ή τις επικρατούσες συνθήκες. Εξακολουθεί να γίνεται αντιληπτή από τον κλινικό γιατρό ως φιλοσοφική τοποθέτηση και όχι ως μεταβλητή που σχετίζεται με την υγεία (Yfantopoulos, 2001).

Καρδιακή Ανεπάρκεια & Κατάθλιψη

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιακού επεισοδίου ακόμη και στους υγιείς πληθυσμούς και σχετίζεται με αρνητικές εκβάσεις στην υγεία των ήδη διαγνωσμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύπλοκη συμπεριλαμβάνοντας πλήθος παραγόντων μεγαλύτερης ή μικρότερης σπουδαιότητας.

Η παρουσία καρδιαγγειακού νοσήματος ή δυσλειτουργίας μπορεί να επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, κυρίως ως προς το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε σύγκριση με μια συχνότητα 2-3% για τους άνδρες και 5-9% για τις γυναίκες στον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την αναφορά της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης το 2000, ο επιπολασμός της καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να είναι περίπου 45% και μπορεί να αυξηθεί ακόμη περισσότερο σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια. Αντίστροφα καρδιαγγειακή νόσος μπορεί να προκύψει μετά από κατάθλιψη, όταν ο καταθλιπτικός ασθενής υπερασχολείται με θέματα θανάτου και από αλλαγές στον τρόπο ζωής ή εξαιτίας παθοφυσιολογικών αλλαγών που συνοδεύουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Κατάθλιψη παρουσιάζεται σε έναν στους πέντε εξωτερικούς ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και σε έναν στους τρεις εξωτερικούς ασθενείς με Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια, αλλά η πλειοψηφία των περιπτώσεων είτε δεν διαγιγνώσκεται, είτε δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Ωστόσο, είναι πιθανό τόσο ψυχολογικοί, όσο και παθοφυσιολογικοί παράγοντες να

συμβάλλουν στην σχέση μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαταραχών της διάθεσης (Grippe & Johnson, 2009).

Στην έρευνα των Grippe και Johnson (2009), αναφέρεται, επίσης, ότι εκτός του γεγονότος ότι η παθοφυσιολογία των καρδιαγγειακών σημείων της καρδιακής ανεπάρκειας επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η παρουσία κατάθλιψης επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης επιζήμιων καρδιακών επεισοδίων σε αυτούς τους ασθενείς. Μάλιστα, αναφέρεται ότι η παρουσία κατάθλιψης διπλασιάζει τον κίνδυνο θανάτου σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς τον πρώτο χρόνο. Η προβλεπτική συσχέτιση της κατάθλιψης σε σχέση με την καρδιακή ανεπάρκεια είναι παρόμοια με εκείνη της δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας, ιστορικού προηγούμενου εμφράγματος του μυοκαρδίου και καπνίσματος (Grippe & Johnson, 2009).

Την τελευταία δεκαετία, ολοένα και μεγαλύτερη προσοχή δίνεται στην μελέτη της σχέσης μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων και έχουν αυξηθεί οι προσπάθειες για την διάδοση πληροφοριών σχετικά με αυτή την σχέση στην ιατρική κοινότητα, ανεξάρτητα από ειδικότητα, και γενικά στους επαγγελματίες υγείας. Το Αμερικάνικο Εθνικό Ινστιτούτο, το 2001, παρουσίασε μια περίληψη των τότε επίκαιρων στοιχείων που συνδέουν την κατάθλιψη με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και δήλωσε την δέσμευσή της σε συνεργασία με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς & Πνευμόνων, καθώς το Ινστιτούτο Αίματος, για την υποστήριξη της έρευνας, σχετικά με τους βασικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην συννοσηρότητα των ψυχικών και φυσιολογικών διαταραχών. Η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία, σε μια παρόμοια πρωτοβουλία τονίζει τον ρόλο των ψυχολόγων, όσον αφορά στην έρευνα και θεραπεία, της αλληλοεπικάλυψης της ψυχικής και σωματικής υγείας. Παράλληλα, πλήθος σχετικών άρθρων εμφανίζονται στην διάρκεια αυτής της δεκαετίας σε έγκριτα περιοδικά γενικού ενδιαφέροντος, όπως το *My Generation*, το *Newsweek* και το *Chicago Tribune* (Grippe & Johnson, 2009).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και καρδιακής ανεπάρκειας είναι ένα σχετικά νέο πεδίο, διαρκώς αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος, στην έρευνα των καρδιολογικών θεμάτων. Στην πραγματικότητα, πολύ λίγα άρθρα για το θέμα έχουν δημοσιευτεί πριν από το 1990, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι από το '90 και μετά η σχετική βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά πλούσια. Αυτή η αύξηση του ερευνητικού ενδιαφέροντος συμπίπτει με την αύξηση των διαγνώσεων καρδιακής ανεπάρκειας αλλά και με την ανάγκη βελτιστοποίησης της θεραπείας. Και αυτό γιατί, παρά το ότι το όφελος από την τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να έχει φθάσει το μέγιστο

αναμενόμενο αποτέλεσμα, την «οροφή» του (Drakos et al., 2009), η πρόγνωση των ασθενών αυτών παραμένει अपαράδεκτα χαμηλή. Η αναγνώριση των επιπτώσεων των συννοσηροτήτων που επιδρούν ανεξάρτητα στην πρόγνωση των ασθενών με ΚΑ, αποτελεί αντικείμενο της τρέχουσας έρευνας. Σε αυτές περιλαμβάνεται και η κατάθλιψη. Η συχνότητα επανεισαγωγών που συνοδεύει την νόσο από την άλλη, συνεπάγεται αυξημένη τελικά θνησιμότητα, και αποτελεί βαρύ οικονομικό φορτίο για οποιοδήποτε σύστημα υγείας. Πέραν της αυξημένης θνησιμότητας η κατάθλιψη στην ΚΑ, έχει αναδειχθεί σε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων και επανεισαγωγών (Vaccarino et al., 2001. Rumsfeld et al., 2005. Sherwood et al., 2007.).

Ο συνύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας και κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα δαπανηρός. Σε μια 3-χρονη αναδρομική μελέτη φάνηκε ότι μετά από την πρώτη εισαγωγή η ετήσια οικονομική επιβάρυνση ήταν κατά 30% περισσότερο αυξημένη στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια που είχαν κατάθλιψη, από ότι στους ασθενείς που διαγνώστηκαν χωρίς κατάθλιψη. Αυτό το αυξημένο κόστος φάνηκε να αφορά τόσο σε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και σε εξωνοσοκομειακή χρήση υπηρεσιών υγείας (Sullivan et al., 2002). Γι' αυτό η έρευνα έχει στραφεί στην μελέτη των χαρακτηριστικών της κατάθλιψης σε αυτό το πληθυσμό, ως κρίσιμο παράγοντα στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και της μείωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Υπάρχουν άφθονα στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη είναι υπο-αναγνωρισμένη και υπο-θεραπευμένη στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, έτσι η έρευνα έχει στραφεί στην διερεύνηση των συνεπειών αυτής της θεραπευτικής πρακτικής στο τελικό αποτέλεσμα αντιμετώπισης του νοσήματος (Rutledge et al., 2006). Το ερώτημα που επιχειρεί να απαντήσει αυτή η έρευνα είναι η επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής προσέγγισης ώστε να συνδυάζεται η ασφάλεια με την αποτελεσματικότητα ως προς την θεραπεία της κατάθλιψης, την βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς και την πρόγνωση των ασθενών (Νικολάου & Κρεμαστινός, 2007). Ευρήματα ερευνών που εξέτασαν την επίδραση της κατάθλιψης στην πορεία της καρδιακής ανεπάρκειας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν ένα μοτίβο ταχύτερης επιδείνωσης σε βαρύτερα στάδια (NYHA class) από ότι οι ασθενείς που δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Davis et al, 2008). Σε άλλη έρευνα, οι ερευνητές προτείνουν ότι στην κλινική πρακτική είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι η υψηλή κατάταξη κατά NYHA και η ταυτόχρονη παρουσία συναισθηματικών προβλημάτων μπορεί να

συμβάλλουν σε άγχος και κατάθλιψη, ενώ αντίθετα η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος και η συμβίωση με σημαντικούς άλλους μπορεί να έχουν θετική επίδραση στην ψυχολογική υγεία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (Scherer et al, 2007). Άλλες έρευνες αναφέρουν θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου NYHA class και κατάθλιψης, έτσι όσο αυξάνει η κλάση NYHA, τόσο χειρότερη φαίνεται να είναι η κατάθλιψη στις μετρήσεις με κλίμακα Beck (Delville & McDoudall, 2008). Αντίθετα, υπάρχουν έρευνες που τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μεν παρούσα αλλά δεν σχετίζεται με την βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας (Skotzko et al, 2000).

Η κατάθλιψη από μόνη της μπορεί να προκληθεί από την ιδιαίτερη σοβαρότητα των χρόνιων καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβάντων που σχετίζονται με την κατάθλιψη φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από ηλικία, διαβήτη, κάπνισμα, επίπεδα λιπιδίων, παχυσαρκία, σωματική δραστηριότητα, την έναρξη και την σοβαρότητα της νόσου. Η έρευνα INTREHEART (Yusuf et al., 2004) προσπάθησε να εντοπίσει τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε πάνω 25.000 ασθενείς σε 52 χώρες. Όπως αναμενόταν οι παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου: δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, υπέρταση, διαβήτης και παχυσαρκία, εμφανίστηκαν να είναι προγνωστικοί παράγοντες για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Προστατευτικοί παράγοντες εμφανίστηκαν να είναι η άσκηση, η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ και η πλούσια σε φρούτα και λαχανικά διατροφή. Ωστόσο, κατέληξε η έρευνα, σε ένα μοντέλο πολλών μεταβλητών, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φάνηκαν να είναι ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου από την υπέρταση, το κάπνισμα και την παχυσαρκία, ανεξάρτητα από το φύλο, σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις χώρες.

Η κατάθλιψη έχει, επίσης, συσχετιστεί με ανάπτυξη Συμφορητικής Καρδιακής Ανεπάρκειας με ανεπιθύμητες εκβάσεις σε ηλικιωμένους ασθενείς. Σε σχετική έρευνα που εξέτασε 4.500 ασθενείς, το συνολικό ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ήταν 16% στην ομάδα των καταθλιπτικών ασθενών, ενώ το ίδιο ποσοστό στην αντίστοιχη ομάδα των μη-καταθλιπτικών ασθενών ανερχόταν σε μόλις 7%. Σε ασθενείς με εγκατεστημένη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και συννοσηρότητα κατάθλιψης εμφανίζονται αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και επανεισαγωγών, ανεξάρτητα της κοιλιακής λειτουργίας και της σοβαρότητας της καρδιαγγειακής νόσου (Williams et al., 2002). Στην έρευνα του Rozzini και των συνεργατών του (2002) σε νοσηλεύόμενους ασθενείς, άνω των 70

ετών, βρέθηκε το ποσοστό επανεισαγωγής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και συννοσηρότητα κατάθλιψης να είναι 67%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό χωρίς συννοσηρότητα κατάθλιψης ήταν 44%. Οι ασθενείς στην μελέτη αυτή φάνηκαν να έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν αν είχαν κατάθλιψη, από ότι οι ασθενείς χωρίς κατάθλιψη. Το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 21% για τους καταθλιπτικούς ασθενείς και 15% για τους μη καταθλιπτικούς.

Οι επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης είναι πολλαπλές και μπορεί να μειώσουν την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίσει τα σωματικά συμπτώματα και να επηρεάσει αρνητικά την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Ο συνδυασμός κατάθλιψης και/ή άγχους επίσης που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την λειτουργική ικανότητα με αποτέλεσμα την αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια και του σχετικού κόστους. Δυστυχώς τα επίπεδα ανίχνευσης και θεραπείας της κατάθλιψης και του άγχους στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι ιδιαίτερα χαμηλά. Η έλλειψη διάγνωσης και θεραπείας μπορεί να περιπλέξει και να επιδεινώσει τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας, να αυξήσει την λειτουργική έκπτωση, να διαταράξει την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και να αυξήσει τον κίνδυνο θνησιμότητας (Cully et al., 2009). Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που δεν αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή αυξάνει την θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Okonkwo, Sui & Ahmed, 2007. O' Connor et al., 2008.). Πέραν της αυξημένης θνησιμότητας η κατάθλιψη στην ΚΑ, έχει αναδειχθεί σε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων και επανεισαγωγών (Jiang et al., 2001. Vaccarino et al., 2001).

Παρά τις ενδείξεις ότι η κατάθλιψη συνδέεται με τις καρδιακές παθήσεις, οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που διέπουν την συσχέτιση παραμένουν ασαφείς. Τα ευρήματα των σχετικών ερευνών που έχουν προηγηθεί, παρέχουν χρήσιμες και καινοτόμες μεθόδους στην σύγχρονη ερευνητική σκέψη για την διερεύνηση αιτιωδών κοινών μηχανισμών που διέπουν την σχέση μεταξύ της διάθεσης και της ρύθμισης των καρδιαγγειακού συστήματος (Grizzo & Johnson, 2009). Η παρατηρούμενη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και καρδιαγγειακών νοσημάτων αποδεικνύεται από την μελέτη των κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών που μοιράζονται οι δύο καταστάσεις. Οι πιθανοί ψυχολογικοί και φυσιολογικοί μηχανισμοί που οδηγούν σε κατάθλιψη στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι σχεδόν πανομοιότυποι με τον κατάλογο των

μηχανισμών που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη της ίδιας της καρδιακής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβάνοντας την δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την υπερπαραγωγή κορτιζόλης και μια προθρομβωτική και προφλεγμονώδη κατάσταση. Μια ενδιαφέρουσα πτυχή της μελέτης περιλαμβάνει πολυμορφισμό στο γονίδιο μεταφορέα σεροτονίνης, ο οποίος αυξάνει δευτερευόντως τα ποσά έκκρισης κατεχολαμινών. Το γονίδιο μεταφορέα σεροτονίνης έχει βρεθεί, επίσης, ότι σχετίζεται με την κατάθλιψη σε περιόδους αυξημένου άγχους στους ασθενείς. Ομοίως, ο μεταφορέας σεροτονίνης, έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για ανεπιθύμητες εκβάσεις στην καρδιακή ανεπάρκεια. Τα στοιχεία, ως εκ τούτου, υποδεικνύουν ένα κοινό μονοπάτι παθογένεσης καρδιακής ανεπάρκειας και κατάθλιψης και αυτή η απόδειξη σχέσης συνάδει σε ένα πρότυπο θεραπείας που συμπεριλαμβάνει και τα δύο νοσήματα (Silver, 2010).

