



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ψυχικές Διαταραχές Ασθενών με Οξείες και Χρόνιες
Καρδιακές Παθήσεις**

Θεοδωρίδου Στυλιανή

Τ.Ε Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων Καθηγητής:

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Λέκτορας ψυχιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλη:

Μπακούρας Σιδέρης, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Καθηγητής Τμήματος

Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Λάρισας

Καραουλάνης Σωκράτης, Ψυχίατρος και Επικουρικός Γιατρός

Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2015



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



**Mental disorders in Patients with Acute and Chronic
Heart Diseases**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, η πρόοδος της ιατρικής έχει βοηθήσει ασθενείς με σοβαρά καρδιακά προβλήματα να αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής τους. Παρόλα αυτά όμως, πολλοί ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν θετικά ως προς τη χρόνια νόσο τους, οπότε και πλήττονται από διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο την καθημερινότητά τους, όσο και τον κοινωνικό τους περίγυρο (Πολυκανδριώτη, Φούκα 2013).

Η θεραπευτική προσέγγιση των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει πλήθος θεραπειών που αφορούν κυρίως τις γνωσιακές, συμπεριφορικές, ψυχαναλυτικές και συστημικές προσεγγίσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν πολλές φορές και τη φαρμακοθεραπεία (Andrade, Caraveo, 2003). Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί όμως στην εργασία αυτή, είναι ότι η διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και να είναι εστιασμένη στο κάθε άτομο ξεχωριστά, συμπεριλαμβάνοντας παράλληλα και την οικογένεια, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (American Psychological Association, 2007).

Λέξεις -κλειδιά: ψυχικές διαταραχές, οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

Recently, medical advances have helped patients with severe heart problems to increase their life expectancy and quality of life. Despite this, many patients cannot be positive for their chronic disease, while they suffer from various mental disorders, which greatly affect both their daily lives and their social environment (Πολυκανδριώτη, Φούκα 2013).

The therapeutic approach of mental disorders includes wide range of treatments focusing on the cognitive, behavioral, psychoanalytical and systemic approaches, which involve a number of times and pharmacotherapy (Andrade, Caraveo, 2003). What should be noted however in this exercise, is that the diagnostic evaluation and treatment should be done carefully and be focused on each individual, including family, which plays an important role (American Psychological Association, 2007)

Key-words: mental disorders, acute and chronic heart disease, depression, quality of life.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1.1 Ορισμός Χρόνιων Νοσημάτων

1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

1.3 Κατηγορίες Οξέων Καρδιακών Παθήσεων

1.3.1 Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

1.3.1.1 Ορισμός

1.3.1.2 Τα κριτήρια για το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

1.3.1.3 Παθοφυσιολογία

1.3.1.4 Παράγοντες κίνδυνου και αλλαγή του τρόπου ζωής

1.3.1.5 Συμπτώματα

1.4 Κατηγορίες Χρόνιων Καρδιακών Παθήσεων

1.4.1 Η Καρδιακή Ανεπάρκεια

1.4.1.1 Ορισμός και μορφές

1.4.1.2 Αιτιολογία και χαρακτηριστικά

1.4.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Ορισμό

2.2 Επιδημιολογία

2.3 Είδη ψυχικών διαταραχών

2.4 Οι Αγχώδεις Διαταραχές

2.5 Η Κατάθλιψη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

3.1 Ψυχική υγεία και καρδιακά νοσήματα

3.2 Ποιότητα ζωής ψυχικά διαταραγμένων ασθενών με χρόνιες καρδιακές παθήσεις

3.3 Νοσηλευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Μέθοδος

4.2 Συμμετέχοντες

4.2.1 Σύνολο συμμετεχόντων

4.2.2 Ασθενείς με OEM

4.2.3 Ασθενείς με ΚΑ

4.3 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

5.1 Κλίμακα hamilton

5.2 Κλίμακα richot

5.3 Εύρεση συσχετίσεων

5.4 Συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει τίτλο << Ψυχικές διαταραχές ασθενών με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις >> και εκπονήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015 υπό την επίβλεψη του κ. Μπονώτη Κωνσταντίνο στον οποίο και οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες για την πολύτιμη συμβολή του στην διεκπεραίωση της διπλωματικής μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον κ Μπακούρα Σιδέρη, μέλος τριμελούς επιτροπής, γιατί έδειξε μεγάλο και πάνω από όλα ανθρώπινο ενδιαφέρον για την πορεία της υγείας μου, λόγω εκδήλωσης σοβαρής ασθένειας, κατά την διάρκεια των σπουδών μου. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τον κ Καραουλάνη Σωκράτη, μέλος επιτροπής.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους υπεύθυνους του προγράμματος και όλους τους καθηγητές που συμμετείχαν και μας βοήθησαν να συνταξιδέψουμε σ' αυτό το μεγάλο ταξίδι της γνώσης.

Τέλος, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον σύζυγό μου και τον γιο μου για την καθοριστική στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και αφιερώνω την διπλωματική μου εργασία σ' αυτούς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάλυση των ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζουν μεγάλο ποσοστό ασθενών με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις, αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον κοινωνικό περίγυρό τους.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της έρευνας περιλαμβάνουν :

- A) την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις
- B) την εκτίμηση της ψυχικής και οικονομικής επιβάρυνσης του κοινωνικού περιγύρου των ασθενών.
- Γ) τη μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και των οξέων και χρόνιων καρδιακών παθήσεων.
- Δ) την εκτίμηση της επιδημιολογίας καταθλιπτικών φαινομένων σε ασθενείς με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις
- E) την ποσοτική εκτίμηση του άγχους σε ασθενείς με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι ερευνητική. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποσοτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίων, η οποία επιλέχθηκε καθώς δίνει έμφαση στην αντικειμενική μέτρηση και τη στατιστική ή μαθηματική ανάλυση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί, την παρουσίασή τους με αριθμητική μορφή και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ομάδες ατόμων προκειμένου να εξηγηθεί ένα συγκεκριμένο φαινόμενο

Η βιβλιογραφική επισκόπηση της εργασίας από την άλλη, αποτελείται από έγκυρα στοιχεία, επιστημονικά βιβλία, διδακτορικές διατριβές και papers της τελευταίας δεκαετίας, τα οποία μελετήθηκαν εκτενώς κατά την συγγραφή. Για την τεκμηρίωση των ερευνητικών ερωτημάτων, αλλά και για την αναζήτηση έγκυρης και σύγχρονης γνώσης

για το παρόν θέμα πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στη βιβλιογραφία. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό σαν όροι της αναζήτησης στα ελληνικά και στα αγγλικά είναι ψυχικές διαταραχές, οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής και αντίστοιχα, mental disorders, chronic heart disease, depression, quality of life.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι τα εξής :

1. Σε τι βαθμό μεταβάλλεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις
2. Σε τι βαθμό επηρεάζεται ψυχολογικά ο ασθενής με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις
3. Πως μπορεί να συμβάλει θετικά ο νοσηλευτής στην ψυχολογία ενός ασθενή με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις

Όσον αφορά τη δομή της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιγράφονται οι καρδιακές παθήσεις. Σε πρώτο επίπεδο, δίνεται ο ορισμός των Χρόνιων Νοσημάτων, τα επιδημιολογικά δεδομένα και οι κατηγορίες των χρόνιων καρδιακών παθήσεων. Σε δεύτερο επίπεδο, αναλύονται οι ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς και τα συμπτώματα και σημεία των καρδιακών νοσημάτων, ενώ έπειτα, παρουσιάζονται οι οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται επιδημιολογικά δεδομένα, τα διαγνωστικά κριτήρια, καθώς και η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών σε καταθλιπτικές, αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές, αλλά και σε διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο αφορά την θεραπευτική παρέμβαση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Το τέταρτο και το πέμπτο κεφάλαιο αφορούν το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ποσοτική έρευνα, το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας, το δείγμα της έρευνας και τη διαδικασία της έρευνας.

Το πέμπτο κεφάλαιο εμπεριέχει τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης και συγκεκριμένα την Κλίμακα hamilton, την Κλίμακα richot, την εύρεση συσχετίσεων, καθώς και τα συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης

Στο τελευταίο κεφάλαιο, ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε σχέση πάντοτε με την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Τέλος, γίνεται μια ουσιαστική ανακεφαλαίωση, η οποία οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα με πιθανή μελλοντική χρησιμότητα μιας περαιτέρω επιστημονικής έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πολλές είναι οι πρόσθετες φράσεις που χρησιμοποιούνται με σκοπό τον χαρακτηρισμό ασθενών που πάσχουν από καρδιακές παθήσεις. Οι συγκεκριμένοι όροι όμως συχνά αλληλοεπικαλύπτονται. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος «οξεία», έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ιατρούς με σκοπό τον προσδιορισμό της βαρύτητας, ενώ άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο ώστε να ορίσουν την απορρυθμισμένη, πρόσφατης έναρξης ή και πρωτοεμφανιζόμενη καρδιακή πάθηση. Αυτό συνεπάγεται ότι ο όρος καθορίζει περισσότερο το χρόνο και λιγότερο τη βαρύτητα της νόσου.