Η κατάθλιψη μπορεί να συνοδεύεται από αλλαγές στην αλληλεπίδραση της καρδιάς με το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), όπως ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, απόσυρση του τόνου του πνευμονογαστρικού νεύρου στην καρδιά, αύξηση ή μείωση του καρδιακού ρυθμού και αλλαγή της λειτουργίας της καρδιάς. Παρόμοια διαταραχή του ΑΝΣ παρατηρείται τόσο σε οξείες, όσο και σε χρόνιες καρδιαγγειακές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας. Η ανισορροπία του αυτόνομου νευρικού συστήματος χαρακτηρίζεται από αύξηση του συμπαθητικού τόνου ή μείωση του παρασυμπαθητικού τόνου ή και τα δύο. Σχετική έρευνα έχει δείξει ότι αύξηση του συμπαθητικού τόνου και/ή μείωση του παρασυμπαθητικού τόνου είναι προδιαθεσικοί παράγοντες για κοιλιακή μαρμαρυγή. Η διαταραχή του ΑΝΣ μπορεί να επηρεάσει την καρδιαγγειακή λειτουργία κατά την διάρκεια συμπεριφορικών προκλήσεων. Ο Sgoifo και οι συνεργάτες του (1998), έδειξαν ότι η διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από υπερβολική αύξηση του συμπαθητικού και μείωση του παρασυμπαθητικού τόνου μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες κατά την διάρκεια μιας έντονα προκλητικής για το άτομο, κοινωνικής συνθήκης. Από την άλλη πλευρά, η μεταβλητότητα του ρυθμού σχετίζεται με το έμφραγμα του μυοκαρδίου και την χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Η αύξηση του καρδιακού ρυθμού και η μείωση της μεταβλητότητας του αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την νοσηρότητα και θνησιμότητα που συνδέεται με καρδιαγγειακές παθήσεις (Sgoifo et al., 1998).

Η ιδιαίτερη σοβαρότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι δυνατό να οδηγήσει τον ασθενή σε κατάθλιψη, αλλά και σε περίπτωση προϋπάρχουσας

κατάθλιψη ο κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβάντων αυξάνεται. Αυτός ο κίνδυνος, μάλιστα, φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από ηλικία, διαβήτη, κάπνισμα, επίπεδα λιπιδίων, παχυσαρκία, σωματική δραστηριότητα, την έναρξη και την σοβαρότητα της νόσου. Η έρευνα INTREHEART (Yusuf et al., 2004) προσπάθησε να εντοπίσει τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε πάνω 25.000 ασθενείς σε 52 χώρες. Όπως αναμενόταν οι παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου: δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, υπέρταση, διαβήτης και παχυσαρκία, εμφανίστηκαν να είναι προγνωστικοί παράγοντες για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Προστατευτικοί παράγοντες εμφανίστηκαν να είναι η άσκηση, η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ και η πλούσια σε φρούτα και λαχανικά διατροφή. Ωστόσο, κατέληξε η έρευνα, σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φάνηκαν να είναι ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου από ότι η υπέρταση, το κάπνισμα και η παχυσαρκία, ανεξάρτητα από το φύλο, σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις χώρες.

Εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες, παράγοντες που αφορούν στις συμπεριφορές των ασθενών έχουν αναγνωριστεί ως εν δυνάμει διαμεσολαβητικοί παράγοντες μέσω των οποίων η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Πριν πενήντα χρόνια οι Friedman και Rosenman (1961) πραγματοποίησαν μια θεμελιώδη έρευνα που επιχειρούσε να διερευνήσει την σχέση ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς, τον τύπο προσωπικότητας A, με την καρδιαγγειακή λειτουργία στο σύνολό της. Τα ευρήματα τους ήταν εντυπωσιακά. Άνδρες και γυναίκες με τον συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς, Τύπου A, είχαν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρδιακή ανεπάρκεια, από ότι το αντίστοιχο δείγμα με μοτίβο συμπεριφοράς Τύπου B. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τις διαιτητικές τους συνήθειες, την χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα και την άσκηση. Η μόνη αναγνωρίσιμη διαφορά μεταξύ τους αφορούσε στον τύπο προσωπικότητας τους που οργάνωνε τα πρότυπα αλληλεπίδρασης της κάθε ομάδας με το περιβάλλον και οδηγούσε την ομάδα Τύπου A σε αυξημένη πιθανότητα παθογένεσης καρδιαγγειακού νοσήματος. Από τότε μέχρι σήμερα η εστίαση της έρευνας έχει μετακινηθεί και σε άλλους τύπους συμπεριφορικού προτύπου που πιθανά να ενοχοποιούνται για την πρόκληση καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και σε υπο-κλινικά συμπτώματα και ψυχιατρικές διαταραχές στην προσπάθεια κατανόησης των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την παθογένεση της συγκεκριμένης διαταραχής. Καμία έρευνα, μέχρι σήμερα, δεν έχει καταλήξει, ποιοι από αυτούς τους παράγοντες ή σε ποιο

συνδυασμό θα μπορούσαν να εξηγήσουν την συσχέτιση κατάθλιψης και επιδείνωσης των καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι εκτός των άλλων, είναι πιθανό τόσο η ίδια η κατάθλιψη, όσο και οι μηχανισμοί που συνδέονται με αυτή να οδηγούν σε μη-συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες με αποτέλεσμα την κακή έκβαση της νόσου (Whooley, 2006).

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, σύμφωνα με την έρευνα του Gottlieb και των συνεργατών του (2009), έχει διττά αποτελέσματα. Αφενός μεν, σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών, αφετέρου δε, μειώνει την υποκειμενική αίσθηση των πασχόντων περί λειτουργικότητας που όμως δεν είναι συμβατή με τους αντικειμενικούς δείκτες βαρύτητας της νόσου. Πολλές μελέτες έχουν δείξει την σχέση μεταξύ κατάθλιψης και συμπτωμάτων. Ενώ πολλοί ερευνητές δέχονται ότι η σχέση είναι αμφίδρομη, κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι η καρδιακή ανεπάρκεια είναι αυτή που εντείνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Από την στιγμή που οι μετρήσεις για την ποιότητα ζωής σχετίζονται με την κατάθλιψη υπάρχει η αίσθηση ότι οι αλλαγές στην λειτουργικότητα εξηγούν την κατάθλιψη. Στην αντίπερα όχθη ο Rector και οι συνεργάτες του (2006) υποστηρίζουν ότι τα ίδια τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας όπως η δύσπνοια κατά την κόπωση, δύσπνοια κατά την ηρεμία, παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια, ορθόπνοια και κόπωση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Δηλώνουν ότι η μελέτη τους προσφέρει μια εικόνα για το πώς η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Αντίθετα η μελέτη του Gottlieb και των συνεργατών του (2009), χρησιμοποιώντας μια άλλη κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής, δείχνει μια σημαντική επιρροή της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Υποδηλώνει ότι η κατάθλιψη, ανεξάρτητα από την βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας, πιθανώς είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την αντίληψη για την βαρύτητα της νόσου, από ότι η ίδια η καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και συννοσηρότητα καταθλίψεως βιώνουν πιο έντονα τα συμπτώματα τους, από ότι οι ασθενείς χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα. Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση της κατάθλιψης θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας. Είναι σημαντικό όμως να τονιστεί, ότι οι ερευνητές αναφέρονται στην υποκειμενική αίσθηση των ασθενών και την επίδραση της στην ποιότητα ζωής τους, ενώ δεν υπάρχουν ενδείξεις για το ότι η παρουσία κατάθλιψης επηρεάζει τους

αντικειμενικούς δείκτες της νόσου (π.χ. ποσοστό πρόσληψης οξυγόνου) (Gottlieb et al., 2009).

Είναι σαφές, κατά τον Gottlieb και τους συνεργάτες του (2009), ότι η κατάθλιψη σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι συχνή και τα αίτια και οι συνέπειες της πρέπει να γίνουν κατανοητές από τους γιατρούς που τους παρακολουθούν. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αξιολογούν την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και να λαμβάνουν υπόψη τις αλλαγές στο περιβάλλον του όταν αναφέρεται κλιμάκωση των συμπτωμάτων, γιατί επιδείνωση της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση των σωματικών συμπτωμάτων. Όταν οι αντικειμενικοί και οι υποκειμενικοί δείκτες, δηλαδή όταν η περιγραφή του ασθενούς για τα συμπτώματα δεν συνάδει με την εργαστηριακή και κλινική εξέταση, είναι δύσκολο να εξακριβωθεί η πραγματική κατάσταση της καρδιάς του ασθενούς. Υπάρχουν περιορισμοί για κάθε μελέτη που προσπαθεί να εκτιμήσει την σχέση μεταξύ ψυχολογικών και φυσιολογικών παραμέτρων. Ο ορισμός της κατάθλιψης είναι δύσκολος και για την πιστοποίηση ύπαρξης ικανών συμπτωμάτων για την διάγνωσή της απαιτούνται ειδικά ψυχομετρικά εργαλεία (Gottlieb et al., 2009).

Ακόμη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα όπου οι οικογενειακοί γιατροί συνήθως έχουν στενή και μακροχρόνια επαφή με τους ασθενείς τους, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, η ψυχολογική συννοσηρότητα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά παραβλέπεται. Παρά την σύνδεση των ψυχολογικών προβλημάτων με ανεπιθύμητα αποτελέσματα σε μια ισχαιμική καρδιά, η κατάθλιψη συχνά υποδιαγιγνώσκεται ή τυγχάνει ανεπαρκούς ενασχόλησης, γιατί η προσοχή επικεντρώνεται στα σωματικά συμπτώματα. Ενώ μια οξεία, προσωρινή κατάθλιψη ή αγχωτική αντίδραση το πρώτο διάστημα μετά την διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική, παρατεταμένη κατάθλιψη ή συμπτώματα άγχους θα πρέπει να εξετάζονται με περισσότερη προσοχή. Ελάχιστη σημασία δίνεται στον προσδιορισμό των προγνωστικών παραγόντων για ψυχολογική συννοσηρότητα στην καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ θα έπρεπε να δίνεται έμφαση στην διερεύνηση τους, τουλάχιστο σε ένα πρωτοβάθμιο πλαίσιο που έχει τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν. Ένα μικρό διάστημα (λίγων εβδομάδων) επανεξετάσεων και παρατήρησης είναι υπεραρκετό για την διερεύνηση ύπαρξης άγχους και/ή κατάθλιψης σε προγνωστικό επίπεδο. Επιπλέον, είναι διάστημα ικανό για διερεύνηση απουσίας προγνωστικών δεικτών για συννοσηρότητα. Η έρευνα του Scherer και των συνεργατών του (2007) μελέτησε την ύπαρξη κατάθλιψης και/ή άγχους σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, σε συσχετισμό με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, σε πρωτοβάθμια πλαίσια φροντίδας. Στην μελέτη

αυτή, τα άτομα που χαρακτηρίστηκαν ως υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης και/ή άγχους ήταν τα άτομα που αναγνωρίστηκαν ως ψυχολογικά καταπονημένα, με συναισθηματικά προβλήματα, χαμηλή κοινωνική στήριξη και υψηλή κατάταξη κατά NYHA. Αντίθετα άτομα που αναγνωρίστηκαν ως θλιμμένα στην αρχή της έρευνας, αλλά είχαν υψηλή κοινωνική στήριξη, φάνηκε αυτή η στήριξη να ήταν επαρκής για την βελτίωση του αισθήματος θλίψης. Ήταν άτομα που βίωναν μια ουσιαστική σχέση με ένα σύντροφο, δεν είχαν συναισθηματικά προβλήματα και συμμετείχαν σε δραστηριότητες που φέρνουν χαρά. Σε αυτή την ομάδα η κατάταξη κατά NYHA φάνηκε να μην έχει σημασία για την ανάπτυξη συννοσηρότητας.

Το Αμερικάνικό Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς & Πνευμόνων έχοντας υπόψη του, από την σχετική βιβλιογραφία, την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ιδιαίτερα της κατάθλιψης και της έλλειψης κοινωνικού δικτύου, σχεδίασε το 2000 μια έρευνα για να μελετήσει αυτό το θέμα. Ο σχεδιασμός της έρευνας ανακοινώθηκε τον Ιανουάριο του ιδίου έτους στο περιοδικό *American Heart Journal*. Η ανάγκη για διερεύνηση του θέματος προέκυψε όταν από προγενέστερες έρευνες φάνηκε ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν το κύριο αίτιο θανάτου και μία από τις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας και ανικανότητας στην χώρα. Αν και τις τελευταίες δεκαετίες οι κλινικοί προγνωστικοί δείκτες είχαν βελτιωθεί αρκετά με την ανάπτυξη εξελιγμένων παρεμβάσεων (πχ βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή), οι σχετικές έρευνες έδειχναν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας των καρδιαγγειακών ασθενών. Σε κάποιες από αυτές τις μελέτες, μάλιστα, το μέγεθος του κινδύνου που συνδέονταν με κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση ήταν ισοδύναμο με εκείνο των άλλων, καλά αναγνωρισμένων προγνωστικών δεικτών. Σύμφωνα με τους εμπνευστές της μελέτης, η κατάθλιψη και η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου συνδέονται αλλά με διαφορετική εννοιολογική οπτική. Η κατάθλιψη είναι κλινική διαταραχή, μια παρατεταμένη περίοδος δυστυχίας. Η ύπαρξη σημαντικών άλλων (συγγενών, φίλων, συντρόφων), από την άλλη πλευρά, σχετίζεται με την αίσθηση ότι κάποιος μας φροντίζει, μας αγαπάει, μας καταλαβαίνει. Αν και οι δύο καταστάσεις συνδέονται, τα ευρήματα των ερευνών δείχνουν ότι η κάθε μία αποτελεί ξεχωριστό προγνωστικό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Και οι δύο καταστάσεις, καταλήγουν οι ερευνητές, μπορεί να επηρεάζουν την βελτίωση και επιβίωση των ασθενών είτε μέσω παθοφυσιολογικών επιδράσεων που δυνητικά προκαλούν, είτε μέσω συμπεριφορικών πρακτικών που υιοθετούν οι ασθενείς και συνδέονται με τις δύο αυτές καταστάσεις, όπως πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή

συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Παρά τις ενδείξεις που συνδέουν τους κινδύνους κατάθλιψης και ύπαρξης κοινωνικού δικτύου, καθώς και τις εμφανείς βιολογικές συνδέσεις τους με την καρδιακή ανεπάρκεια, πολύ λίγες κλινικές δοκιμές είχαν μέχρι τότε σχεδιαστεί για την μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή της βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης σε αυτούς τους ασθενείς. Μετά τις παραπάνω παρατηρήσεις, σχεδιάστηκε η μελέτη ENRICHD (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients). Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει τα αποτελέσματα μιας ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που θα στόχευε στη βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με την μείωση της θνησιμότητας και επανεμφάνισης καρδιακού συμβάντος σε ενήλικους άνδρες και γυναίκες με καρδιακή ανεπάρκεια. Η ENRICHD ήταν η πρώτη μελέτη που επιχειρούσε να ελέγξει αυτή την πιθανότητα. Ο σχεδιασμός περιελάμβανε την χρήση εξατομικευμένων παρεμβάσεων, αυστηρές κλινικές δοκιμές και την ένταξη στο δείγμα μεγάλου αριθμού γυναικών και ατόμων από τις μειονότητες. Μετά από 6 χρόνια σχεδιασμού και κλινικών δοκιμών τα ευρήματα έδειχναν ότι δεν υπήρχε καμία διαφορά ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Η μη επιβεβαίωση της ερευνητικής υπόθεσης προκάλεσε την απογοήτευση των ερευνητών που άρχισαν να σκέφτονται γιατί η ENRICHD δεν τα κατάφερε και κατέληξαν στην ανάγκη για περαιτέρω δοκιμές (ENRICHD study design, 2000).

Μια άλλη έρευνα που επιχειρήσε να μελετήσει το ίδιο ερώτημα ήταν η έρευνα MINT-IT (Myocardial Infarction and Depression Intervention Trial/) του van Melle και των συνεργατών του (2007). Πρόκειται για έρευνα πολύ μικρότερη από την ENRICHD, με μεγαλύτερη χρήση αντικαταθλιπτικών και λιγότερη παροχή ψυχοθεραπείας. Σκοπός της ήταν να μελετήσει κατά πόσο η αντικαταθλιπτική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Να αξιολογηθούν, δηλαδή, τα αποτελέσματα της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (φαρμακευτική αγωγή & ψυχοθεραπεία) συγκρινόμενα με την συνήθη φροντίδα. Παρά τις διαφορές των δύο μελετών, τα αποτελέσματά τους ήταν παρόμοια. Δεν υπήρξε καμία διαφορά ανάμεσα στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου (van Melle et al., 2007).

Καμία σχετική μελέτη δεν κατάφερε μέχρι σήμερα να αποδείξει με στατιστικά ισχυρά αποτελέσματα ότι αντιμετωπίζοντας θεραπευτικά την κατάθλιψη, η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να βελτιωθεί. Ωστόσο, καμία επίσης, έρευνα δεν κατάφερε με στατιστικά ισχυρά αποτελέσματα να απορρίψει την σχετική ερευνητική υπόθεση. Εξαιτίας αυτών των αποτελεσμάτων δημιουργήθηκε στην σκέψη των ερευνητών το

ερώτημα εάν θα πρέπει να εγκαταλειφτεί η σχετική έρευνα. Έρευνες όπως η MINT-IT και η ENRICHD έχουν δύο στενά σχετιζόμενους, αλλά διαφορετικούς στόχους. Ο ένας είναι να προσδιοριστεί εάν μια συγκεκριμένη θεραπεία βελτιώνει την καρδιακή λειτουργία και ο άλλος είναι να ελέγξει εάν η παρέμβαση βελτιώνει την καρδιακή λειτουργία διαμέσου της αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Ο πρώτος είναι στην ουσία μια κλινική ερώτηση, ενώ ο δεύτερος στόχος είναι μια ερευνητική υπόθεση σχετικά με το αν η κατάθλιψη παίζει αιτιώδη ρόλο στην πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Πρόσφατες εξελίξεις στην μοντελοποίηση και διαδικασίες εκτίμησης δείγματος για τις μελέτες δείχνουν ότι και για τους δύο προαναφερόμενους στόχους είναι απαραίτητα πολύ μεγαλύτερα δείγματα από αυτά που χρησιμοποιήθηκαν στις MINT-IT και ENRICHD. Επίσης, περισσότερο αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, εκτός από την χρήση φαρμακευτικής αγωγής, θα πρέπει να αναπτυχθούν προκειμένου να εξεταστεί αυτή η υπόθεση σε δείγματα ικανά προς μελέτη. Οι αρχικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι ένα δείγμα δύο ή και τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην ENRICHD είναι απαραίτητο για την διερεύνηση της κλινικής ερώτησης, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο δείγμα είναι απαραίτητο για να εξεταστεί η ερευνητική υπόθεση. Το μέγεθος του δείγματος θα εξαρτηθεί, εν μέρει, από την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και από την ισχύ της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και νοσηρότητας και θνησιμότητας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο τρόποι ορισμού του απαιτούμενου δείγματος σε μελλοντικές μελέτες. Ο ένας είναι να αναπτυχθούν πιο αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τα τελευταία χρόνια δεν υπάρχουν σπουδαίες εξελίξεις στο θέμα, τουλάχιστο όσον αφορά στην φαρμακευτική αγωγή. Έτσι, η επιτυχία της επόμενης μεγάλης κλινικής δοκιμής για την επίδραση της κατάθλιψης στην καρδιακή ανεπάρκεια είναι πιθανό να εξαρτάται από την πρόοδο στην θεραπεία της κατάθλιψης. Ο άλλος τρόπος είναι να ενισχυθεί η σχέση μεταξύ των δύο νοσημάτων. Αυτό είναι δυνατό αν βελτιωθούν οι μέθοδοι μέτρησης της κατάθλιψης και εντοπιστούν οι πτυχές της που επιδρούν στην καρδιακή λειτουργία, προσδιορίζοντας τις επιβλαβείς επιδράσεις στην καρδιά με μεγαλύτερη ακρίβεια και σκιαγραφώντας τις μηχανιστικές οδούς που συνδέουν την κατάθλιψη με χειρότερα καρδιακά αποτελέσματα (Carney & Freedland, 2007).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη, ως ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μείωση της κινητοποίησης του ασθενούς σε όλες τις εκφράσεις της

ζωής, είτε με την μορφή της απώλειας του ενδιαφέροντος για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, είτε με την μορφή της ανημποριάς και της έλλειψης ελπίδας (Μάνος, 1997). Χαρακτηρίζεται από μειωμένη ανταπόκριση σε ευχάριστα ερεθίσματα (ανηδονία) και συναισθήματα απόγνωσης. Η φυσική αδράνεια είναι ένας κοινός συμπεριφορικός μηχανισμός τόσο στην περίπτωση της κατάθλιψης, όσο και στην περίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Η χρόνια κόπωση που δεν διορθώνεται με την ανάπαυση, μυϊκή αδυναμία ή πόνος στις αρθρώσεις είναι, επίσης, κοινά σημεία και στα δύο νοσήματα. Αυτές οι ομοιότητες της συμπεριφοράς μπορεί να υποδηλώνουν ότι οι δύο καταστάσεις ίσως μοιράζονται πτυχές των ίδιων παθοφυσιολογικών ανωμαλιών. Η διαρκής κόπωση, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στο πως κατανοούν την σχέση μεταξύ μειωμένης διάθεσης και καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας. Η διαρκής κόπωση, όμως, μπορεί να είναι πρόδρομη κατάσταση και για έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο (Grippe & Johnson, 2009).

Η κλινική συμπτωματολογία για την κατάθλιψη συμπεριλαμβάνει και την παρουσία αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό, τους άλλους και την ζωή γενικότερα. Ο αρνητικός τρόπος σκέψης μπορεί να οριστεί ως καταθλιπτική γνωσία για τον εαυτό, τον κόσμο, το μέλλον και την απόσυρση από τους άλλους. Είναι μια γνωστική διαδικασία που είναι αυτόματη και επίπονη. Πηγάζει από την παιδική ηλικία και κυριαρχεί στις αντιλήψεις του καταθλιπτικού ατόμου εκφρασμένη σε ιδέες όπως «Δεν αξίζω τίποτα!», «Ότι κάνω είναι μια αποτυχία!», «Τίποτε δεν πρόκειται να πάει καλά για μένα!». Όσο παράλογες και αν είναι αυτές οι ιδέες, το άτομο πιστεύει ότι είναι αληθείς και η ζωή του επηρεάζεται σε κάθε της έκφραση αρνητικά από αυτές. Τέτοιου είδους αρνητικές σκέψεις μπορούν να έχουν ιδιαίτερα δυσμενείς συνέπειες. Πρωτίστως είναι ένας παράγοντας κινδύνου για καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και ένας προγνωστικός παράγοντας για μετέπειτα ανάπτυξη αντιδραστικής καταθλιπτικής διαταραχής. Όσο οι αρνητικές γνωσίες παραμένουν ενεργές, οδηγούν σε επιδείνωση της αντίληψης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και τα καταθλιπτικά συμπτώματα με την σειρά τους οδηγούν σε ανάπτυξη και άλλων αρνητικών σκέψεων. Αυτός ο συμπτωματικός κύκλος είναι πιθανό να οδηγήσει σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τέλος, οι αρνητικές σκέψεις αποτελούν ένα εν' δυνάμει παράγοντα αντίστασης στην θεραπεία, με όποιες συνέπειες μπορεί αυτό να έχει για την πορεία του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, που σχεδόν διπλασιάζει την πιθανότητα θανάτου τους και αυξάνει δραματικά την συχνότητα επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Σε μια πρόσφατη ποιοτική

έρευνα οι ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα περιγράφουν ότι έκαναν αρνητικές σκέψεις που ενίσχυαν την καταθλιπτική τους διάθεση (Dekker et al., 2009). Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με την κυκλικότητα επιδείνωσης που περιγράφηκε παραπάνω. Οι ασθενείς σε αυτή την μελέτη δήλωσαν ότι η θετική σκέψη ήταν ένας από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που χρησιμοποίησαν για να βελτιώσουν την κατάστασή τους. Αυτός είναι και ο στόχος της ψυχοθεραπείας σε αυτούς τους ασθενείς. Η τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων και η αντικατάστασή τους με θετικές σκέψεις μπορεί να αποτελέσει ένα σπουδαίο εργαλείο στην αντιμετώπιση του σωματικού νοσήματος και των επιπλοκών του (Dekker, 2011).

Η μέχρι σήμερα ερευνητική διερεύνηση της συσχέτισης καρδιακής ανεπάρκειας και κατάθλιψης έχει προσεγγίσει το θέμα από διάφορες οπτικές, ανάλογα με την θεωρητική προέλευση του ερευνητή. Έτσι, οι καρδιολόγοι και όσοι ενστερνίζονται αιτιολογικά μοντέλα σωματικής υγείας, προσεγγίζουν την έρευνα από την πλευρά της διερεύνησης των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που πιθανά διέπουν την συσχέτιση και την διερεύνηση ύπαρξης γονιδιακών εξηγήσεων. Από την άλλη πλευρά οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διερευνούν την σχέση της συννοσηρότητας μελετώντας συμπεριφορικά πρότυπα, γνωστικά σχήματα και μορφές αλληλεπίδρασης ατόμου-περιβάλλοντος. Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για ένα αέναο κύκλο παθολογίας, χωρίς αρχή και τέλος, που οδηγεί σε επιδείνωση και της καρδιακής ανεπάρκειας και της κατάθλιψης, όταν τα δύο νοσήματα συνυπάρχουν. Στην παρούσα έρευνα, η μελέτη της συννοσηρότητας θα προσεγγιστεί από την πλευρά της επίδρασης της σε συμπεριφορές που δυνητικά επιδεινώνουν ή βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και πιο συγκεκριμένα στην επίδραση της κατάθλιψης στην συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες.

Συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι μια από τις πολλές χρόνιες καταστάσεις που απαιτούν από τον ασθενή να συμμορφωθεί σε μια δια βίου αγωγή που περιλαμβάνει τόσο φάρμακα, όσο και οδηγίες άσκησης και διατροφής, προκειμένου να πετύχει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Στους ασθενείς δίνονται πολλαπλές οδηγίες, στις οποίες οφείλουν να συμμορφωθούν για να επιτευχθεί η μείωση της νοσηρότητας και

θησιμότητας. Η συμμόρφωση μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στο οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου συμπίπτει με τις ιατρικές οδηγίες. Ένας πρόσφατος ορισμός από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) συμπεριλαμβάνει τον ενεργό ρόλο του ασθενούς. Σε αυτόν τον ορισμό συμμόρφωση είναι ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά αντιστοιχεί στην τήρηση των συστάσεων που συμφωνήθηκαν μεταξύ του ασθενούς και του θεράποντα ιατρού (van der Wal et al., 2006).

Η αξιολόγηση της συμμόρφωσης παρουσιάζει μια σειρά από προκλήσεις, τόσο γιατί είναι πολύπλευρη, όσο και επειδή οι συμπεριφορές που συνιστούν συμμόρφωση ποικίλουν ανάμεσα στα διαφορετικά νοσήματα και θεραπείες (Spernak et al., 2007). Παρά την σημαντική επίδραση της μη συμμόρφωσης στην πορεία της νόσου, δεν υπάρχει ένα καθιερωμένο ερωτηματολόγιο που να εκτιμά τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή.

Οι εκτιμήσεις για την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ποικίλουν από 7-90% ανάλογα με το πώς ορίζεται και πώς μετριέται η συμμόρφωση.

Οι εκτιμήσεις για το πώς επηρεάζεται η συμμόρφωση με την πάροδο του χρόνου, με σημείο έναρξης την διάγνωση του νοσήματος, ποικίλουν. Έτσι σύμφωνα με τον DiMateo και τους συνεργάτες του (1993) η συμμόρφωση μειώνεται όσο μεγαλύτερο διάστημα ζει ο ασθενής με το πρόβλημα. Αντίθετα στην έρευνα του Cramer και των συνεργατών (2008) η συμμόρφωση μειώνεται στην αρχή, αλλά σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο αργότερα. Η μη συμμόρφωση στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών συμβάλει στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας και είναι μια από τις συχνότερες αιτίες για τις συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ποσοστό 50% ή ακόμη και τα δύο τρίτα των επανεισαγωγών θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν υπήρχε καλύτερο επίπεδο συμμόρφωσης από την πλευρά των ασθενών (DiMateo et al., 1993). Οι επανεισαγωγές όμως πέρα από την διατάραξη της οικογενειακής γαλήνης του ασθενούς, οδηγούν σε αυξημένο κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία (Muszbek et al., 2008). Εξαιτίας της σπουδαιότητας της συμμόρφωσης στην πορεία της νόσου, είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες επιδρούν σε αυτό το φαινόμενο έτσι ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλες παρεμβάσεις για την βελτίωση της.