Εξίσου σημαντική είναι και η διάκριση ανάμεσα στην «πρωτοεμφανιζόμενη», την «παροδική» και τη «χρόνια» καρδιακή πάθηση. Η πρωτοεμφανιζόμενη αναφέρεται στην πρώτη εκδήλωση καρδιακής πάθησης, η παροδική αναφέρεται στην ύπαρξη συμπτωματικής καρδιακής πάθησης για ορισμένη χρονική περίοδο και χρήζει μακροχρόνιας αγωγής. Τέλος, η χρόνια καρδιακή πάθηση είναι πιο σοβαρή και χρήζει φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθησης, καθώς και νοσηλείας των ασθενών σε περίπου στο 80% των περιπτώσεων (WHO. 2006).

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ο ορισμός της χρόνιας ασθένειας αποτέλεσε σημαντικό πρόβλημα των μελετητών ανά καιρούς, εξαιτίας της ποικιλομορφίας της. Γι αυτό και οι ορισμοί που δόθηκαν άλλοτε συγκλίνουν και άλλοτε διαφέρουν σε αρκετά σημεία μεταξύ τους. Κάποιοι ορισμοί παραθέτονται παρακάτω.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Commission of Chronic Illness (1956), ως Χρόνια Ασθένεια ορίζονται <<όλες οι βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό που έχει κάποιο άτομο με ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά : είναι διαρκή, αφήνουν υπόλοιπο αναπηρίας, προκλήθηκαν από μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλοιώσεις και τέλος, το άτομο χρειάζεται για μια μεγάλη χρονική περίοδο επίβλεψη και φροντίδα>> (Mayo, 1956).

Από την άλλη, σύμφωνα με τον Coe (1970), η χρόνια ασθένεια <<είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σε αυτά έχουν τις ρίζες τους στην ίδια την ασθένεια, στο περιβάλλον, αλλά και στον ανθρώπινο πληθυσμό>>.

Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι τα κριτήρια που ευθύνονται στο να είναι μια ασθένεια χρόνια είναι α) η χρονική διάρκειά της, β) ο βαθμός σοβαρότητάς της, γ) η επίδραση στην λειτουργικότητα του ατόμου και τέλος, δ) η ανάγκη διαρκούς φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι λοιπόν, ως χρόνιο νόσημα ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή, που επιδρά στην λειτουργικότητα του ατόμου σε καθημερινή βάση και έχει χρονική διάρκεια πάνω από τρεις μήνες το χρόνο, οπότε και συνεπάγεται τη νοσηλεία για περισσότερο του ενός μήνα ανά έτος. Επιπλέον, δημιουργεί σημαντικούς περιορισμούς στις διάφορες ικανότητες και συμπεριφορές του πάσχοντα και μεταβάλλει την κοινωνική του λειτουργικότητα, καθώς και την άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.

Οι χρόνιες ασθένειες είναι δυνατόν να αφορούν το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το νευρολογικό, το γαστρεντερικό, το ουρογεννητικό σύστημα, το μυοσκελετικό, το αιμοποιητικό, το ανοσοποιητικό και το ενδοκρινολογικό σύστημα, όπως επίσης να σχετίζονται με γενετικά νοσήματα ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα ασχοληθούμε με τις οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις και συγκεκριμένα με το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και την Καρδιακή Ανεπάρκεια (Σαπουντζή - Κρεπιά, 2004).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα περικλείουν την υπέρταση, την στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την καρδιακή ανεπάρκεια, τις συγγενείς καρδιοπάθειες και τις μυοκαρδιοπάθειες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 2000 αποτελούσαν την κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ το 1/3 των θανάτων αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO, 2002).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με δεδομένα του Π.Ο.Υ., το 56% των θανάτων από χρόνιες καρδιακές παθήσεις αφορούσε το γυναικείο πληθυσμό, ενώ το 45% τον ανδρικό πληθυσμό (Mackay, Mensah, 2006). Αναφορικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο για το 2002 σε ασθενείς άνω των 60 ετών ήταν 5.825 ανά 100.000 άτομα, ενώ από αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια ανέρχονταν σε 4.689 ανά 100.000 και τέλος, από υπέρταση σε 735 ανά 100.000 άτομα (WHO, 2002).

Στην Ευρώπη, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου με περίπου 4.35 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο. Επιπλέον, το 49% των θανάτων προέρχεται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, εκ των οποίων το 55% αφορά το γυναικείο πληθυσμό, ενώ το 43% τον ανδρικό (British Heart Foundation, 2005). Σύμφωνα με την

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), το 2003 περίπου το 49% των θανάτων οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις (Ε.Σ.Υ.Ε., 2005).

Αναφορικά με την καρδιακή ανεπάρκεια, υπάρχουν τουλάχιστον 15 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως. Ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας ανέρχεται σε 2-3% και αυξάνεται απότομα έπειτα από τα 75 έτη, οπότε και αγγίζει ποσοστό περίπου 10-20% στους ηλικιωμένους 70-80 ετών. Στις πιο μικρές ηλικίες, η νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες, ενώ στους ηλικιωμένους, ο επιπολασμός παραμένει ίδιος τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες (Seshadri et al., 2006).

Ο συνολικός επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνεται εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, σε κάποιες χώρες η θνησιμότητα της ανά ηλικία μειώνεται, χάρη στη σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στις αναπτυγμένες χώρες, η καρδιακή ανεπάρκεια έχει ως μέση ηλικία εμφάνισης τα 75 έτη. Επιπλέον, ευθύνεται για το 5% των εισαγωγών ασθενών στο νοσοκομείο, αντιστοιχεί στο 10% των νοσηλευόμενων και τέλος, απορροφά περίπου το 2% του εθνικού κονδυλίου για την υγεία. Η πρόγνωση είναι δυσμενής, καθότι περίπου το 50% των ασθενών πεθαίνουν μετά από τα πρώτα 4 έτη, ενώ το 40% των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια που εισάγονται στο νοσοκομείο πρόκειται να πεθάνει ή να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο εντός του έτους (WHO. 2006).

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΟΞΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Αναφορικά με τις κατηγορίες των οξέων καρδιακών παθήσεων, αυτές εμπεριέχουν το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, στηθάγχη, τη στεφανιαία νόσο και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πιο αναλυτικά :

- Το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει πολλά οξέα συμπτώματα.
- Η στηθάγχη συνδέεται με το οπισθοστερνικό άλγος που εμφανίζεται οξέως και έχει άμεση συσχέτιση με το έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Η στεφανιαία νόσος είναι γενικός όρος που περιγράφει τη μείωση της στεφανιαίας κυκλοφορίας.
- Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αφορά την ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, λόγω απότομης απόφραξης κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση όμως, θα αναλυθεί το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στα παρακάτω κεφάλαια.

1.3.1 Το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

1.3.1.1 Ορισμός

Στις ανεπτυγμένες χώρες, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας κι ανικανότητας. Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων αφορά μια χρόνια ασθένεια, η οποία διακρίνεται από σταθερές κι ασταθείς περιόδους. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δημιουργείται κατά τις ασταθείς περιόδους με ενεργοποιημένη φλεγμονή του τοιχώματος του αγγείου. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συχνά είναι κάτι ασήμαντο και να μη γίνει αντιληπτό, ενώ άλλες φορές μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου δύναται να είναι η πρωταρχική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου ή να λαμβάνει χώρα επανειλημμένως σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο (Polikandrioti 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) όρισε αρχικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου συναρτήσει των συμπτωμάτων, των ηλεκτροκαρδιογραφικών ανωμαλιών και των ένζυμων. Σταδιακά όμως, η εξέλιξη των βιοδεικτών και των απεικονιστικών τεχνικών ενίσχυσαν τον εντοπισμό μικρότερων σε έκταση περιοχών νέκρωσης του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα να απαιτείται ένας περισσότερο ακριβής ορισμός (Πολυκανδριώτη et al., 2009).

Έτσι λοιπόν, ο όρος έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζεται με τον κυτταρικό θάνατο των μυϊκών κυττάρων της καρδιάς λόγω βαριάς και παρατεταμένης ισχαιμίας, που προέρχεται από την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου. Η ισχαιμία συνήθως αναγνωρίζεται από το ιστορικό του ασθενή και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Επιπλέον, τυχόν συμπτώματα ισχαιμίας περιλαμβάνουν δυσφορία στο θώρακα, τα άνω άκρα, την κάτω γνάθο είτε στο επιγάστριο, σε εγρήγορση ή και ηρεμία. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζεται άμεσα με τη δυσφορία, η οποία έχει διάρκεια πάνω από 20 λεπτά, είναι διάχυτη, μη εντοπισμένη, μη καθορισμένη, δεν επηρεάζεται από την κίνηση της περιοχής και συχνά εκδηλώνεται με δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία ή συγκοπή (American Heart Association, 2004).

1.3.1.2 Τα κριτήρια για το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Η έννοια του εμφράγματος του μυοκαρδίου χρησιμοποιείται μόνο εφόσον υπάρχει απόδειξη μυοκαρδιακής νέκρωσης σε μια κλινική εκτίμηση που έπεται από μυοκαρδιακή ισχαιμία. Κατά αυτόν τον τρόπο, ισχύουν τα παρακάτω κριτήρια, τα οποία και ταυτοποιούν τη διάγνωση για έμφραγμα του μυοκαρδίου (Βαρδής et al., 2003) :

1. Ανίχνευση αύξησης/πτώσης των καρδιακών δεικτών μαζί με απόδειξη μυοκαρδιακής ισχαιμίας με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

- Συμπτώματα ισχαιμίας,
 - Ενδεικτικές αλλαγές για νέο ισχαιμικό επεισόδιο, που διαφαίνονται στο ηλεκτροκαρδιογράφημα,
 - Ανάπτυξη παθολογικών κυμάτων Q στο ηλεκτροκαρδιογράφημα,
 - Απεικονιστική απόδειξη νέας απώλειας βιώσιμου μυοκαρδίου ή νέα ανωμαλία κίνησης ενός τμήματος του τοιχώματος.
2. Ξαφνικός, απρόσμενος καρδιακός θάνατος (καρδιακή ανακοπή), με συμπτώματα μυοκαρδιακής ισχαιμίας και απόδειξη νέου θρόμβου από στεφανιαία αγγειογραφία κατά την αυτοψία.
 3. Αυξήσεις των καρδιακών δεικτών πάνω από την 99η θέση (URL) είναι χαρακτηριστικές για περιεγχειρητική μυοκαρδιακή νέκρωση (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2004).
 4. Αορτοστεφανιαία παράκαμψη σε ασθενείς με φυσιολογικές τιμές τροπονίνης, αυξήσεις των καρδιακών δεικτών πάνω από την 99η θέση (URL) είναι ενδεικτικές για περιεγχειρητική μυοκαρδιακή νέκρωση.
 5. Παθολογικά ευρήματα οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (Κρεμαστινός 2007, Thygesen, et al. 2007).

1.3.1.3 Παθοφυσιολογία

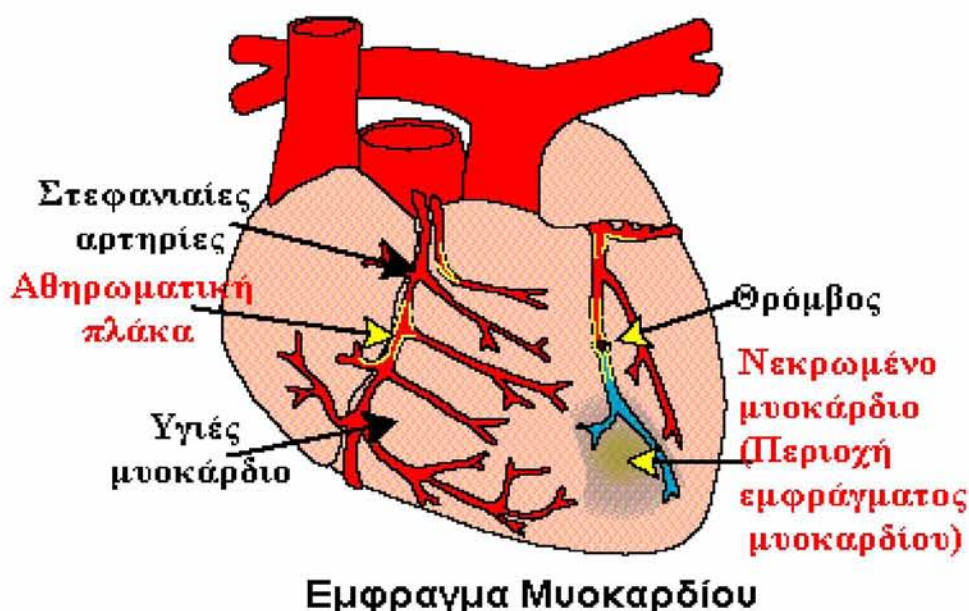
Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου αναφέρεται στην ανάπτυξη ισχαιμίας και κυρίως της νέκρωσης τμήματος του μυοκαρδίου, καθώς και στη συνέπεια διακοπής ή ακόμη και ελάττωσης της αιμάτωσής του. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τυχόν

αποστέρωση της αιματικής ροής για περίπου 20 λεπτά, σε περιοχή του μυοκαρδίου, έχει ως άμεση συνέπεια την μυοκαρδιακή νέκρωση.

Η ισχαιμία, ή ακόμη και η νέκρωση δημιουργείται λόγω της απόφραξης των στεφανιαίων αρτηριών, σε διάφορα σημεία της αθηροσκληρωτικής πλάκας, η οποία έχει αποσταθεροποιηθεί εξαιτίας κάποιας ρήξεως, εξέλκωσης ή και ρωγμής. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η εντόπιση και η έκταση του εμφράγματος στηρίζεται κατά κύριο λόγο :

- στην ανατομική θέση του αγγείου που έχει αποφραχθεί,
- στην κατάσταση των υπολοίπων αγγείων και τέλος,
- στην κατάσταση της παράπλευρης κυκλοφορίας.

Επιπρόσθετα, οι μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις ξεκινούν πάντοτε από το ενδοκάρδιο και συνεχίζουν στο επικάρδιο. Επιπλέον, η ισχαιμία με διάρκεια άνω των 30 λεπτών, έχει ως αποτέλεσμα τη νέκρωση.



Εικόνα 1.1 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πηγή www.incardiology.gr

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι η διάγνωση εμφράγματος απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον δύο προϋποθέσεων :

- Ιστορικό τυπικής στηθαγχικής ενόχλησης
- Συμβατές ΗΚΓκές μεταβολές σε συνεχόμενα ΗΚΓματα.
- Αύξηση και πτώση των καρδιακών δεικτών στο αίμα σε διαδοχικές μετρήσεις.

Η σταδιακή απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών προκαλεί τις εξής ζώνες βλαβών στο μυοκάρδιο :

- Τη ζώνη ισχαιμίας
- Τη ζώνη βλάβης και
- Τη ζώνη νέκρωσης (Στεφανάδης, 2005).

Αναφορικά με την παθοφυσιολογία, οι αθηροσκληρωτικές πλάκες δύνανται να είναι α) σταθερές ή β) ασταθείς. Οι σταθερές βλάβες προκαλούν κατά κύριο λόγο στηθάγχη, ενώ από την άλλη οι ασταθείς συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα οξεία στεφανιαία σύνδρομα. Τα τελευταία εμπεριέχουν ασταθή στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και τον αιφνίδιο θάνατο.

Η εκδήλωση ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ακολουθεί τη διακοπή της αιματικής ροής προς ένα τμήμα του μυοκαρδίου τέτοιας διάρκειας, δημιουργώντας έτσι τόσο παρατεταμένη ιστική ισχαιμία, όσο και μη αναστρέψιμες κυτταρικές βλάβες. Η απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας προκαλείται από τη ρήξη μιας αθηροσκληρωτικής πλάκας. Έπειτα, γίνεται έκλυση ουσιών, οι οποίες ενισχύουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων.

Το αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας είναι ο σχηματισμός θρόμβου, ο οποίος εν τέλει αποφράσσει το αγγείο και παράλληλα σταματά τη ροή αίματος προς το μυοκάρδιο. Κατά αυτόν τον τρόπο, εφόσον τα κύτταρα στερηθούν το οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται, τότε προκαλείται κυτταρική βλάβη. Εάν από την άλλη, η διάρκεια της ισχαιμίας παραταθεί για πάνω από 20'-45' λεπτά, τότε η

υποξαιμική βλάβη γίνεται μη αναστρέψιμη, επιφέροντας τον κυτταρικό θάνατο και τη νέκρωση του ιστού. Επιπλέον, ο κίνδυνος αρρυθμιών ενισχύεται, ενώ η συσταλτικότητα μειώνεται. Ταυτόχρονα, μειώνεται ο όγκος παλμού, η καρδιακή παροχή, η αρτηριακή πίεση και τέλος, η άρδευση των ιστών (Dewit, 2009).

Τα διάφορα είδη οξέων εμφραγμάτων μυοκαρδίου περιγράφονται βάσει της περιοχής της καρδιάς που προσβλήθηκε και της στεφανιαίας αρτηρίας που αποφράχθηκε. Αυτό μάλιστα, είναι δυνατό να βοηθήσει στον καθορισμό τόσο του εντοπισμού, όσο και της έκτασης της βλάβης. Το πλέον καταστροφικό έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι αυτό της απόφραξης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, το οποίο συνδέεται άμεσα με βαριά πρόγνωση και κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας. Τελειώνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι η αναγνώριση της θέσης του εμφράγματος ενισχύει την πρόβλεψη επιπλοκών και βοηθάει στον καθορισμό κατάλληλης θεραπείας (LeMone & Burke, 2006).