Η μη συμμόρφωση είναι ένα πρόβλημα συμπεριφοράς που παρατηρούμε στους ασθενείς, και οφείλεται τόσο σε ενδοπροσωπικούς παράγοντες, όσο και σε εξωγενείς παράγοντες όπως οικονομικά προβλήματα, φτώχη επικοινωνία με τους ειδικούς,

ζητήματα που αφορούν στην οργάνωση των συστημάτων υγείας κ.α. (Wu et al., 2008). Σημαντικοί παράγοντες που αφορούν στον ασθενή και είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την συμμόρφωση είναι η γνώση και οι πεποιθήσεις για την καρδιακή ανεπάρκεια, η λειτουργική κατάστασή του, η κατανόηση για τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής και για τους περιορισμούς που θέτει η νόσος, δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (van der Wal et al., 2006). Πολλά δημογραφικά χαρακτηριστικά εμφανίζονται να σχετίζονται με τη μη-συμμόρφωση στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Αν και λίγες μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικές συσχετίσεις συμμόρφωσης και δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως το φύλο, μερικές έχουν δείξει ότι οι γυναίκες φαίνονται να παρουσιάζουν χαμηλότερη συμμόρφωση από τους άνδρες. Άλλες δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση των ασθενών αυτών, φαίνονται να σχετίζονται τόσο θετικά όσο και αρνητικά με την συμμόρφωση. Επιπλέον, ειδικά σε σύγκριση με άλλες ομάδες ασθενών με χρόνια νοσήματα, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια πάσχουν από εξαιρετικά εξουθενωτικά συμπτώματα, που οφείλονται στην φύση της ίδιας της νόσου, δηλαδή την ανεπαρκή κυκλοφορία του αίματος σε όλο το σώμα εξαιτίας του αποδυναμωμένου μυοκαρδίου. Το επίπεδο λειτουργικότητας, δηλαδή η κατάταξη κατά NYHA, και η συσχέτιση της με την συμμόρφωση απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Τα ευρήματα των σχετικών ερευνών δείχνουν ότι οι ασθενείς με σοβαρή δυσλειτουργία της καρδιάς μοιάζουν να συμμορφώνονται ως προς την τήρηση του πρωτοκόλλου ιατρικής παρακολούθησης, όχι, όμως, κατ' ανάγκη και ως προς την τήρηση των ιατρικών οδηγιών στο σύνολό τους (Farrell et al., 2011).

Ομοίως, ασαφή είναι τα ευρήματα για την σχέση συμμόρφωσης και αριθμού συνταγογραφούμενων φαρμάκων και επιπλέον έρευνα είναι απαραίτητη. Έτσι, ενώ ένας αριθμός σχετικών ερευνών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι μεγάλος αριθμός συνταγογραφούμενων φαρμάκων σχετίζεται αρνητικά με την συμμόρφωση, κάποιες άλλες έρευνες δεν ανίχνευσαν καμία συσχέτιση μεταξύ αριθμού φαρμακευτικών σκευασμάτων και συμμόρφωσης. Ένα άλλο θέμα που μοιάζει να σχετίζεται είναι η συννοσηρότητα με άλλα χρόνια νοσήματα, όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης, αλλά τα ευρήματα των ερευνών είναι συγκρουόμενα. Κάποιες έρευνες έχουν εντοπίσει ότι η παρουσία συννοσηροτήτων συσχετίζεται αρνητικά με την συμμόρφωση, ενώ κάποιες άλλες δεν βρήκαν καμία συσχέτιση (Farrell et al., 2011). Από την άλλη πλευρά, η παρουσία συννοσηρότητας οδηγεί σε αύξηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων,

αφού στην φαρμακευτική αγωγή για την καρδιακή ανεπάρκεια προστίθεται η αγωγή που στοχεύει στο/στα άλλο/άλλα νόσημα/νοσήματα. Η αύξηση, όμως, της πολυπλοκότητας του θεραπευτικού σχήματος αναμένεται να οδηγήσει σε ενός βαθμού μη συμμόρφωση και αυτό μειώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, εκθέτει τον ασθενή σε πιθανή αποσταθεροποίηση και μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συμπτωματολογία (van der Wal et al., 2005).

Την τελευταία δεκαετία οι ερευνητές έχουν αρχίσει να διερευνούν αν και κατά πόσο ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να ενέχονται στην μη-συμμόρφωση αυτού του πληθυσμού. Στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι φτωχότερη συμμόρφωση σχετίζεται με υψηλότερη κατάθλιψη και χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη. Η αρνητική ή εχθρική συμπεριφορά του ατόμου γενικότερα ως προς τα γεγονότα της ζωής του, μοιάζει να αναδύεται σε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για μη-συμμόρφωση στους ασθενείς με καρδιακή νόσο (Farrell et al., 2011). Ανάμεσα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια η έρευνα έδειξε ότι η πεποίθηση για την ωφελιμότητα των φαρμάκων σχετίζεται θετικά με την συμμόρφωση ενώ αντίθετα, η πίστη του ατόμου στην αυτο-αποτελεσματικότητα του για να ξεπεράσει το εμπόδιο της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε μη-συμμόρφωση. Αν και η γνώση του ασθενούς για το νόσημα δεν εξασφαλίζει από μόνη της συμμόρφωση, ένα ελάχιστο επίπεδο γνώσεων σχετικά με την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στην κλινική εικόνα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην βελτίωση της λειτουργικότητας, μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια συμμόρφωση στα προτεινόμενα ιατρικά σχήματα. Παρόμοια είναι τα ευρήματα της έρευνας του Murray και των συνεργατών του (2009) που αναφέρουν ότι ένας σημαντικός παράγοντας για την τήρηση των ιατρικών οδηγιών είναι η προσεκτική εκπαίδευση των ασθενών και η επιμονή του θεράποντα ιατρού έτσι ώστε να καταλάβουν την σπουδαιότητα τους στην βελτίωση της υγείας τους. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε μη συμμόρφωση (Whooley, 2006). Πιθανή εξήγηση γι' αυτό το εύρημα είναι ότι οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να επηρεάσουν τα κίνητρα και την προθυμία του ασθενούς, αλλά και την ικανότητα του να ακολουθήσει το προτεινόμενο υγειονομικό σχήμα. Εξάλλου, η κατάθλιψη σχετίζεται με απομόνωση και διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας που και τα δύο επηρεάζουν αρνητικά την συμμόρφωση (van der Wal et al., 2006).

Επιπλέον, σύμφωνα με το «Μοντέλο πεποιθήσεων για την Υγεία» (Health Belief Model- Becker), οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ατόμων για το νόσημα, μπορούν να

εξηγήσουν τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με την υγεία (Janz & Becker, 1984). Έτσι, σημαντικές κατασκευές που επηρεάζουν είναι τα αντιληπτά οφέλη και τα εμπόδια για την αγωγή υγείας. Τα αντιληπτά οφέλη περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που έχουν σχεδιαστεί από τον θεράποντα ιατρό για την μείωση του κινδύνου από την ασθένεια και τα αντιληπτά εμπόδια περιλαμβάνουν τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από συγκεκριμένες δράσεις για την υγεία. Επειδή τα εμπόδια για συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας έχουν υψηλή συσχέτιση με τη μη-συμμόρφωση, είναι σημαντικό ο ασθενής να πιστεύει ότι είναι δυνατό να αποκτήσει έλεγχο πάνω στο νόσημά του. Στην έρευνα του van der Wal και των συνεργατών του (2006) τα ευρήματα ήταν αξιοπρόσεκτα ως προς αυτή την οπτική. Έτσι, φάνηκε ότι οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν πιο συμμορφωμένοι ως προς την τήρηση των ιατρικών ραντεβού και την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, παρουσίασαν χαμηλή συμμόρφωση ως προς την τήρηση των οδηγιών για την διατροφή, τον περιορισμό των υγρών και ακόμη πιο χαμηλή στις οδηγίες άσκησης και το καθημερινό ζύγισμα. Παρόλο που για να είναι ένας ασθενής συνεπής στις οδηγίες ζύγισης και μείωσης των υγρών, πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένος για τις συνέπειες της μη-συμμόρφωσης σε αυτές, στην συγκεκριμένη έρευνα οι ασθενείς ανέφεραν ότι πολύ λίγα γνώριζαν για το θέμα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι σημαντικό ο θεράπων ιατρός, άλλα και όσοι υγειονομικοί εμπλέκονται με την θεραπεία να είναι πιο επιμελείς ως προς την ενημέρωση και εκπαίδευση που προσφέρουν στους ασθενείς τους (van der Wal et al., 2006). Μόνο η καλή γνώση για το νόσημα και την επιμέρους σημασία ή και σπουδαιότητα της κάθε ιατρικής οδηγίας δίνει στον ασθενή την αίσθηση ότι μπορεί να ασκήσει κάποιο έλεγχο στην κατάσταση της υγείας του και να επιφέρει την επιθυμητή συμμόρφωση.

Οι περισσότερες έρευνες που μελετούν τη συμμόρφωση αναφέρονται στην συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, αγνοώντας τις υπόλοιπες ιατρικές οδηγίες, όπως οδηγίες ζύγισης, διατροφής, άσκησης και διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα όμως με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την καρδιακή ανεπάρκεια εκτός από την φαρμακευτική αγωγή που συνταγογραφείται και οι υπόλοιπες οδηγίες είναι απολύτως απαραίτητες για ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχήμα. Ο van der Wal και οι συνεργάτες του (2005) υποστηρίζουν ότι τα υψηλότερα ποσοστά μη-συμμόρφωσης βρίσκονται στις οδηγίες διατροφής, περιορισμού υγρών, ζυγίσματος και άσκησης. Επίσης, κατά τους ίδιους ερευνητές, σημαντικό πρόβλημα για αυτούς τους

ασθενείς είναι η καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας όταν υπάρχει έξαρση της συμπτωματολογίας.

Η έρευνα για συγκεκριμένες συμπεριφορές που σχετίζονται ή επηρεάζουν την συμμόρφωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι ιδιαίτερα περιορισμένη, αλλά είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να σχεδιαστούν στρατηγικές που να ενισχύσουν την αυτό-προστατευτική καθημερινή πρακτική τους. Πολλές αυτό-προστατευτικές συμπεριφορές μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην υγεία και ευημερία των ασθενών και μιλώντας για αυτό-προστατευτικές συμπεριφορές αναφέρονται οι συμπεριφορές στις οποίες ο ίδιος ο ασθενής αναλαμβάνει να φροντίσει τον εαυτό του με σκοπό την προαγωγή της υγείας του. Σε αυτές περιλαμβάνεται και η συμμόρφωση, τόσο ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και ως προς την τήρηση του συνόλου των ιατρικών οδηγιών. Επίσης, ως σημαντική αυτό-προστατευτική συμπεριφορά αναφέρεται η ικανότητα του ασθενούς να αναγνωρίζει την σπουδαιότητα των συμπτωμάτων και να αναζητά βοήθεια την κατάλληλη στιγμή. Η έρευνα της Jaarsma και των συνεργατών της (2000) στόχευε στην περιγραφή αυτών των αυτό-προστατευτικών συμπεριφορών και στην διερεύνηση της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτικής για την υιοθέτηση τους από τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Για τους συγκεκριμένους ερευνητές, στην περίπτωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, οι περιορισμοί στην υιοθέτηση αυτό-προστατευτικών συμπεριφορών μπορούν να οργανωθούν σε τρεις κατηγορίες: σε περιορισμούς ως προς την γνώση τους για τις ιδιαιτερότητες του νοσήματος τους, σε περιορισμούς ως προς την κρίση τους και την λήψη αποφάσεων και σε περιορισμούς ως προς την επίτευξη αποτελεσματικών δράσεων για την βελτίωση της υγείας τους. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης με σκοπό την ενημέρωση των ασθενών για τις ιδιαιτερότητες του νοσήματος είναι αποτελεσματικά ως προς την θετική τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών ως προς την πρώτη ομάδα περιορισμών. Ωστόσο, ως προς τους περιορισμούς σε σχέση με την επιλογή συμπεριφορών που πρέπει να γίνουν σε σχέση με το νόσημα, τα ευρήματα έδειξαν ότι ενώ οι ασθενείς ξέρουν τι πρέπει να κάνουν, επιλέγουν να κάνουν κάτι διαφορετικό. Καταλήγοντας, οι ερευνητές τονίζουν ότι για την βελτιστοποίηση των παρεμβάσεων σε αυτούς τους ασθενείς, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών συμπεριφοράς που να πηγάζουν από το προσωπικό δυναμικό των ιδίων των ασθενών. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να επικεντρώνονται στην εκπαίδευση των ασθενών να

επιλέγουν οι ίδιοι τις κατάλληλες συμπεριφορές με σκοπό την όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμόρφωση τους τόσο με άμεσα (πχ καθημερινό ζύγισμα), όσο και με έμμεσα αποτελέσματα (π.χ. μείωση επανεισαγωγών, ποιότητα ζωής). Τελικός σκοπός αυτού του είδους των παρεμβάσεων είναι η καλλιέργεια της ικανότητας των ασθενών να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν τα προβλήματα της καθημερινότητας, που σχετίζονται με το πρόβλημα της υγείας τους, με το λιγότερο δυνατό άγχος και το μέγιστο δυνατό επιθυμητό αποτέλεσμα. Ως προς αυτή την κατεύθυνση σημαντική είναι, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, τόσο η ενίσχυση των ασθενών από τους υγειονομικούς φορείς (π.χ. κατ' οίκον επισκέψεις από την κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος φροντίδας), όσο και η παρουσία υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος (συγγενείς ή φίλοι) (Jaarsma et al.,2000).

Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα της έρευνας της Byrne και των συνεργατών της (2005) που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την χρησιμότητα των πεποιθήσεων των ασθενών για την αρρώστια και την φαρμακευτική αγωγή στην πρόβλεψη συμπεριφορών δευτερογενούς πρόβλεψης. Για την συγκεκριμένη έρευνα, δευτερογενής πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί με την συμμόρφωση του ασθενούς στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών, δηλαδή, με διακοπή καπνίσματος, με υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση, σταθεροποίηση του σωματικού βάρους στο επιθυμητό επίπεδο, διατήρηση χαμηλής αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης. Μετά από επισκόπηση των σχετικών ερευνών, το εύρημα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές ήταν ότι μετά από εφαρμογή παρεμβάσεων σε αυτή την ομάδα ασθενών, ενώ η συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή και την τήρηση του πρωτόκολλου ιατρικών επισκέψεων βελτιώθηκε σημαντικά, η αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών ήταν πολύ δύσκολο να επιτευχθεί. Μια εξήγηση που έχει προταθεί για αυτό το εύρημα είναι ότι η αποτυχία των συγκεκριμένων παρεμβάσεων οφείλεται στο γεγονός ότι στον σχεδιασμό τους δεν είχαν ληφθεί υπόψη οι προσωπικές πεποιθήσεις και οι αναπαραστάσεις των ασθενών για την αρρώστια. Οι έρευνες αποκαλύπτουν ότι οι πεποιθήσεις των χρονίων πασχόντων για το νόσημα τους μπορεί να είναι ένας παράγοντας βοηθητικός ως προς την πρόβλεψη ενός αριθμού συμπεριφορών που σχετίζονται με την βελτίωση της υγείας τους. Ειδικά για τους καρδιολογικούς ασθενείς, στην σχετική ερευνητική βιβλιογραφία, έχει αποδειχθεί ότι η προσωπική αναπαράσταση των ασθενών για το νόσημα συνδέεται με μια σειρά σημαντικών συμπεριφορών. Οι ασθενείς έχουν ένα συγκεκριμένο γνωστικό σχήμα για το νόσημα τους και αν αναπτύξουν συμπτώματα σύμφωνα με αυτό το σχήμα, τότε είναι πιθανό να ζητήσουν βοήθεια. Οι ίδιοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να τροποποιήσουν

συμπεριφορές του τρόπου ζωής τους, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, εάν αυτές οι συμπεριφορές (με βάση πάντα το γνωστικό τους σχήμα) θεωρηθούν αιτιώδεις ως προς την ανάπτυξη του καρδιακού νοσήματος. Οι καρδιοπαθείς ασθενείς, τέλος, φαίνεται να είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν ενεργά στην αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας συμμορφούμενοι στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών αν αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως ελεγχόμενη και σοβαρή και αν πιστεύουν ότι κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές του τρόπου ζωής τους ενέχονται ως αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης της νόσου. Επίσης, καθοριστικοί παράγοντες ως προς την συμμόρφωση φαίνονται να είναι οι πεποιθήσεις των ασθενών για την ιατρική επιστήμη. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι είναι σημαντικό να εξετάζεται η σχέση μεταξύ πεποιθήσεων και συμπεριφορών προκειμένου να σχεδιαστούν πιο αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης (Byrne et al., 2005).

Από την σχετική βιβλιογραφία τρεις παράμετροι φαίνεται να ενέχονται όσον αφορά στο θέμα της συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στις ιατρικές οδηγίες. Αυτές είναι η γνώση των ασθενών για την νόσο, οι συνήθειες συμπεριφορές τους (με την έννοια του προτύπου ή της συνηθισμένης τακτικής τους αντιμετώπισης όσων συμβαίνουν στην ζωή τους) και οι προκαταλήψεις τους για την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες (Wu et al., 2008).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία (DiMateo et al., 1993. Wu et al., 2008) φαίνεται ότι δεν είναι μόνο ο τρόπος που ορίζει ο κάθε ερευνητής την έννοια της συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες που επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα, γι' αυτό τα ποσοστά της ερευνητικής καταμέτρησης της συμμόρφωσης ποικίλουν από 7-90% (όπως έχει αναφερθεί στην αρχή της παρούσης ενότητας), είναι και οι προκαταλήψεις και οι πεποιθήσεις των ιδίων των ασθενών για το τι σημαίνει «ακολουθώ τις οδηγίες». Στις ιατρικές οδηγίες για την καρδιακή ανεπάρκεια, εκτός από την φαρμακευτική αγωγή, περιλαμβάνονται επίσης, οδηγίες διατροφής, ζυγίσματος και άσκησης και μάλιστα ως ένα βαθμό η φυσική κατάσταση του κάθε αρρώστου και οι καθημερινές του συνήθειες είναι αυτές που θα βοηθήσουν τον θεράποντα ιατρό στην επιλογή της βέλτιστης αγωγής.

Από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και την κλινική πρακτική είναι φανερό ότι τόσο η κατάθλιψη, όσο και η μη συμμόρφωση είναι δύο φαινόμενα που σχετίζονται στενά με την καρδιακή ανεπάρκεια, τόσο ως προς την πορεία, όσο και ως προς την πρόγνωση της νόσου. Από τις λίγες σχετικές μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να οδηγεί σε μη συμμόρφωση. Παραμένουν,

όμως, αδιευκρίνιστοι οι τρόποι συσχέτισης κατάθλιψης, συμμόρφωσης και καρδιακής ανεπάρκειας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι θα ήταν χρήσιμο να ελεγχθεί η έννοια της συμμόρφωσης, όχι μόνο με την παράμετρο της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και των υπολοίπων παραμέτρων των ιατρικών οδηγιών (διακοπή καπνίσματος, άσκηση, πρωινό ζύγισμα, διατροφή).

Σκοπός της παρούσας έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση της κατάθλιψης και της συμμόρφωσης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Διαμορφώνονται οι παρακάτω υποθέσεις:

- ☒ Η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με τη συνολική συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες που αφορούν τόσο στην φαρμακευτική αγωγή, όσο και στις οδηγίες για καθημερινό ζύγισμα, οδηγίες διατροφής, οδηγίες διακοπής καπνίσματος και οδηγίες άσκησης,
- ☒ Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη,
- ☒ Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται αρνητικά με την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή,
- ☒ Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται αρνητικά με την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες (καθημερινό ζύγισμα, αλάτι στο φαγητό, διακοπή καπνίσματος και άσκηση)
- ☒ Τέλος, θα διερευνηθεί η σχέση της συνολικής συμμόρφωσης (τόσο όσο προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και ως προς την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ως προς το κάπνισμα, άσκηση, πρωινό ζύγισμα και διατροφή) με τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας προέλευσης, μορφωτικό επίπεδο).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα έλαβαν μέρος ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, επιλέχθηκε η κατηγοριοποίηση της καρδιακής ανεπάρκειας κατά NYHA. Η NYHA κατάταξη των ασθενών έγινε λίγο πριν την εισαγωγή τους στην κλινική. Συμμετείχαν στην έρευνα όσοι ασθενείς είχαν επίπεδο λειτουργικότητας ικανό να τους επιτρέψει την άνετη συμμετοχή τους σε μία συνέντευξη διάρκειας περίπου 10-15 λεπτών. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς που κατατάχτηκαν σε NYHA IV γιατί η βαρύτητα της νόσου δεν τους επέτρεπε σωματική δραστηριότητα, καθώς και οι ασθενείς που είχαν συννοσηρότητα όπως άνοια, παλιό ή πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα που προϋπήρχαν της διάγνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 46 άτομα από τα οποία 30(65,2%) άνδρες και 16(34%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 72,9 έτη (τ.α.=12,6 χρόνια). Ο νεότερος συμμετέχων ήταν 21 ετών και ο μεγαλύτερος 94 ετών.

Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, 9 (19,6%) ήταν αναλφάβητοι, 27 (58,7%) απόφοιτοι Δημοτικού, 6 (13,0%) απόφοιτοι της εννιάχρονης υποχρεωτικής εκπαίδευσης, και 4 (8,7%) απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Ως προς το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας τους, 19 (41,3%) το περιέγραψαν ως χαμηλό, 24 (52,2%) ως μέτριο και 3 (6,5%) ως υψηλό.

Από τους συμμετέχοντες, 28(60,9%) άτομα, δήλωσαν ότι διέκοψαν το κάπνισμα αμέσως μετά την διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, ενώ 12(26,1%) άτομα, δήλωσαν ότι δεν κάπνισαν ποτέ στην ζωή τους. Οι υπόλοιποι, δηλαδή ποσοστό 13% δήλωσαν ότι συνεχίζουν να καπνίζουν. Από αυτούς 1(2,2%) άτομο, δήλωσε ότι καπνίζει περιστασιακά, 2(4,3%) άτομα, δηλώσαν ότι καπνίζουν έως 10 τσιγάρα κάθε μέρα, ενώ 3(6,5%) άτομα, δήλωσαν ότι καπνίζουν από 11-20 τσιγάρα την ημέρα.

Ως προς τη βαρύτητα της νόσου των συμμετεχόντων, 3 (6,5%) χαρακτηρίστηκαν ως NYHA I, 28 (60,9%) ως NYHA II, και 15 (32,6%) ως NYHA III. Από τους συμμετέχοντες, 25 (54,3%) δήλωσαν ότι έχουν και κάποιο άλλο νόσημα για το οποίο

παίρνουν φάρμακα, 20 (43,5%) δήλωσαν ότι δεν έχουν άλλο νόσημα και 1 (2,2%) δεν απάντησε στη σχετική ερώτηση.

Εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία:

1. Για την μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Beck (Beck et al, 1985). Πρόκειται για κλίμακα αυτοαναφοράς η οποία αποτελείται από 21 θέματα και έχει στόχο την καταγραφή των νευροφυτικών και γνωστικών συμπτωμάτων της κλινικής κατάθλιψης. Κάθε θέμα περιγράφει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης και αποτελείται από τέσσερις- έξι προτάσεις αυτοαξιολόγησης. Οι προτάσεις κατατάσσονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκφράζουν την βαρύτητα του συμπτώματος από την απουσία του έως την μέγιστη σοβαρότητα. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0 έως 5, ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας. Υπάρχουν δώδεκα θέματα με 4 προτάσεις αυτοαξιολόγησης που βαθμολογούνται από 0-3, οκτώ θέματα με 5 προτάσεις αυτοαξιολόγησης από βαθμολογούνται από 0-4 και ένα θέμα με έξι προτάσεις αυτοαξιολόγησης που βαθμολογούνται από 0-5. Σε κάθε θέμα, οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μία από τις πιθανές προτάσεις, αυτή που αντιπροσωπεύει καλύτερα το συναίσθημα που βιώνουν, με την επισημάνση ότι οι απαντήσεις αφορούν σε συναισθήματα των τελευταίων 15 ημερών. Για παράδειγμα οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν (0) Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο, (1) Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως, (2) Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω, (3) Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω. Οι απαντήσεις στα 21 θέματα προστίθενται και το άθροισμα που προκύπτει μας δίνει το συνολικό δείκτη κατάθλιψης για κάθε ασθενή. Το άθροισμα των 10 ή κάτω βαθμών θεωρείται φυσιολογικό, δηλαδή μη κατάθλιψη. Οι βαθμολογίες από 11 έως 18 δείχνουν ήπια κατάθλιψη, το άθροισμα που κυμαίνεται από 19 έως 30 δείχνει μέτρια κατάθλιψη, ενώ βαθμολογίες πάνω από 30 δείχνουν σοβαρή κατάθλιψη. Η κλίμακα BDI παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, με υψηλή θετική συνάφεια με το άγχος και την αλεξιθυμία και με αρνητική συνάφεια με την κλίμακα εσωτερικής συγκρότησης. Η κλίμακα BDI παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία. Ο δείκτης Cronbach's α είναι ίσος με 0,84 (Σταλίκας κ.α., 2002).

2. Για την μέτρηση της συμμόρφωσης ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και ως προς την τήρηση των ιατρικών οδηγιών δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, για την συμμόρφωση ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής δημιουργήθηκαν δύο ερωτήσεις: «Παίρνεται τα φάρμακα που σας έχει δώσει ο γιατρός;» και «Διακόψατε ποτέ τα φάρμακα που σας έχει δώσει ο γιατρός;» και δυνατές απαντήσεις την καταφατική (Ναι) και την αρνητική (Όχι). Για την συμμόρφωση στις οδηγίες άσκησης υπάρχουν τρεις (3) ερωτήσεις. Την πρώτη συμπληρώνει ο θεράπων ιατρός του ασθενούς αναφέροντας την οδηγία άσκησης που έχει δοθεί στον συγκεκριμένο ασθενή / ανά εβδομάδα. Την δεύτερη ερώτηση συμπληρώνει ο ασθενής, αναφέροντας την συχνότητα άσκησης που εφαρμόζει / ανά εβδομάδα. Την τρίτη ερώτηση συμπληρώνει ο ερευνητής αναφέροντας το ποσοστό συμμόρφωσης του συγκεκριμένου ασθενούς που υπολογίζεται με απλή μέθοδο των τριών και τα στοιχεία των δύο προηγούμενων ερωτήσεων. Η συμμόρφωση στις οδηγίες ζυγίσματος διερευνάται με μια ερώτηση: «Ζυγίζεστε κάθε πρωί;» και πιθανές απαντήσεις την καταφατική (Ναι) και την αρνητική (Όχι). Ομοίως, διερευνάται και η συμμόρφωση στις διατροφικές συνήθειες με την ερώτηση: «Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας;» και δυνατές απαντήσεις την καταφατική (Ναι) και την αρνητική (Όχι).

Για την διερεύνηση της συμμόρφωσης ως προς την διακοπή του καπνίσματος υπάρχει πεδίο στο οποίο αναφέρει: «Σε σχέση με τις καπνιστικές σας συνήθειες, παρακαλούμε επιλέξτε ένα από τα παρακάτω» και δυνατές επιλογές τις: «Δεν υπήρξα ποτέ καπνιστής/στρια.», «Έχω σταματήσει το κάπνισμα», «Καπνίζω περιστασιακά», «Καπνίζω καθημερινά από ελάχιστα έως 10 τσιγάρα την ημέρα», «Καπνίζω καθημερινά από 11-20 τσιγάρα την ημέρα» και «Καπνίζω καθημερινά περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα».

3. Καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών δηλαδή ηλικία, φύλο, εκπαίδευση και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας)

4. Τέλος, καταγράφεται η κατάταξη κατά NYHA του συγκεκριμένου ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του κάθε ασθενούς. Ο θεράπων ιατρός, επίσης, καταγράφει αν ο ασθενής πάσχει από οποιοδήποτε άλλο νόσημα για το οποίο λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.

Διαδικασία

Οι ασθενείς ενημερώνονταν από τον θεράποντα ιατρό τους για την εκπόνηση της εργασίας για τους σκοπούς και τους όρους συμμετοχής. Τους γνωστοποιούνταν η ανώνυμη συμμετοχή τους και η χρονική διάρκεια που απαιτούνταν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αν συμφωνούσαν να συμμετάσχουν οριζόταν η ημέρα και η ώρα συνάντησης με τον ερευνητή, σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενούς.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν από τον ερευνητή, έτσι ώστε να μην επιβαρύνονται οι ασθενείς που ήδη νοσηλεύονταν. Εξάλλου, όπως προκύπτει από την στατιστική ανάλυση, μεγάλος αριθμός των υποκειμένων ήταν σε μεγάλη ηλικία και επίσης, σημαντικό ποσοστό ήταν αναλφάβητοι ή ελάχιστα εκπαιδευμένοι ακαδημαϊκά.