1.3.1.4 Παράγοντες κινδύνου και αλλαγή του τρόπου ζωής

Η εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου προϋποθέτει αρχικά την ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στα στεφανιαία αγγεία, κάτι που είναι μια αρκετά μακροχρόνια διαδικασία και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες κινδύνου. Οι τελευταίοι μάλιστα, ενισχύουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και λειτουργούν πολλαπλασιαστικά, όταν συνυπάρχουν πολλοί μαζί.

Οι παράγοντες κινδύνου είναι η δυσλιπιδαιμία, το κάπνισμα, το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, η παχυσαρκία, το φύλο, η ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η φυσική δραστηριότητα, το αλκοόλ, η λοίμωξη, οι διαταραχές πήξης και η προσωπικότητα.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι εξαιτίας του υψηλού κινδύνου υποτροπής, καθώς και της ανάγκης αλλαγών του τρόπου ζωής

και των παραγόντων κινδύνου, οι ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, θα πρέπει να πραγματοποιούν μετέπειτα κάποιο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης, που να βοηθά στην τροποποίηση της διατροφής, στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και στην πραγματοποίηση καθημερινής φυσικής άσκησης. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι για τους ασθενείς χαμηλού κινδύνου δεν απαιτούνται παρατεταμένες επιβλεπόμενες ασκήσεις, αν και κάτι τέτοιο θα τους ωφελούσε σε μεγάλο βαθμό και θα τους μάθαινε να ζουν υγιεινά για το υπόλοιπο της ζωής τους (LeMone & Burke, 2006).

1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Οι χρόνιες καρδιακές παθήσεις αφορούν κατά κύριο λόγο την υπέρταση, την αθηρωμάτωση, τη στεφανιαία νόσο, τις διαταραχές καρδιακού ρυθμού και τέλος, την καρδιακή ανεπάρκεια. Πιο αναλυτικά :

- Η υπέρταση ορίζεται ως η επίμονη αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα άνω των 140/90 mmHg, πλήττοντας 2 στους 10 ανθρώπους.
- Η αθηρωμάτωση είναι πιο επικίνδυνη από τις παθήσεις των αγγείων αποτελεί την αρτηριοσκληρωτική αγγειοπάθεια, ή αλλιώς αρτηριοσκλήρωση (arteriosclerosis), η οποία χαρακτηρίζεται από την σταδιακή απώλεια της ελαστικότητας του τοιχώματος των αρτηριών λόγω της δημιουργίας αρτηριοσκληρωτικών πλακών και της εξέλιξης αθηρωμάτων.
- Η στεφανιαία νόσος οφείλεται στην δημιουργία πλούσιων σε χοληστερόλη αθηρωματικών πλακών στο τοίχωμα των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών, κάτι που δημιουργεί στένωση του αυλού τους και παρεμπόδιση της ροής του αίματος μέσα από αυτές. Ως αποτέλεσμα, το αίμα όταν

φθάνει στο μυοκάρδιο μέσω της στεφανιαίας αρτηρίας, δεν επαρκεί για τις καρδιακές ανάγκες, οπότε εμφανίζεται καρδιακή ισχαιμία και πόνος (Taggart, Thomas, 2006).

- Ως καρδιακές αρρυθμίες νοούνται οι καταστάσεις, οι οποίες απορρυθμίζουν τόσο την καρδιακή λειτουργία, όσο και τον καρδιακό ρυθμό. Οι διαταραχές του καρδιακού παλμού αφορούν κατά κύριο λόγο τη συχνότητα ή το ρυθμό του ή και τα δύο και οφείλονται συνήθως σε διαταραχές στο φλεβόκομβο, στον κόλπο, στον κολποκοιλιακό κόμβο και στις κοιλίες.
- Τέλος, η καρδιακή ανεπάρκεια (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια) είναι μια πάθηση κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί πλέον να αντλήσει αρκετό αίμα για να το διοχετεύσει στο υπόλοιπο σώμα.

Στα παρακάτω κεφάλαια θα αναλυθεί η καρδιακή ανεπάρκεια.

1.4.1 Η Καρδιακή Ανεπάρκεια

1.4.1.1 Ορισμός και μορφές

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια αποτελεί μία πάθηση, όπου η καρδιά δεν δύναται να διοχετεύσει στο ανθρώπινο σώμα την απαιτούμενη ποσότητα αίματος, με σκοπό την επιτέλεση των φυσιολογικών λειτουργιών.

Η καρδιά στέλνει το αίμα στους πνεύμονες, με στόχο τον εμπλουτισμό τους σε οξυγόνο και την τροφοδότηση του οργανισμού με θρεπτικά στοιχεία. Έπειτα από την κυκλοφορία του αίματος στο σώμα, ο ρόλος της καρδιάς είναι να παραλάβει ξανά το αίμα, ώστε να το αποστείλει πάλι στους πνεύμονες για τον εμπλουτισμό του οργανισμού σε οξυγόνο. Κατά αυτόν τον τρόπο, η ανικανότητα της καρδιάς να επιτελέσει

τον ρόλο της, δημιουργεί τη συσσώρευση του αίματος και των σωματικών υγρών σε διάφορα σημεία του ανθρώπινου σώματος (Dag, Cowie 2007).

Πιο αναλυτικά, όταν η καρδιά χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια, τότε το αποτέλεσμα είναι να αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις του οργανισμού, είτε αυτές αφορούν στην προσπάθεια, είτε στην ηρεμία. Ο λόγος είναι ότι μειώνεται η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και χαλαρώνει. Οι μορφές της είναι οι εξής :

- Η αντιρροπούμενη : Η αντιρρόπηση της καρδιακής λειτουργίας, για να ανταποκριθεί μπορεί να γίνει με αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της έντασης συστολής του μυοκαρδίου, καθώς και με διάταση και υπερτροφία της καρδιάς, περιφερική αγγειοσύσπαση, αλλά και κατακράτηση νερού και νατρίου.
- Η μη αντιρροπούμενη : Η μη αντιρρόπηση της καρδιακής λειτουργίας, παρά την επιστράτευση των αντιρροπούμενων μηχανισμών, είναι στην ουσία η καρδιακή κάμψη ακόμη και σε συνηθισμένες δραστηριότητες ή ηρεμία (Τούτουζας et al., 2001).

1.4.1.2 Αιτιολογία και χαρακτηριστικά

Τα αίτια της καρδιακής ανεπάρκειας είναι οι συγγενείς καρδιοπάθειες, οι μυοκαρδιοπάθειες, οι βαλβιδοπάθειες, οι περικαρδίτιδες, οι καρδιακές αρρυθμίες, η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η παχυσαρκία, ο υπερθυρεοειδισμός, η μείωση ή διακοπή φαρμάκων, η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος, οι αναιμίες, οι λοιμώξεις, το άγχος και τα νοσήματα κολλαγόνου.

Η καρδιακή ανεπάρκεια δύναται να είναι αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και ολική καρδιακή ανεπάρκεια.

Πιο συγκεκριμένα, στην αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια υπάρχει αιμοδυναμική διαταραχή της μικρής κυκλοφορίας, καθώς δεν επαρκεί η αριστερή κοιλία να εξωθήσει το αίμα στην περιφέρεια, οπότε επέρχεται η αύξηση της πίεσης στον αριστερό κόλπο και τις πνευμονικές φλέβες. Επιπρόσθετα, ο ασθενής δύναται να έχει ταχυκαρδία, εύκολη κόπωση, ταχύπνοια και δύσπνοια. Η τελευταία μάλιστα οφείλεται στην πνευμονική συμφόρηση και εκδηλώνεται συνήθως με δύσπνοια προσπάθειας, νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια ή καρδιακό άσθμα και πνευμονικό οίδημα (Setoguchi et al., 2007).

Η δύσπνοια προσπάθειας, όπως και η νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια ή καρδιακό άσθμα εμφανίζονται αναλόγως της προσπάθειας και το βαθμό βαρύτητας της αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας. Από την άλλη, το καρδιακό άσθμα εμφανίζεται συνήθως στον ύπνο, κατά την διάρκεια του οποίου ο ασθενής ξυπνάει ανήσυχος, έχοντας ταχύπνοια, η οποία σταματάει έπειτα από αρκετή ώρα (Αθανάτου, 2004).

Στο οξύ πνευμονικό οίδημα η αριστερή κοιλία δυσκολεύεται να εξωθήσει το αίμα στην περιφέρεια, οπότε αυξάνεται η πίεση στα πνευμονικά τριχοειδή και δημιουργείται εξίδρωση στις κυψελίδες. Η συνέπεια είναι η ορθόπνοια να συνοδεύεται με ταχύπνοια, ροζ αφρώδη πτύελα, ανησυχία, ωχρότητα και κυάνωση. Στην έναρξη του πνευμονικού οιδήματος ο ασθενής έχει υπέρταση, ενώ αργότερα δύναται να παρουσιάσει σοκ λόγω πτώσης της αρτηριακής πίεσης. Γι αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία η μεταφορά στο νοσοκομείο, καθώς και η άμεση ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση (McMurray et al., 2012).

1.4.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα

Αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, ο ασθενής θα πρέπει να τοποθετείται σε καθιστική θέση, ώστε η αναπνοή του να γίνεται με περισσότερη ευκολία, ενώ απαραίτητη είναι και η χορήγηση O₂ με ρινικό

καθετήρα ή μάσκα Venturi σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Επιπλέον, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η ανοικτή φλεβική οδός με καθετήρα, αλλά και να χορηγούνται τα κατάλληλα φάρμακα ενδοφλεβίως όπως διουρητικά, βρογχοδιασταλτικά, δακτυλίτιδα, μορφίνη, αγγειοδιασταλτικά και διττανθρακικό νάτριο. Σε επείγουσες καταστάσεις, ο ασθενής θα πρέπει να μεταφέρεται στην καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας με ενδοτραχειακή διασωλήνωση και να συνδέεται με αναπνευστήρα. Στη μονάδα θα πρέπει να γίνονται αιμοληψίες για βιοχημικό έλεγχο και αέρια αρτηριακού αίματος, ενώ μετέπειτα πρωταρχικό μέλημα είναι η εξατομίκευση της νοσηλευτικής φροντίδας και η δημιουργία θεραπευτικού και ήρεμου περιβάλλοντος (Σαχίνη - Καρδάση, Πάνου, 2004).

Από την άλλη, στη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια αδυνατεί η δεξιά κοιλία να ανταποκριθεί στο έργο της ώστε να προωθήσει προς τους πνεύμονες το αίμα που επιστρέφει από τη μεγάλη κυκλοφορία. Το αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας είναι η υπερτροφία του δεξιού μυοκαρδίου, αλλά και η αύξηση της πίεσης στους πνεύμονες, σπλάχνα, κάτω άκρα και στα περιφερικά αγγεία.

Πιο αναλυτικά, ο ασθενής παρουσιάζει διάταση των φλεβών του τραχήλου, συμφορητική ηπατομεγαλία, ευαισθησία κατά την πίεση του διογκωμένου ήπατος, καθώς και υποδόριο οίδημα, το οποίο εμφανίζεται στην οσφυϊκή μοίρα. Τυχόν επιδείνωση προκαλεί ασκίτη, ο οποίος στην ουσία είναι διίδρωση υγρού από το ήπαρ λόγω διογκωμένων ηπατικών φλεβών, καθώς και εύκολη κόπωση, ψυχρά και ωχρά άκρα, ολιγουρία, κυάνωση και δύσπνοια, αλλά και έντονο το αίσθημα του επικείμενου θανάτου.

Επιπρόσθετα, η σπλαχνική συμφόρηση προκαλεί ναυτία, εμέτους, δυσκοιλιότητα και ανορεξία, ενώ κάποιες φορές προκαλούνται ζάλη, σύγχυση, αϋπνία, ή υπνηλία, λόγω εγκεφαλικής ισχαιμίας και πιθανών θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η ολική καρδιακή ανεπάρκεια είναι το αποτέλεσμα της αριστερής και δεξιάς ανεπάρκειας και παρουσιάζει κλινική εικόνα και από τις δύο παθήσεις. Στο τέλος, πολύ συχνά, ο

ασθενής πεθαίνει από οξύ πνευμονικό οίδημα, αρρυθμίες, εγκεφαλική αιμορραγία ή θρόμβωση.

Όσον αφορά τις επιπλοκές, αυτές αφορούν κυρίως εμβολές πνευμονικές ή αρτηριακές, πνευμονικές λοιμώξεις, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τοξικότητα από τα φάρμακα, καθώς και ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια. Η θεραπευτική αγωγή είναι κατά κύριο λόγο φαρμακευτική, γι αυτό και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στη χορήγηση φαρμάκων, αλλά και στην παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες.

Οι ασθενείς είναι ευάλωτοι στην αυξομείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, γι αυτό και θα πρέπει να ζυγίζονται σε καθημερινή βάση. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη λήψη νιτρωδών και άλλων αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων, καθότι οδηγούν σε ορθοστατική υπόταση ή αλλεργικές εκδηλώσεις. Τυχόν αύξηση υγρού στην περικαρδιακή, περιτοναϊκή ή υπεζωκοτική κοιλότητα χρήζει ανακουφιστικής παρακέντησης. Επιπλέον, η δίαιτα που πρέπει να ακολουθείται είναι άναλος με ελαφρά, μικρά και συχνά γεύματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι, χειρουργικά αντιμετωπίζεται σπάνια με μεταμόσχευση καρδιάς ή καρδιομυοπλαστική με βηματοδότηση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εκπαιδεύσει τον άρρωστο και την οικογένειά του στην αλλαγή τρόπου ζωής μετά από την ανάρρωση. Αυτό συγκεκριμένα περιλαμβάνει την ξεκούραση και ηρεμία κατά τη διάρκεια του 24ώρου, την αποφυγή λιπαρών τροφών, του καπνίσματος και της καθιστικής ζωής. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ακολουθεί ο ασθενής τις διαιτητικές οδηγίες και να ακολουθεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή (Αθανάτου, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως έννοια, η ψυχική διαταραχή χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα πλήθος συμπτωμάτων και εμπειριών, τα οποία δύναται να δημιουργήσουν πρόβλημα στη σκέψη, στο συναίσθημα, στη συμπεριφορά και στην επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο. Η ψυχική διαταραχή γενικότερα προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας και αφορά εύρος καταστάσεων, που περικλείουν την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, αλλά και πιο σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια.

Συνήθως, μια ψυχική διαταραχή είναι συνέπεια κάποιας σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Επιπλέον, η εκδήλωσή της γίνεται με πλήθος συμπτωμάτων, όπως ψυχική ένταση, συναισθηματική αστάθεια, διαταραγμένη συμπεριφορά, έκπτωση της μνήμης, μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Τα παραπάνω συμπτώματα κάνουν την εμφάνισή τους ξαφνικά ή γίνονται ακόμη πιο έντονα, έπειτα από ένα μακρύ διάστημα φυσιολογικής ζωής (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

Τόσο οι ψυχικές διαταραχές, όσο και οι διαταραχές της συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση και συμπεριφορά, με αποτέλεσμα την προσωπική δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας. Οφείλονται σε παθολογικά κυρίως αίτια, ενώ η κατηγοριοποίησή τους ως διαταραχές απαιτεί τα εξής :

- να έχουν διάρκεια,
- να υποτροπιάζουν και
- να προκαλούν προσωπική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν λάβει τάσεις επιδημίας (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001) Μελέτες έχουν δείξει ότι οι νευροψυχιατρικές καταστάσεις είχαν επιπολασμό περίπου 10% στους ενήλικες. Επιπλέον, σε παγκόσμιο επίπεδο, πάνω από 450 εκ. άνθρωποι υποφέρουν από νευροψυχιατρικές καταστάσεις, που εμπεριέχουν τις μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, την διπολική συναισθηματική διαταραχή, τις μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές, ψυχαναγκαστική διαταραχή, πανικό και άλλα (WHO, 2009).

Τα ποσοστά επιπολασμού παρουσιάζουν μεγάλη διαφοροποίηση σε σχέση με το εάν αναφέρονται σε άτομα που έχουν μία κατάσταση σε ένα χρονικό σημείο ή σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο μίας περιόδου ή σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν απέδειξαν ότι πάνω από το 25% των ατόμων παγκοσμίως παρουσιάζουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους μία ή και περισσότερες ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές.

Επιπρόσθετα, ο εν γένει επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών κυμαίνεται σε ίδια επίπεδα τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι εξίσου κοινές, αν και η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στο γυναικείο φύλο.

Στην Ελλάδα, μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 14 - 16% του πληθυσμού πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Οι δε αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επιδημιολογία. Πιο συγκεκριμένα, οι πιο συχνές διαγνώσεις είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (14.9%) και η κατάθλιψη (6.4%), ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι η αναγνώριση των διαταραχών αυτών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται ιδιαίτερα χαμηλή (17%) (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2004).