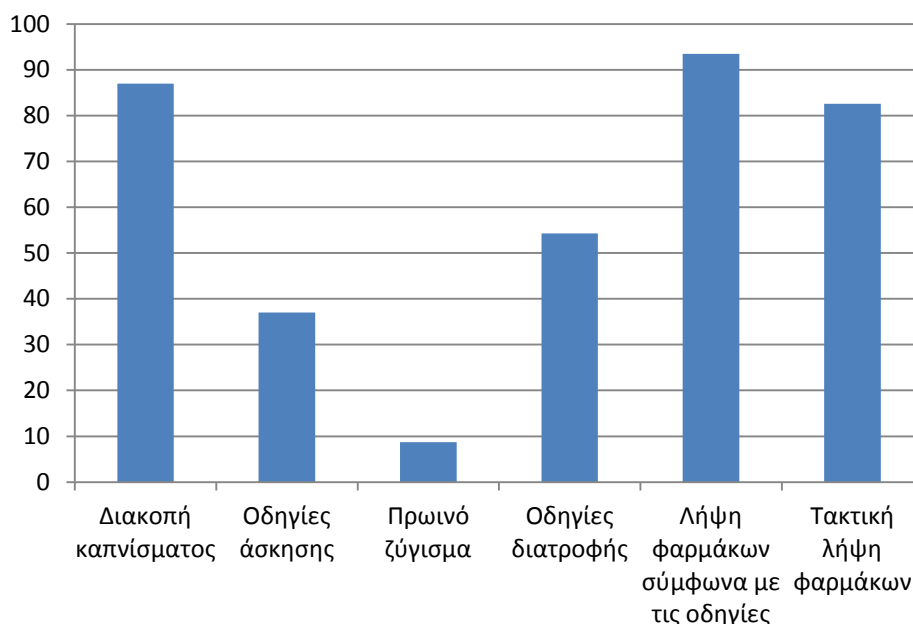
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικοί δείκτες

Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, όλες οι ερωτήσεις που αφορούν στη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες κωδικοποιήθηκαν ώστε να δείχνουν συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση. Ο Πίνακας 1 δείχνει τις συχνότητες των απαντήσεων στις σχετικές ερωτήσεις.

Πίνακας 1. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες συμμόρφωσης στις επιμέρους ιατρικές οδηγίες (N=46).

	Συμμόρφωση	
	f	%
Διακοπή καπνίσματος	40	87,0
Οδηγίες άσκησης	17	37,0
Πρωινό ζύγισμα	4	8,7
Οδηγίες διατροφής	25	54,3
Λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες	43	93,5
Τακτική λήψη φαρμάκων	38	82,6



Διάγραμμα 1. Σχετικές συχνότητες συμμόρφωσης και μη συμμόρφωσης στις επιμέρους ιατρικές οδηγίες.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμμορφώνονται με τις οδηγίες που αφορούν στο κάπνισμα, στην τακτική λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες, λιγότεροι στις οδηγίες που αφορούν στο αλάτι στο φαγητό, ακόμη λιγότεροι στις οδηγίες άσκησης, ενώ πολύ λίγοι ζυγίζονται κάθε πρωί.

Με βάση τις απαντήσεις στις επιμέρους ιατρικές οδηγίες, υπολογίστηκε ένας βαθμός συνολικής συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες. Ο μέσος όρος του δείγματος στη μεταβλητή αυτή είναι 3,67 και η τυπική απόκλιση 0,93. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, κανένας συμμετέχων δεν είχε βαθμό συνολικής συμμόρφωσης μικρότερο του 2, που σημαίνει ότι όλοι οι συμμετέχοντες συμμορφώνονται με τουλάχιστον δύο ιατρικές οδηγίες.

Πίνακας 2. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των βαθμών συνολικής συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες (N=45)

Βαθμός συνολικής συμμόρφωσης	f	%
0	0	0
1	0	0
2	4	8,9
3	16	35,6
4	17	37,8
5	7	15,6
6	1	2,2

Τέλος, ο μέσος όρος στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck ήταν 20,8, η τυπική απόκλιση 11,8 και εύρος τιμών από 3 ως 54. Σύμφωνα με τις κατανομές που συνοδεύουν το ερωτηματολόγιο του Beck, φαίνεται ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη. Αναλυτικά, 9 άτομα δείχνουν χωρίς κατάθλιψη (score Beck μικρότερο ή ίσο του 10), 10 άτομα δείχνουν ήπια κατάθλιψη (score Beck 11-18), 18 άτομα δείχνουν μέτρια κατάθλιψη (score Beck 19-30) και 9 άτομα δείχνουν σοβαρή κατάθλιψη (score Beck μεγαλύτερο του 30).

Για την διεξαγωγή των στατιστικών ελέγχων των ευρημάτων η συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή ορίστηκε ως συμμόρφωση τόσο ως προς την τακτική λήψη, όσο και την λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Ποσοστό 84% (N=38) είχαν πλήρη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή. Η σύγκριση των δύο ομάδων (συμμόρφωσης και μη συμμόρφωσης) ως προς την βαθμολογία στην κλίμακα

Beck έγινε με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney και δεν έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα [$p=0,259$].

Για την διερεύνηση της δεύτερης υπόθεσης «*Η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με τη συνολική συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες*», υπολογίστηκε ο δείκτης συνάφειας Pearson r μεταξύ του βαθμού της κατάθλιψης και της συνολικής συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες. Ο δείκτης αυτός δεν ήταν στατιστικά σημαντικός [$r=-0,01, p>0,05$].

Για την διερεύνηση της υπόθεσης «*Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη*», η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι η βαρύτητα της νόσου δε σχετίζεται με την κατάθλιψη. Ειδικότερα, τα άτομα με βαρύτητα νόσου NYHA I είχαν μέσο όρο κατάθλιψης 19,3 (τ.α.=13,0), τα άτομα με NYHA II 20,4 (τ.α. = 11,3), και τα άτομα με NYHA III 13,3 (τ.α.=3,4), $F(2, 43) = 0,1, p>0,05$.

Για την διερεύνηση της υπόθεσης «*Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή*», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η βαρύτητα της νόσου δεν σχετίζεται με την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή. Επειδή στην κατηγορία NYHA I ήταν μόνο 3 άτομα, συγκρίθηκαν τα άτομα με NYHA II με τα άτομα με NYHA III [*Fisher's exact test* $p=0,645$].

Πίνακας 3. Σχέση της βαρύτητας της νόσου με την συμμόρφωση ως προς την λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες.

Συμμόρφωση ως προς λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες	NYHA II	NYHA III	Fisher's exact test
NAI	23	13	0,645
OXI	5	1	

Για την διερεύνηση της υπόθεσης «*Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες*», όπως και στην διερεύνηση της προηγούμενης υπόθεσης, επειδή στην κατηγορία NYHA I ήταν μόνο 3 άτομα, συγκρίθηκαν τα άτομα με NYHA II με τα άτομα με NYHA III. Το t-test για την σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την συνολική συμμόρφωση ως προς τις ιατρικές οδηγίες έδειξε στατιστικά μη σημαντική διαφορά [$t(40)=-0,353, p=0,726$]. Συγκεκριμένα, ως προς τη συνολική

συμμόρφωση, τα άτομα με NYHA II είχαν μέσο όρο 3,7 (τ.α.=0,9) και τα άτομα με NYHA III είχαν μέσο όρο 3,8 (τ.α.=0,9).

Πίνακας 4. Σχέση της βαρύτητας της νόσου με την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες (N=46).

Συμμόρφωση ως προς	NYHA II	NYHA III	Fisher's exact test
Διακοπή καπνίσματος			0,643
ΝΑΙ	24	14	
ΟΧΙ	4	1	
Οδηγίες άσκησης			1,000
ΝΑΙ	10	6	
ΟΧΙ	18	9	
Πρωινό ζύγισμα			0,280
ΝΑΙ	4	0	
ΟΧΙ	24	15	
Αλάτι στο φαγητό			1,000
ΝΑΙ	16	8	
ΟΧΙ	12	7	

Ως προς την διερεύνηση της σχέσης της συνολικής συμμόρφωσης (τόσο όσο προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και ως προς την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ως προς το κάπνισμα, άσκηση, πρωινό ζύγισμα και διατροφή) με τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας προέλευσης, μορφωτικό επίπεδο), έγιναν επιμέρους αναλύσεις για καθένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

- **Φύλο:** Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι το φύλο δε σχετίζεται με τη συνολική συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες. Ειδικότερα, στη συνολική συμμόρφωση, οι άντρες είχαν μέσο όρο 3,7 (τ.α.=1,0) και οι γυναίκες 3,6 (τ.α.=0,7), [$t(43) = -0,22, p > 0,05$.]

Πίνακας 5. Σχέση φύλου με την συνολική συμμόρφωση ως προς τις ιατρικές οδηγίες (N=46).

Συμμόρφωση ως προς	Άντρες	Γυναίκες	Fisher's exact test
Διακοπή καπνίσματος			0,078
NAI	24	16	
OXI	6	0	
Οδηγίες άσκησης			1,000
NAI	11	6	
OXI	19	10	
Πρωινό ζύγισμα			1,000
NAI	3	1	
OXI	27	15	
Οδηγίες διατροφής			0,360
NAI	18	7	
OXI	12	9	
Λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες			0,686
NAI	25	13	
OXI	4	3	

▪ *Ηλικία*: Ο δείκτης συνάφειας Pearson r μεταξύ της ηλικίας και της συνολικής συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες ήταν -0,003 και δεν ήταν στατιστικά σημαντικός. Επομένως, η ηλικία δε φαίνεται να σχετίζεται με το βαθμό συνολικής συμμόρφωσης.

▪ *Μορφωτικό επίπεδο*: Όπως περιγράφηκε αναλυτικά στην ενότητα Μέθοδος, λίγοι συμμετέχοντες δήλωσαν απόφοιτοι της εννιάχρονης υποχρεωτικής εκπαίδευσης (13,0%) και ανώτερης ή ανώτατης μόρφωσης (8,7%). Χάριν των συγκρίσεων ως προς το μορφωτικό επίπεδο, οι δύο αυτές κατηγορίες ενοποιήθηκαν. Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) έδειξε ότι ο βαθμός συνολικής συμμόρφωσης δε διαφοροποιείται ως προς το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, στο βαθμό αυτό, οι αναλφάβητοι είχαν μέσο όρο 3,9 (τ.α.=0,9), οι απόφοιτοι Δημοτικού 3,5 (τ.α.=0,9) και οι απόφοιτοι Γυμνασίου και άνω 3,9 (τ.α.=1,1), [$F(2, 42) = 0,99, p > 0,05$].

▪ *Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ)*: Όπως περιγράφηκε αναλυτικά στην ενότητα Μέθοδος, πολύ λίγοι συμμετέχοντες (6,5%) περιέγραψαν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας προέλευσης ως «υψηλό». Χάριν των συγκρίσεων για αυτό το ερώτημα, οι κατηγορία «υψηλό» ενοποιήθηκε με την κατηγορία «μέτριο». Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η συνολική συμμόρφωση δε σχετίζεται με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ειδικότερα, στη συνολική συμμόρφωση, τα άτομα χαμηλού ΚΟΕ είχαν μέσο όρο 3,4 (τ.α.=0,7) και τα άτομα μέτριου ή υψηλού ΚΟΕ 3,4 (τ.α.=0,7), [$t(43) = -1,5, p > 0,05$].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε την συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η υπόθεση ότι η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με την συνολική συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες δεν υποστηρίζεται από τα ευρήματα της έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι ασθενείς συμμορφώνονται με την τακτική λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Ομοίως, συμμορφώνονται στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών, όσον αφορά στο καθημερινό ζύγισμα, στις οδηγίες για την διατροφή, την διακοπή του καπνίσματος και την άσκηση. Έτσι, ενώ ήταν αναμενόμενο οι καταθλιπτικοί ασθενείς να σταματήσουν να ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες, αφού, σύμφωνα με τον Whooley (2006), υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τόσο η ίδια η παρουσία κατάθλιψης, όσο και οι μηχανισμοί που συνδέονται με αυτή μπορεί να οδηγούν σε μη συμμόρφωση, αυτό δεν φάνηκε να συμβαίνει με τους ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Αντίστοιχα, ο van der Wal και οι συνεργάτες του (2006), υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να επηρεάσουν τα κίνητρα, την προθυμία αλλά και την ικανότητα του ασθενούς να ακολουθήσει το προτεινόμενο υγειονομικό σχήμα. Παρόμοια είναι τα ευρήματα και της έρευνας του Farrell και των συνεργατών του (2011), που υποστηρίζουν ότι η αρνητική ή εχθρική συμπεριφορά του ατόμου γενικότερα ως προς τα γεγονότα της ζωής του, μοιάζει να αναδύεται σε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για μη-συμμόρφωση στους ασθενείς με καρδιακή νόσο. Στην ίδια, όμως, έρευνα ο Farrell και οι συνεργάτες του (2011) υποστηρίζουν ότι αν ο ασθενής δεν πιστεύει στην αυτό-αποτελεσματικότητά του, τότε οδηγείται σε συμμόρφωση, οδηγούμενος από την πεποίθηση ότι το τελευταίο όπλο του στην φάρετρα κατά του νοσήματος είναι το προτεινόμενο υγειονομικό σχήμα. Αυτή είναι μια πιθανή εξήγηση για το διαφορετικό εύρημα της παρούσας μελέτης, ότι, δηλαδή, αυτοί οι ασθενείς έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια να ελέγξουν την ζωή τους και έχουν αφήσει την κατάσταση της υγείας τους στην συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες και μόνο σε αυτές, καθιστώντας, κατά ένα τρόπο, μόνο υπεύθυνο για την πορεία της υγείας τους το υγειονομικό σχήμα και τον γιατρό που το συνταγογραφεί. Άλλωστε τόσο ο Whooley, όσο και ο van der Wal αναφέρονται ο πρώτος σε σοβαρές ενδείξεις και ο δεύτερος σε πιθανότητα συσχέτισης κατάθλιψης και συμμόρφωσης, ενώ

κανένας από τους δύο δεν αναφέρεται σε σημαντική στατιστικά συσχέτιση της συγκεκριμένης παθολογικής κατάστασης με την συμμόρφωση.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς συμμορφώνονται με την τακτική λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν υποστηριχτεί και από άλλους ερευνητές (Scherer et al., 2007), οι οποίοι βρίσκουν ότι η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος και η συμβίωση με σημαντικούς άλλους μπορεί να έχουν θετική επίδραση στην πορεία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Μια σχετική έρευνα έγινε στην γειτονική Τουρκία, χώρα όπου, όπως και στην Ελλάδα, η κοινωνική οργάνωση χαρακτηρίζεται από στενές οικογενειακές σχέσεις και η πολιτισμική ταυτότητα των δύο κρατών είναι παρόμοια και αμφίπλευρα επηρεασμένη. Έτσι, στην έρευνα των Kasıkçi & Alberto (2007), τα ευρήματα αναφέρονται σε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της στήριξης της οικογένειας και της υιοθέτησης αυτό-προστατευτικών και αποτελεσματικών συμπεριφορών από την πλευρά των ασθενών, ιδιαίτερα βοηθητικών ως προς την βελτίωση των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους. Αντίστοιχα, στην ελληνική κοινωνία που οι οικογενειακές σχέσεις είναι στενές, η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος σε κάθε περίπτωση, πολύ περισσότερο δε, σε περίπτωση διάγνωσης χρόνιου νοσήματος, πρέπει να θεωρείται σχεδόν δεδομένη. Αυτός ίσως είναι ένας παράγοντας που μπορεί να δικαιολογήσει την παρουσία συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες ακόμη και ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη, έτσι όπως μετρήθηκε με την κλίμακα Beck. Ίσως, δηλαδή, είναι το περιβάλλον που ωθεί ή και πιέζει τον ασθενή να παραμείνει συμμορφωμένος. Με άλλα λόγια, το κίνητρο της συμμόρφωσης να μην είναι εσωτερικό αλλά εξωτερικό. Ο ασθενής, σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, συμμορφώνεται με το σύνολο των οδηγιών για δύο λόγους. Είτε γιατί ελέγχεται πειστικά από τους οικείους, είτε γιατί εξαιτίας των στενών οικογενειακών σχέσεων δεν θέλει να τους απογοητεύσει. Βεβαίως, περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να διερευνηθεί ο ρόλος της παρουσίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος στους Έλληνες ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Τέλος, μία ακόμη πιθανή εξήγηση είναι ότι όλοι οι ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα παρακολουθούνται από τον ίδιο υγειονομικό φορέα, το Γενικό Νοσοκομείο Βόλου και για αυτή την παρακολούθηση χρησιμοποιείται ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Ο κάθε ασθενής παρακολουθείται από έναν συγκεκριμένο ιατρό του τμήματος που είναι ο ίδιος κάθε φορά. Σε κάθε επίσκεψη των ασθενών ο θεράπων

ιατρός τονίζει στον ασθενή και τους συνοδούς του την σημασία της συμμόρφωσης για την πορεία της υγείας του και ίσως με αυτό τον τρόπο να συμβάλει στην τροποποίηση του γνωστικού σχήματος του ασθενούς και του περιβάλλοντος του προς την κατεύθυνση δημιουργίας γνωστικών κατασκευών που περιλαμβάνουν την συμμόρφωση ως βασική προϋπόθεση για την διατήρηση και βελτίωση της υγείας του. Με αυτό τον τρόπο ίσως να επιτυγχάνεται μια τροποποίηση της στάσης των ασθενών, σε σχέση με το νόσημά τους και να αυξάνεται η αίσθηση άσκησης ελέγχου της υγείας τους. Μια τέτοια εξήγηση ενισχύεται από τα ευρήματα της έρευνας των Janz και Becker (1984), που υποστηρίζουν ότι οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ατόμων για το νόσημα μπορούν να εκληφθούν ως αιτιολογικοί παράγοντες για την εξήγηση των συμπεριφορών των ατόμων που σχετίζονται με την υγεία. Επιπλέον, η καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου Βόλου είναι στελεχωμένη με εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που με ιδιαίτερη επιμέλεια φροντίζει για την εκπαίδευση και ενημέρωση των ασθενών για την σπουδαιότητα των ιατρικών οδηγιών, τουλάχιστο όταν αυτοί νοσηλεύονται ή όταν προσέρχονται για τον τακτικό μηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο τους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος, με την πάροδο του χρόνου και τις επαναλαμβανόμενες επισκέψεις των ασθενών έχει αναπτύξει μαζί τους μια ζεστή και θερμή επαφή, έτσι ώστε, γιατροί και νοσηλευτές να επιδεικνύουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εφαρμογή των οδηγιών και να συζητούν με τον ασθενή τρόπους για να το πετύχει αυτό. Καλλιεργώντας ένα τέτοιο κλίμα εμπιστοσύνης και συναισθηματικής εγγύτητας επιτυγχάνεται από την μία η τροποποίηση του γνωστικού σχήματος του νοσήματος του ασθενούς προς την κατεύθυνση χρήσιμων ως προς την βελτίωση της υγείας συμπεριφορών και από την άλλη ενισχύεται η αίσθηση ότι ο φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας μετατρέπεται από ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον σε ένα ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα. Συνεπώς, οι ασθενείς που παρακολουθούνται από τον συγκεκριμένο φορέα ενημερώνονται τακτικά και σταθερά για τα οφέλη της συμμόρφωσης στο σύνολο των ιατρικών οδηγιών ως προς την προαγωγή της υγείας τους. Η συχνή και σταθερή επανάληψη είναι σημαντική για την τήρηση των ιατρικών οδηγιών γιατί σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας της Jaarsma και των συνεργατών της (2000) μεγάλο ποσοστό πληροφοριών που δίνονται κατά την επίσκεψη ενός ασθενούς σε ένα υγειονομικό φορέα χάνονται είτε γιατί ο ασθενής δεν τις καταλαβαίνει, είτε γιατί τις ξεχνά. Η επανάληψη και η επιμονή των παρόχων υγείας μπορεί να είναι η λύση σε αυτό το πρόβλημα, όπως αναφέρει και ο Murray και οι συνεργάτες του (2009), που θεωρούν την εκπαίδευση των ασθενών ως

παράγοντα υψίστης σημασίας για την συμμόρφωση, ενώ ο Farrell και οι συνεργάτες του (2011), υποστηρίζουν ότι αν και η γνώση του ασθενούς για το νόσημα δεν εξασφαλίζει από μόνη της συμμόρφωση, ένα επίπεδο γνώσεων σχετικά με την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στην κλινική εικόνα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην βελτίωση της λειτουργικότητας, μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια συμμόρφωση στα προτεινόμενα ιατρικά σχήματα. Άλλωστε, στην έρευνα του Wu και των συνεργατών του (2008), οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η καλή επικοινωνία με τους ειδικούς και ζητήματα που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας φαίνονται να είναι παράγοντες που ενισχύουν την συμμόρφωση των ασθενών. Μόνο όταν οι ασθενείς γνωρίζουν καλά το νόσημα τους και την επιμέρους σπουδαιότητα κάθε ιατρικής οδηγίας μπορεί να οδηγηθούν σε συμμόρφωση, καταλήγει ο van der Wal και οι συνεργάτες του (2006).

Στην παρούσα έρευνα, μάλιστα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, δηλαδή το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την συμμόρφωση. Εφόσον σε όλους τους ασθενείς δίδονται με την ίδια συχνότητα και έμφαση οι ίδιες πληροφορίες για την σπουδαιότητα της τήρησης των ιατρικών οδηγιών, αυτές γίνονται κατανοητές και κατακτούνται από όλους ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Εξάλλου, σύμφωνα με τον van der Wal και τους συνεργάτες του (2006), λίγες μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικές συσχετίσεις συμμόρφωσης και δημογραφικών χαρακτηριστικών, αλλά και όσες αναφέρουν τέτοιες συσχετίσεις, ενίοτε καταλήγουν σε αντικρουόμενα αποτελέσματα, αφού σε άλλες αναφέρεται θετική και σε άλλες αρνητική συσχέτιση. Περαιτέρω ερευνητική διερεύνηση είναι απαραίτητη προκειμένου να αποσαφηνιστεί η πιθανή συσχέτιση.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας δεν σχετίζεται με την συνολική συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, δηλαδή τόσο με την τακτική λήψη φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες, όσο και με το καθημερινό ζύγισμα, την άσκηση, την διακοπή καπνίσματος και τις οδηγίες διατροφής. Οι ασθενείς ανεξάρτητα από το πόσο βεβαρημένη σωματική/λειτουργική κατάσταση και να βιώνουν, εξαιτίας του νοσήματος, συνεχίζουν να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού. Ίσως η εξήγηση του ευρήματος να είναι παρόμοια με την εξήγηση που δόθηκε παραπάνω στο ότι η κατάθλιψη δεν σχετίζεται με την συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, φαίνεται, δηλαδή, αυτοί οι ασθενείς να έχουν έντονο αίσθημα ανημποριάς και έλλειψης ελέγχου της ζωής τους και να εναποθέτουν τις τελευταίες ελπίδες τους στην

ευλαβική τήρηση του προτεινόμενου υγειονομικού σχήματος. Μια άλλη πιθανή εξήγηση για αυτά τα ευρήματα προέρχεται από την έρευνα της Byrne και των συνεργατών της (2005). Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές η προσωπική αναπαράσταση των καρδιολογικών ασθενών για το νόσημα τους μπορεί να τους οδηγήσει σε τροποποίηση σημαντικών συμπεριφορών του τρόπου ζωής τους με τρόπο συμβατό ως προς τις ιατρικές οδηγίες, εάν αυτές οι συμπεριφορές θεωρηθούν αιτιώδεις, σύμφωνα, πάντα, με το γνωστικό τους σχήμα, ως προς την εμφάνιση και στην συνέχεια ως προς την βελτίωση της νόσου. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής πιστεύει ότι το κάπνισμα ή η έλλειψη γυμναστικής μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη της καρδιακής ανεπάρκειας είναι περισσότερο πιθανό να συμμορφωθεί ως προς τις οδηγίες διακοπής καπνίσματος και άσκησης από ότι ένας ασθενής που δεν πιστεύει ότι το κάπνισμα ή η έλλειψη γυμναστικής μπορεί να ενοχοποιούνται για την κακή καρδιακή λειτουργία. Αντίστοιχα, αν το γνωστικό σχήμα ενός ασθενούς περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή ως κομβική για την βελτίωση της υγείας του θα συμμορφωθεί ως προς την τήρηση της, ανεξάρτητα από το πόσο σοβαρή είναι η λειτουργική έκπτωση που βιώνει. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της έρευνας των van der Wal και των συνεργατών του (2006), σύμφωνα με τους οποίους η γνώση και οι πεποιθήσεις των ασθενών για την καρδιακή ανεπάρκεια και για τους περιορισμούς που θέτει η νόσος, αλλά και η κατανόηση για τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την συμμόρφωση.

Η υπόθεση ότι η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που κατατάσσονται σε υψηλότερο στάδιο σύμφωνα με την κατάταξη κατά NYHA, δεν έχουν και υψηλότερο άθροισμα στην κλίμακα Beck, που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι, ενώ κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι όσο αυξάνει η κλάση NYHA, τόσο χειρότερη φαίνεται να είναι η κατάθλιψη (Delville & McDoudall, 2008), στην παρούσα έρευνα φαίνεται να υπάρχει κατάθλιψη ανεξάρτητα από την βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με το εύρημα του Skotzko και των συνεργατών του (2000) που υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι μεν παρούσα στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αλλά δεν σχετίζεται με την βαρύτητα του καρδιολογικού νοσήματος.

Από την μελέτη των ευρημάτων της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι το φαινόμενο της συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια επηρεάζεται από την στάση όσων συμμετέχουν στην φροντίδα αυτών των ασθενών. Μια τέτοια εξήγηση ίσως

αυξάνει την ευθύνη, ιδιαίτερα των γιατρών αλλά και όλων των υγειονομικών που παρέχουν φροντίδες υγείας σε αυτούς τους ασθενείς. Ειδικότερα, για τους ειδικούς καρδιολόγους φαίνεται να υπάρχει, επιπλέον η ευθύνη ενημέρωσης για το θέμα, των συναδέλφων τους που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα ιδιωτικά και αυτών που υπηρετούν στα επιμέρους κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία, αφού η Ελλάδα είναι μια χώρα όπου αρκετοί ασθενείς δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στις τριτοβάθμιες μονάδες υγείας.

Από την άλλη πλευρά, όσον αφορά στην οργάνωση των τριτοβάθμιων μονάδων υγείας, φαίνεται να αναδύεται η ανάγκη δημιουργίας τακτικών εξωτερικών ιατρείων για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, έτσι ώστε οι ασθενείς να έρχονται συχνά και τακτικά σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό τους. Αυτή η συχνή επαφή μπορεί να οδηγήσει, μέσω της επανάληψης της σπουδαιότητας της τήρησης των ιατρικών οδηγιών, σε τροποποίηση της σχετικής γνώσις του ασθενούς με τρόπο χρήσιμο ως προς την βελτίωση της υγείας τους. Επίσης, η εγγύτητα που προκύπτει από αυτή την συχνή επαφή μοιάζει να αναδύεται σε προγνωστικό παράγοντα ως προς την συμμόρφωση που εμφανίζουν οι ασθενείς. Η στελέχωση τέτοιων μονάδων ίσως θα ήταν χρήσιμο να γίνει με διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών (γιατροί, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, φυσικοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας) έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα οργάνωσης εξειδικευμένων προγραμμάτων διαχείρισης και παρακολούθησης του κάθε ασθενούς.

Ωστόσο, πρέπει να σημειώσουμε ορισμένους περιορισμούς της έρευνας. Πρώτος περιορισμός είναι ότι αναφέρεται σε ένα μικρό δείγμα ασθενών (46) και μάλιστα όλοι οι ασθενείς προέρχονται από την ίδια γεωγραφική περιοχή. Πέραν τούτου, όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνται από τον ίδιο υγειονομικό φορέα τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή το νοσοκομείο Βόλου και ειδικότερα την Καρδιολογική Κλινική. Αυτό σημαίνει ότι αυτοί όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα εξετάστηκαν και παρακολουθήθηκαν από γιατρούς και γενικότερα επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλευτές, διαιτολόγοι κλπ) που ακολουθούν το ίδιο πρωτόκολλο παροχής υπηρεσιών. Είναι πιθανό σε κάποιο άλλο νοσοκομείο οι επαγγελματίες να μην είναι τόσο επίμονοι στην ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών, όσο στο συγκεκριμένο πλαίσιο, με συνέπεια τα ευρήματα της έρευνας να ήταν διαφορετικά όσον αφορά στην συμμόρφωση, τουλάχιστο, των οδηγιών διατροφής, άσκησης, διακοπής καπνίσματος και ζυγίσματος, πλην της λήψεως της φαρμακευτικής αγωγής.

Ένας άλλος περιορισμός της έρευνας είναι ότι μεγάλος μέρος της συλλογής των πληροφοριών βασίζεται σε ερωτήσεις αυτοαναφοράς, ειδικότερα όσον αφορά στην

διερεύνηση της συμμόρφωσης των ασθενών. Όπως έχουμε αναφέρει και στην εισαγωγή του κειμένου, ένα μεγάλο πρόβλημα ως προς την διερεύνηση της συμμόρφωσης είναι το γεγονός ότι παρά την σπουδαιότητα του θέματος ως προς την πορεία και πρόγνωση των ασθενών, δεν υπάρχει ερωτηματολόγιο που να την ελέγχει.

Τέλος, πρόκειται για συγχρονική έρευνα. Ένα τυχαίο δείγμα μελετάται μια συγκεκριμένη στιγμή και σε ένα συγκεκριμένο χώρο. Αυτό σημαίνει ότι στην πραγματικότητα «φωτογραφίζει» αυτό το δείγμα και δεν δίνει πληροφορίες αιτιότητας για τα ευρήματά της, παρά μόνο σε περιορισμένο επίπεδο. Πέραν τούτου, οι συγχρονικές μελέτες δεν είναι πολύ ακριβείς ως προς τα αποτελέσματά τους.