2.3 ΕΙΔΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), τα είδη των ψυχικών διαταραχών διακρίνονται στις ψυχώσεις, τις διαταραχές της διάθεσης, τις διασχιστικές διαταραχές, τις σωματόμορφες διαταραχές, τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, τις αγχώδεις διαταραχές, τις σεξουαλικές διαταραχές και τις διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες. Πιο αναλυτικά, οι ψυχικές διαταραχές με τις υποκατηγορίες τους είναι οι εξής (American Psychiatric Association, 1994) :

1. Ψυχώσεις
 - a. σχιζοφρένεια
 - b. σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
 - c. παραληρητική διαταραχή
 - d. σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
2. Διαταραχές της διάθεσης
 - a. Καταθλιπτικές διαταραχές
 - b. Διπολικές διαταραχές
3. Διασχιστικές διαταραχές
 - a. Διασχιστική αμνησία
 - b. Διασχιστική φυγή
 - c. Διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας
 - d. Διαταραχή αποπροσωποποίησης
4. Σωματόμορφες διαταραχές
 - a. Σωματοποιητική διαταραχή
 - b. Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή
 - c. Διαταραχή μετατροπής

- d. Διαταραχή πόνου
 - e. Υποχονδρίαση
 - f. Σωματοδυσμορφική διαταραχή
5. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής
- a. Ψυχογενής ανορεξία
 - b. Ψυχογενής βουλιμία
6. Αγχώδεις διαταραχές
- a. διαταραχή πανικού
 - b. αγοραφοβία
 - c. φοβίες (ειδικές φοβίες, κοινωνική φοβία)
 - d. ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή
 - e. διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες
 - f. διαταραχή από οξύ στρες
 - g. γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
7. Σεξουαλικές διαταραχές
- a. Διαταραχές της ταυτότητας φύλου
 - b. Σεξουαλικές δυσλειτουργίες
 - c. Σεξουαλικές παρεκκλίσεις ή παραφιλίες
8. Διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες
- a. ουσιοεξάρτηση
 - b. κατάχρηση ουσιών

2.4 ΟΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές εμπεριέχουν πλήθος κλινικών συνδρόμων, τα οποία αφορούν κυρίως τη νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και διάφορα σωματικά συμπτώματα. Αποτελούν τις πλέον συνηθισμένες ψυχιατρικές διαταραχές, επηρεάζοντας το 13,6-28,8% των ατόμων παγκοσμίως κατά τη διάρκεια ζωής τους (Alonso, et al. 2004, Kessler, et al. 2005).

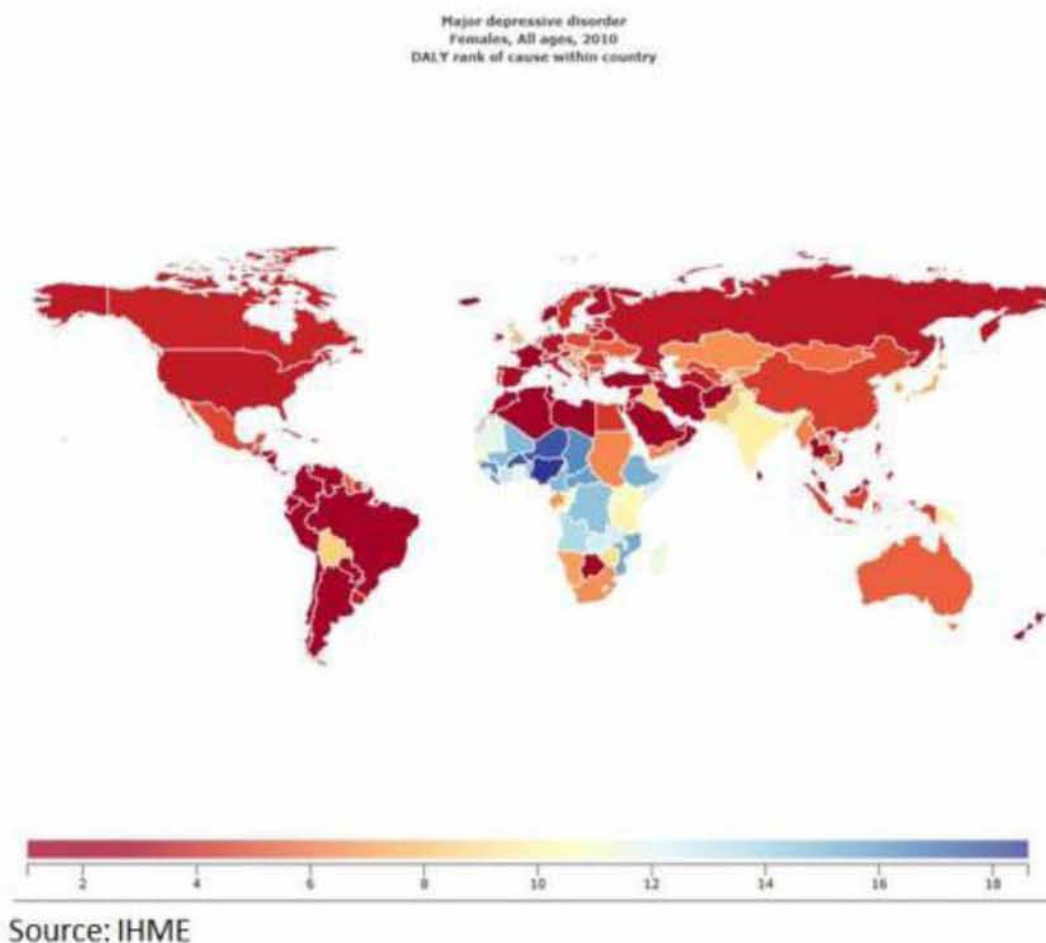
Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή γενικευμένου άγχους είναι σχετικά συχνή και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως το υπερβολικό άγχος και η ανησυχία. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα, τα οποία είναι ουσιαστικά συμπτώματα εκδήλωσης. Οι αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται τόσο για τον μεγάλο επιπολασμό τους, όσο και για το υψηλό κόστος και τη χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης (Lieb et al. 2005).

Αναλυτικότερα, στις Αγχώδεις διαταραχές εμπεριέχονται η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, οι φοβίες (ειδικές φοβίες, κοινωνική φοβία), η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, η διαταραχή από οξύ στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Τέλος, οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές περίπου στον ίδιο βαθμό με τις διαταραχές διάθεσης. Αυτό σημαίνει ότι η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής είναι 13,6-28,8%, ενώ των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0-20,8% (Alonso, et al. 2004, Kessler, et al. 2005).

2.5 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή ψυχική νόσο, καθότι μεγάλος αριθμός ατόμων παγκοσμίως νοσούν από αυτήν. Επιπλέον όμως, είναι σημαντικό ιατρικό πρόβλημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας

κάθε χώρας. Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι η σημασία της ασθένειας έγκειται τόσο στον υψηλό αριθμό των ασθενών, όσο και στον μεγάλο κίνδυνο αυτοκαταστροφής, αλλά και τις επιπτώσεις στην οικογένεια, στην εργασία και στον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και τις οικονομικές επιπτώσεις που απορρέουν από την κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2000).



Εικόνα 2.1 Η κατάθλιψη ανά τον κόσμο. Δεδομένα του 2013. Πηγη blogs.worldbank.org

Αξιοσημείωτο είναι ότι η κατάθλιψη δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στον εργασιακό χώρο, εξάρτηση από ουσίες και τροχαία ατυχήματα. Επίσης, συνεπάγεται σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια του ασθενή, αλλά και στο ίδιο το άτομο, το οποίο οδηγείται συχνά στην αυτοκτονία. Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή, η οποία ανήκει στην ομάδα των Διαταραχών της Διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση δηλαδή

σχετίζεται με τον σταθερό συναισθηματικό πόνο που βιώνει ο ασθενής και ξεχωρίζει διακριτά από το συναίσθημα που αφορά την εξωτερική έκφραση της διάθεσης. Παρόλα αυτά, η εξωτερική έκφραση δεν είναι πάντοτε καταθλιπτική, γι αυτό και η Καταθλιπτική Διαταραχή περιγράφεται καλύτερα ως Διαταραχή Διάθεσης και όχι ως Συναισθηματική Διαταραχή.

Αναφορικά με την έννοια της ψυχικής διαταραχής, αυτή εμπεριέχει το σύνολο τόσο των ψυχολογικών συμπτωμάτων και των παθολογικών συμπεριφορών, όσο και της ελαττωμένης λειτουργικότητας του ατόμου. Όλα αυτά προκαλούν στον ασθενή ιδιαίτερη ενόχληση και έκπτωση τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Οι παράγοντες που δύναται να προκαλέσουν κατάθλιψη συνήθως είναι οργανικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και ψυχολογικοί (American Psychological Association, 2007).

Αξιοσημείωτο είναι δε, ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης αυξάνεται στον γυναικείο πληθυσμό, έπειτα από την γέννηση ενός παιδιού. Επιπρόσθετα, είναι σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στους άνεργους και στα άτομα μεγάλης ηλικίας. Τέλος, τα ποσοστά είναι υψηλά σε άτομα, έπειτα από καρδιαγγειακές, νευρολογικές παθήσεις, κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο, ή ακόμη και καρκίνο (Rickards, 2005).

Ουσιαστικά, η κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση εξαιτίας της έντονης, παρατεταμένης και παθολογικής θλίψης, η οποία συνεπάγεται από μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας και της επώδυνης συνείδησης της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Επίσης, η νόσος χρησιμοποιείται για μια μεγάλη ποικιλία συναισθηματικών φυσιολογικών ή παθολογικών καταστάσεων και εμπεριέχει την φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, λόγω απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, την έντονη και παρατεταμένη θλίψη στα πλαίσια μιας Καταθλιπτικής ή Διπολικής Διαταραχής που απαιτεί την κλινική προσοχή, αλλά και την ψυχική διαταραχή ή σύνδρομο. Η κατάθλιψη επιπλέον, έχει άμεση σχέση με την αντίδραση στο στρες, ή συχνά αποτελεί δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα.

Τα ταξινομικά συστήματα ICD-10 (World Health Organization, 1993) και DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ορίζουν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η Διαταραχή της Διάθεσης μάλιστα, οφείλεται πολύ συχνά σε μια γενικότερη ιατρική κατάσταση ή προκαλείται από ουσίες, όταν κατά τη χρήση τους, είναι καταθλιπτική η επικρατούσα συναισθηματική διάθεση.

Ο πληθυσμός των ατόμων που δύναται να νοσήσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναλογούν σε ποσοστό περίπου 8-12% (Andrade, Caraveo 2003, Kessler, 2003). Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι κατά δύο φορές πιο μεγάλος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Kuehner, 2003, Kurlowicz, Greenberg 2007). Ειδικότερα σε ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και επηρεάζει περίπου ένα στα επτά άτομα (WHO, 2009).

Αναφορικά με τους παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης είναι το γυναικείο φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία (Kathleen 2006). Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, η επιδημιολογία της ασθένειας σε άτομα άνω των 60 ετών κυμαίνεται από 60-70%, κυρίως για καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με μέτρια και κλινικού τύπου κατάθλιψη (Stylianoπουλου, et al. 2010, Mamplekou, et al. 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

3.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η στεφανιαία νόσος είναι υπεύθυνη για τον πρόωρο θάνατο σε ένα δραματικά μεγάλο ποσοστό ανθρώπων ανεξαρτήτου φύλου, ανά τον κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες. Επιπλέον, αναμένεται τα επόμενα χρόνια η εμφάνιση της νόσου να πλήξει σημαντικά και τις αναπτυσσόμενες χώρες (Babatsikou, Zavitsanou 2010, Χριστοδούλου et al., 2005).

Τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στο κατά πόσο συσχετίζεται η στεφανιαία νόσος, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια με τα προβλήματα ψυχικής υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση που έχουν τα ψυχικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φόβος κ.α) τόσο στον τρόπο συμπεριφοράς και πορείας της ασθένειας, όσο και στη επίλυση θεμάτων, ως προς το διαγνωστικό κομμάτι αυτής. Αυτό μάλιστα, έρχεται σε αντίθεση με τα προηγούμενα χρόνια, όπου οι έρευνες εστίαζαν το ενδιαφέρον τους κυρίως σε επίπεδο θεραπείας και πρόληψης των επιπλοκών.

Βιβλιογραφικές μελέτες αναφέρουν, ότι ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διαταραχών άγχους. Μάλιστα, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, της τάξεως του 80%, που αντιμετώπισαν ένα έντονο καρδιακό επεισόδιο, εμφάνισαν διαταραχές άγχους, το οποίο συνυπήρχε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ποσοστό μεταξύ 20 με 30%.

Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα, εκδήλωναν διαταραχές άγχους και στρες την πρώτη μέρα κατά

την διάρκεια της νοσηλείας τους, με κορύφωση εκδήλωσης την επομένη, ενώ με το πέρας των ημερών υποχωρούσε. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα το μετεμφραγματικό άγχος αποτελεί συχνό εύρημα και υπολογίζεται σε ποσοστό 8-16% σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες εμφραγμάτων. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς δύναται να παρουσιάσουν εκ νέου αρρυθμίες ή ισχαιμικό επεισόδιο με τις πιθανότητες κινδύνου εμφάνισης να αυξάνονται έως πέντε φορές περισσότερο, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν παρουσίαζαν αγχωτική συμπεριφορά (Λυκούρας et al., 2009, Σολδάτος 2005).

Αντίστοιχα, η μετεμφραγματική κατάθλιψη σε νοσηλευόμενους ασθενείς, που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγίζει το 15-30%, και εκδηλώνεται κυρίως μέσα στα επόμενα τρία εικοσιτετράωρα από το περιστατικό. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό, αν αναλογιστεί κανείς, πως η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 3 έως 10%.

Σε καταθλιπτικούς ασθενείς, η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι μιάμιση έως τρεισήμισι φορές αυξημένη, ενώ αντίστοιχα σε ασθενείς που ήδη πάσχουν από στεφανιαία νόσο και καταθλιπτική συμπεριφορά, η πιθανότητα εκδήλωσης καρδιακών επεισοδίων μεγαλώνει (Λυκούρας et al., 2009).

Ασθενείς, στους οποίους συνυπάρχει η κατάθλιψη με στεφανιαία νόσο, εμφανίζουν:

- Σοβαρότερα καρδιολογικά συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά πάσχουν από στεφανιαία νόσο.
- Εμφανίζουν συχνότερα στηθάγχη στο τεστ κοπώσεως και πραγματοποιούν το τεστ κοπώσεως νωρίτερα.
- Μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο πόνος από στηθάγχη έχει μεγαλύτερη διάρκεια.

Η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με τη στεφανιαία νόσο σε παθοφυσιολογικό επίπεδο ενέχει τους παρακάτω μηχανισμούς:

- Ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί, μεταξύ αυτών και αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, στο ορμονικό και στο ανοσοποιητικό σύστημα και
- μηχανισμοί συμπεριφοράς που αφορούν κυρίως στη συμμόρφωση, στη θεραπεία και στην αλλαγή του τρόπου ζωής (Moser, 2007, Polikandrioti 2011, Αλεβίζος, 2008).

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά εμφανίζουν καταθλιπτικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι ασθενείς που η πρόγνωση της ασθένειας είναι κακή. Μάλιστα, η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στην συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών δείχνει να είναι μεγαλύτερη, έναντι άλλων χρόνιων νοσημάτων.

Μέσα από μελέτες προκύπτει, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και συνυπάρχει η κατάθλιψη, εμφανίζουν τέσσερις φορές αυξημένο κίνδυνο για οποιοδήποτε αίτιο θνησιμότητας και αντίστοιχα, διπλασιάζεται η πιθανότητα νοσηλείας ή επίσκεψης αυτών σε νοσοκομεία, πάντα σε συνάρτηση με ασθενείς μη καταθλιπτικούς.

Σε ανεπτυγμένες χώρες, τα ποσοστά εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας αναλογούν περίπου στο 2% για τον ενήλικο πληθυσμό. Μάλιστα, τα ποσοστά αυτά αυξάνουν εντυπωσιακά σε ηλικιωμένα άτομα, καθώς η συχνότητα εμφάνισης σε ηλικίες άνω των 65 ετών είναι άνω του 10%. Εύλογα λοιπόν κατανοούμε, πως η έγκαιρη ιατρική παρέμβαση για την θεραπεία ή την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι αναγκαία, ιδιαίτερα σε ασθενείς που μαζί με την κατάθλιψη πάσχουν και από άλλα χρόνια νοσήματα (Mosterd et al., 2007, Moraskal et al., 2013).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά από τους Frasure-Smith et al (2006), μελετήθηκε η πορεία 974 καρδιοπαθών, από τους οποίους το 32% εξ αυτών έπασχαν από κατάθλιψη ήπιας και μέτριας μορφής. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καρδιοπαθείς με καταθλιπτικές διαταραχές εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιακή αρρυθμία, ακόμη και αν ακολουθούσαν την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή. Τέλος, η Frasure-Smith (2006) αναφέρει ότι

«η κατάθλιψη σε έναν καρδιοπαθή θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως δείκτης εκτίμησης της πορείας της νόσου του» (Frasure-Smith, 2006).

Η σχέση μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και καρδιολογικών παθήσεων και ιδιαίτερα παθήσεων, όπως της στεφανιαίας νόσου και των παραγώγων της, είναι πλέον αποδεκτή. Ο τρόπος όμως εκδήλωσης, καθώς και η πορεία της νόσου, σε συνάρτηση με τα ψυχικά προβλήματα, αποτελούν ένα μείζον θέμα και αδιαμφισβήτητα η κατανόηση του προβλήματος αποτελεί πρόκληση σε παγκόσμιο επίπεδο (Mosterd et al., 2007).