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν περιορισμό ως προς την γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσης έρευνας.

Συμπεράσματα

Παρά τους περιορισμούς της, η έρευνα αυτή μας παρέχει μια πρώτη εικόνα για την συσχέτιση της κατάθλιψης και της συμμόρφωσης των Ελλήνων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Φαίνεται ότι η ιδιαιτερότητα της πολιτισμικής οργάνωσης και της κουλτούρας της Ελλάδας επηρεάζει το φαινόμενο της συμμόρφωσης στο προτεινόμενο υγειονομικό σχήμα, ανεξάρτητα από την παρουσία κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς, ενώ ούτε η βαρύτητα του νοσήματος, ούτε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς φαίνονται να το τροποποιούν. Εντούτοις, η παρούσα έρευνα δεν καταφέρνει να αναδείξει αιτιώδεις σχέσεις για το φαινόμενο οπότε περαιτέρω διερεύνηση είναι απαραίτητη. Ωστόσο, είναι εμφανές το συμπέρασμα ότι η διαρκής και επίμονη εκπαίδευση των ασθενών είναι απαραίτητη. Ίσως θα ήταν χρήσιμο η έρευνα να στραφεί προς την διερεύνηση οργάνωσης εξατομικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης των ασθενών και των οικείων τους, αφού μοιάζει αυτός να είναι ο παράγοντας κλειδί για την διατήρηση της συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, ανεξάρτητα από συννοσηρότητα με κατάθλιψη, βαρύτητα του νοσήματος και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Beck, AT., Stear, RA., Garben, MG.(1985). *The Beck Depression Inventory. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation*. Boston: Houghton Mifflin.
- Byrne, M., Walsh, J. & Murphy, A.W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal of Psychosomatic Research* 58:403–415.
- Carney, R.M. & Freedland, K.E. (2007). Does treating depression improve survival after acute coronary syndrome? *British Journal of Psychiatry*, 190, 467-468.
- Cramer, J.A., Benedict, A., Muszbek, N., Keskinaslan, A. & Khan, Z.M. (2008). The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1):76–87.
- Cully, J.A., Jimenez, D.E., Ledoux, T.A., & Deswal, A. (2009). Recognition and treatment of depression and anxiety symptoms in heart failure. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(3):103-133.
- Davis, J., Fujimoto, R. Y., Juarez, D. T., Hodges, K.A., & Asam, J. K. (2008). Major depression associated with rates of cardiovascular disease state transitions. *The American Journal of Managed Care*, 14(3): 125-131.
- Dekker, RL, Peden, AR, Lennie, TA, Schooler, MP & Moser, DK. (2009). Living with depressive symptoms in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4):310–318.
- Dekker, RL. (2011). Measurement of negative thinking in patients with heart failure: A critical review and analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(1):9–20.
- Delville, C.L. & McDougall, G. (2008). A systematic review of depression in adults with heart failure. Instruments and incidence. *Issues in Mental Health Nursing*, 29:1002-1017.
- DiMatteo, M.R., Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., Kravitz, R.L. & McGlynn, E.A. (1993).Physicians’ characteristics influence patients’ adherence to medical

- treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12:93–102.
- Dracup, K, Walden, JA, Stevenson, LW. & Brecht, ML.(1992). Quality of life in patients with advanced heart failure. *Journal Heart Lung Transplant*, 11(2 Pt 1):273–279.
- Drakos, SG., Anastasiou-Nana, MI., Malliaras, K. & Nanas, JN.(2009). Anemia in chronic heart failure. *Congest Heart Failure*, 15: 87-92.
- Ekman, I, Andersson, B., Cleland, J. & Swedberg, K.(2005). Exploring symptoms in chronic failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7:699-703.
- ENRICHED study design (2000). *American Heart Journal*, 139(1): Part 1
- Farrell, Kr., Shen, B.J., Mallon, St., Penedo, FJ. & Antoni, M.H. (2011). Utility of the Millon Behavioral Medicine Diagnostic to predict medication adherence in patients diagnosed with heart failure. *Journal of Clinical Psychology in Med Settings*, 18:1–12.
- Friedman, MM & Griffin, JA.(2001).Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart Lung*, 30(2):98–104.
- Gottlieb, St., Kop, W., Ellis, St., Binkley, P., Howlett, J., O’Connor, Chr., Blumenthal, J., Fletcher, G., Swank, A.M. & Cooper, L. (2009).Relation of Depression to Severity of Illness in Heart Failure (From HF-ACTION [Heart Failure and a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise]) Training). *American Journal of Cardiology*, 103(9):1285–1289.
- Greenberg, B. & Hermann, D. (2004). *Σύγχρονη Διάγνωση, Αντιμετώπιση της Καρδιακής Ανεπάρκειας*. Αθήνα: Βαγιονάκης.
- Grippo, AJ. & Johnson, AK.(2009). Stress, depression, and cardiovascular dysregulation: A review of neurobiological mechanisms and the integration of research from preclinical disease models. *National Institute of Health*, 12(1):1–21.
- He, J., Ogden, L.G., Bazzano, L.A., Vupputuri, S., Loria, C., & Whelton, P. K. (2001). Risk factors for congestive heart failure in US men and womenNHANES I. Epidemiologic follow-up study. *Archives of Internal Medicine* 161(7):996.
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C. & Moser, D.K.(2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*, 38(2):100–108.
- Jaarsma, T., Abu-Saad, H. H., Dracup, K. & Halfens, R. (2000).Self-care behavior of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14:112–119.

- Janz, NK. & Becker, MH. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1):1-47.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L.H., Cuffe, M.S., Blazing, M.A., Davenport, C., Califf, R.M., Krishnan, R.R. & O'Connor, C.M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161:1849–1856.
- Kaşıkcı, K.M & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8):1468-78.
- Murray, MD, Tu, W., Wu, J., Morrow, D., Smith, F. & Brater, DC (2009). Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 85(6): 651–658.
- Muszbek, N., Brixner, D., Benedict, A., Keskinaslan, A. & Khan, Z.M. (2008). The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *International Journal of Clinical Practice*, 62(2):338–351.
- O' Connor, C.M., Jiang, W., Kuchibhatla, M., Mehta, R.H., Clary, G.L., Cuffe, M.S., Christopher, E.J., Alexander, J.D., Califf, R.M. & Krishnam, R.R. (2008). Antidepressant use, depression and survival in patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 168(20): 2232-2237.
- Okonkwo, OC., Sui, X., & Ahmed, A.(2007). Disease-specific depression and outcomes in chronic heart failure: A propensity score analysis. *Comprehensive Therapy*, 33(2):65–70.
- Räikkönen, K. (2009). Psychological aspects of cardiovascular disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16:195–196.
- Rector, T., Anand, I. & Cohn, J.(2006). Relationships between clinical assessments and patient's perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*, 12(2):87–92.
- Rozzini, R., Sabatini, T., Frisoni, GB. & Trabucchi, M.(2002).Depression and major outcomes in older patients with heart failure [letter]. *Archives of Internal Medicine*, 162:362–364.
- Rutledge, Th., Reis, VA., Linke, S. E., Greenberg, BH. & Mills, PJ. (2006). Depression in heart failure. A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and

- associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8):1527-1537.
- Scherer, M., Hummel, W., Stanske, B., Scherer, F., Koschack, J., Kochen, M. & Herrmann- Lingen, C. (2007). Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study. *British Journal of General Practice*, 57:801-807.
- Sgoifo, A, De Boer, S.F., Buwalda, B., Korte-Bouws, G., Tuma, J., Bohus, B., Zaagsma, J. & Koolhaas, J.M. (1998). Vulnerability to arrhythmia during social stress in rats with different sympathovagal balance. *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology*, 275:460–466.
- Silver, M.A., (2010). Depression and heart failure: An overview of what we know and don't know. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 77(3):7-11.
- Skotzko, C. E., Krichten, C., Zietowski, Gr., Alves, L., Freudenberger, R., Robinson, S., Fisher, M. & Gottlieb, S. (2000). Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 6(4): 300-305.
- Sullivan, M., Simon, G., Spertus, J. & Russo, J. (2002). Depression-related costs in heart failure care. *Archives of Internal Medicine*, 162:1860–1866.
- The ENRICHD investigators. Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD): study design and methods (2000). *American Heart Journal*, 139:1-9.
- Vaccarino, V., Kasl, S.V., Abramson, J. & Krumholz, H.M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 38:199–205.
- van der Wal, H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J. G. M., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D.J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27: 434–440.
- van der Wal, M.H.L., Jaarsma, T. & van Veldhuisen, D.J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *The European Journal of Heart Failure*, 7:5 – 17.
- van Melle, J.P., de Jonge, P., Honig, A., Schene, A.H., Kuyper, A.M., Crijns, H.J., Schins, A., Tulner, D., van den Berg, M.P., Ormel, J. & MIND-IT investigators (2007). Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 190:460-6.

- Westlake, C, Dracup, K, Creaser, J, Livingston, N, Heywood, JT, Huiskes, BL, Fonarow, G. & Hamilton, M. (2002). Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung*, 31(2):85–93.
- Whooley, M. (2006). Depression and cardiovascular disease. Healing the broken heart. *Journal of American Medical Association*, 295(24):2874-2881.
- Williams, SA., Kasl, SV., Heiat, A., Abramson, JL., Krumholz, HM. & Vaccarino, V. (2002). Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. *Psychosomatic Medicine*, 64:6–12.
- Wu, J.R., Moser, D.K., Chung, M.L., Lennie, T.A.(2008). Predictors of Medication Adherence Using a Multidimensional Adherence Model in Patients with Heart F. *Journal of Cardiac Failure*, 14(7): 603–614.
- Yfandopoulos J. (2001). Quality of life and quality in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2):114-130.
- Yfandopoulos, J. (2001). The “social” quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2):108-113.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Tunpuu, St., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, Pr., Varigos, J. & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364:937–952.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: University Studio Press.
- Νικολάου, Μ. & Κρεμαστινός, Δ.(2007). Κατάθλιψη και καρδιακή ανεπάρκεια. Εξελίξεις στην παθοφυσιολογία, διάγνωση και θεραπεία. *Εξελίξεις 2007- Προοπτικές 2008 στην Καρδιολογία*, 2(3):260-266.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Δ.Γ., Λιάπη, Ε. & Κυρίτση, Ε. (2009). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 48(1):94-104.
- Σταλίκας, Α., Τρίλιβα, Σ., Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (4^η Έκδοση).
- Φιλίππατος, Γ., Αδαμόπουλος, Στ., Παρίσης, Ι., Ανθόπουλος, Λ., Κρεμαστινός, Δ. (2005). *Καρδιακή ανεπάρκεια, από την διάγνωση στην θεραπεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο συλλογής δεδομένων

1. Ηλικία:..... χρονών

2. Φύλο: Γυναίκα Άνδρας

3. Εκπαίδευση (παρακαλούμε επιλέξτε ένα από τα παρακάτω):

Αναλφάβητος/η.

Απόφοιτος/η Δημοτικής Εκπαίδευσης

Έως και απόφοιτος/η εννιάχρονης (υποχρεωτικής) εκπαίδευσης

Απόφοιτος/η Μεταλυκειακής Σχολής

Απόφοιτος/η Ανώτατης Σχολής

4. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς σας θα λέγατε ότι είναι....

(παρακαλούμε επιλέξτε ένα από τα παρακάτω):

Χαμηλό

Μέτριο

Υψηλό

5. Σε σχέση με τις καπνιστικές σας συνήθειες, παρακαλούμε επιλέξετε ένα από τα παρακάτω:

Δεν υπήρξα ποτέ καπνιστής/καπνίστρια

Έχω σταματήσει το κάπνισμα

Καπνίζω περιστασιακά

Καπνίζω καθημερινά, από ελάχιστα έως 10 τσιγάρα την ημέρα

Καπνίζω καθημερινά, από 11 έως 20 τσιγάρα την ημέρα

Καπνίζω καθημερινά, περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα

6. Έχει δοθεί οδηγία άσκησης στον συγκεκριμένο ασθενή; (συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7. Πόσες φορές την εβδομάδα έχει λάβει οδηγία να περπατά ο συγκεκριμένος ασθενής ανά εβδομάδα;

(συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς)

- 5 φορές την εβδομάδα
- 4 φορές την εβδομάδα
- 3 φορές την εβδομάδα
- 2 φορές την εβδομάδα
- 1 φορά την εβδομάδα
- καθόλου

8. Πόσες φορές την εβδομάδα περπατάτε;

- 5 φορές την εβδομάδα
- 4 φορές την εβδομάδα
- 3 φορές την εβδομάδα
- 2 φορές την εβδομάδα
- 1 φορά την εβδομάδα
- Καθόλου

9. Τελικό ποσοστό συμμόρφωσης στις οδηγίες άσκησης ανά εβδομάδα (συμπληρώνεται από τον ερευνητή).

5. Πλήρης συμμόρφωση στις οδηγίες
4. Συμμόρφωση 80%.
3. Συμμόρφωση 60%
2. Συμμόρφωση 40%
1. Συμμόρφωση 20%
0. Καθόλου άσκηση

10. Ζυγίζετε κάθε πρωί;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Βάζετε αλάτι στο καθημερινό σας φαγητό;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Παίρνετε τα φάρμακα που σας έχει δώσει ο γιατρός;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Διακόψατε ποτέ τα φάρμακα που σας έχει δώσει ο γιατρός;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Κατάταξη **NYHA** του ασθενούς (συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό):

.....

Πάσχει ο συγκεκριμένος ασθενής από κάποιο άλλο νόσημα για το οποίο να του χορηγείται φαρμακευτική αγωγή; (συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό)

ΝΑΙ ΟΧΙ

Το ερωτηματολόγιο του Beck (B.D.I.)

(οι ερωτήσεις αφορούν το διάστημα των τελευταίων 2 εβδομάδων)

A. Συναίσθημα

0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η
1. Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός/η
2. Είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
3. Είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
4. Είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

- 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυνμένος/η για το μέλλον
- 1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2 Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3 Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4 Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας/σύζυγος-μητέρα)

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η
1. Αισθάνομαι βαριεστημένος/η σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος/ή
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος

Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

Η. Μίσος για τον εαυτό

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου

3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

Κ. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

Μ. Κοινωνική απόσυρση

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα

2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

N. Αναποφασιστικότητα

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/η όπως πάντα
1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός

O. Μείωση παραγωγικότητας

0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές ύπνου

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/η από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

P. Εύκολη κόπωση

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω

3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

- 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
- 1. Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
- 2. Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
- 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Τ. Απώλεια βάρους

- 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
- 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
- 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
- 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

- 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
- 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα
- 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο
- 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

- 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες/άνδρες)
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες/άνδρες) απ' ότι συνήθως
- 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες/άνδρες)
- 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες/άνδρες)