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι χρόνιες καρδιακές ασθένειες επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα ζωής του ασθενή, ενώ ο βαθμός επίδρασης είναι εξαρτώμενος, τόσο από το είδος της αρρώστιας, όσο και από τον τύπο και το στάδιο διάγνωσης της. Εξαρτάται επίσης, από την θεραπεία που έχει να ακολουθήσει ο ασθενής, αλλά και από την εξέλιξη που έχει η ίδια η νόσος στον ασθενή. Ο τρόπος επίδρασης της νόσου είναι εξαρτώμενος και από τον ίδιο τον ασθενή. Δηλαδή, η προσωπικότητα του άρρωστου και η ικανότητα να προσαρμόζεται στην ασθένεια επιφέρει πολλές φορές ψυχοσωματικά θετικά αποτελέσματα (Μηνασίδου, Λεμονίδου 2005).

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, κατά το στάδιο διάγνωσης της ασθένειας και κατά την διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής νιώθει ότι χάνεται η ποιότητα της ζωής του. Αυτά τα ψυχο-κοινωνικά προβλήματα που συναντά κατά το διάστημα αυτό, αλληλεπιδρούν με το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον.

Κατά το στάδιο της διάγνωσης, ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει διάφορους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν συνήθως αρνητικά,

δημιουργώντας συνθήκες επιδείνωσης της ποιότητας ζωής του. Ο άρρωστος προσπαθεί να συνειδητοποιήσει ότι η ζωή του απειλείται από μια νόσο, δημιουργώντας του τον φόβο για κάτι οδυνηρό, όπως ο θάνατος. Προβληματίζεται για ένα αναπόφευκτο κοινωνικό στίγμα, δημιουργώντας παράλληλα αισθήματα αβεβαιότητας, θλίψης και θυμού. Αντίστοιχα, κατά το στάδιο της θεραπείας, καλείται να μπει σε μια δύσκολη διαδικασία, να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο επιπλοκές, παρενέργειες ή οποιασδήποτε φύσης προβλήματα που δημιουργούνται από το θεραπευτικό μέρος της ασθένειας.

Μία από τις σημαντικότερες αρνητικές παραμέτρους στην ποιότητα ζωής του ασθενούς είναι ο φόβος για τον θάνατο. Ο ασθενής μέσα από τον φόβο αυτό, χάνει πολλές φορές την εκτίμηση για τον εαυτό του. Ο φόβος αυτός μάλιστα, προκαλεί συναισθήματα πανικού, άγχους και κατάθλιψης. Ο φόβος αυτός εντείνεται, γιατί ο ασθενής έχει στο μυαλό του την απόρριψη από το κοινωνικό, αλλά και από το οικογενειακό και φιλικό του περίγυρο (Παπαγιαννη, 2003).

Οι θεραπευτικές αγωγές που λαμβάνει ο ασθενής και οι επιπτώσεις αυτών, δρουν καταλυτικά στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Το συνηθέστερο πρόβλημα είναι οι παρενέργειες που επιφέρουν, αλλά και ο βαθμός επιδείνωσης των παρενεργειών, τα οποία καθορίζουν και τον τρόπο ποιότητας ζωής του ασθενή. Ο πόνος, η κόπωση, οι πονοκέφαλοι, ο κακός ύπνος είναι μερικές παρενέργειες που συμβάλουν αρνητικά στον τρόπο ζωής του ασθενή.

Το συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς μέσα από την στήριξη που του παρέχει, συμβάλλει θετικά στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ίδιο τον ασθενή. Επίσης, η συμμετοχή του σε δραστηριότητες κοινωνικού χαρακτήρα, βοηθούν τον ασθενή να αντιληφθεί ότι είναι ενεργό μέλος της κοινωνίας και ότι η ζωή συνεχίζεται παρόλα τα προβλήματα που υπάρχουν (Οικονόμου et al., 2001).

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί σημαντικό κομμάτι μιας ομάδας υγείας και περιλαμβάνει νοσηλεύτριες από διάφορες ειδικότητες, οι οποίες έχουν ως σκοπό την παροχή καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, στην οικογένεια και την κοινότητα. Η εκπαίδευση των νοσηλευτριών περιλαμβάνει τη μέση, την ανώτερη και την ανώτατη βαθμίδα, ενώ με τους χρόνια ασθενείς ασχολούνται νοσηλεύτριες διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ρόλοι του συγκεκριμένου νοσηλευτικού προσωπικού είναι η θεραπεία της εκάστοτε νόσου και η διατήρηση της σωματικής υγείας, η πρόληψη της περαιτέρω επιβάρυνσης της κατάστασης τους και τέλος, η ψυχολογική στήριξη τόσο του ατόμου, όσο και της οικογένειας του (Adler & Matthews, 1994).

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τη φύση της νόσου και τα συμπτώματά της, αλλά να έχει παράλληλα ενσυναίσθηση. Το τελευταίο σημαίνει ότι θα πρέπει να γνωρίζει τι σημαίνουν για τον ασθενή οι συνεχείς εξετάσεις, η φαρμακοθεραπεία, ο φόβος της αναπηρίας και επιδείνωσης της κατάστασης ή ο φόβος του θανάτου, ώστε να μπορέσει να προσφέρει ψυχολογική στήριξη.

Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό επιθυμεί να προσφέρει κάθε δυνατή βοήθεια στους ασθενείς, παρόλα αυτά πολλές φορές λειτουργεί βάσει προκαταλήψεων, κάτι που δεν θα πρέπει να υφίσταται. Άλλες φορές πάλι, το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει την προσωπική επαφή με τον χρόνια ασθενή, ώστε να μπορέσει προστατευτεί από το άγχος ή τη λύπη που ενδεχομένως θα του προκαλέσει ο ασθενής (Andersen, 2002).

Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι, το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι σε μεγάλο βαθμό ψυχοφθόρο. Αν και στην αρχή οι νοσηλεύτριες θέλουν να βοηθήσουν τον ασθενή στα προβλήματα του, σταδιακά αυτή η διάθεση μειώνεται, καθώς προσπαθούν να λειτουργήσουν ως επαγγελματίες. Κατά αυτόν τον τρόπο, η συναισθηματική κατάσταση κάθε νοσηλευτή είναι

αλληλοσυγκρουόμενη, καθώς θέλει μεν να προσφέρει όσο μπορεί, αλλά από την άλλη θέλει να προφυλαχθεί συναισθηματικά.

Όταν λοιπόν, το προσωπικό αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά με του ασθενείς, συμπεριφέρεται απρόσωπα, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται πολυάσχολο και μη διαθέσιμο. Επιπλέον, προσφέρει ανεπαρκείς πληροφορίες και φροντίζει μόνο για τις σωματικές ανάγκες του αρρώστου και όχι για τις ψυχοκοινωνικές. Συχνά, ο νοσηλευτής γίνεται ευερέθιστος, απότομος, επιθετικός, ειρωνικός ή κυνικός, κάτι που λαμβάνεται από τους άλλους ως ψυχρότητα, τυπικότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού.

Οι παραπάνω ερμηνείες συμπεριφοράς μεγαλώνουν τα συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και κατάθλιψης του νοσηλευτή, ο οποίος συχνά αισθάνεται ένοχος για τη συμπεριφορά του, καθώς πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του. Αυτό οδηγεί στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στους ασθενείς, τους υπόλοιπους νοσηλευτές, αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό (Ansseau. et all. 2004).

Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις πολλές φορές δεν είναι αυτή που θα έπρεπε. Συχνά ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μια αρρώστια ή περιστατικό και όχι ως άτομο που υποφέρει. Γι αυτό το λόγο, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να ξεχνά ότι ο ασθενής είναι άνθρωπος.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθήσει με τις γνώσεις του να βοηθήσει στην πρόοδο του ασθενή, αλλά παράλληλα οφείλει να είναι και άνθρωπος με υπομονή και διαθεσιμότητα. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει με την παρουσία του και το γνήσιο ενδιαφέρον να δώσει στον ασθενή ένα νόημα μέσα από τη ζεστή ανθρώπινη επαφή. Ο νοσηλευτής όμως, για να καταφέρει να προσεγγίσει με κατάλληλο τρόπο το χρόνιο ασθενή θα πρέπει να γνωρίζει και να σέβεται τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες του. Οι ανάγκες του χρόνια καρδιακού ασθενή, αλλά και του ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι (Andersen, 2002) :

- Η ανάγκη για αγάπη και στοργή από ένα περιβάλλον που δεν τον έχει εγκαταλείψει ή απομονώσει, επειδή η κατάσταση του προκαλεί βαθύ ψυχικό πόνο.
- Η ανάγκη για ασφάλεια και το ότι ανήκει σε ένα περιβάλλον που σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές περιλαμβάνει σημαντικά πρόσωπα. Ο ασθενής έχει την αγωνία μήπως εγκαταλειφτεί από το περιβάλλον του, οπότε επιλέγει λίγα άτομα, με τα οποία διατηρεί στενή σχέση και νιώθει σιγουριά και ηρεμία. Για κάποιους, την ασφάλεια αντιπροσωπεύει ο χώρος του νοσοκομείου και το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ για άλλους, την εκπροσωπεί ο χώρος του σπιτιού. Ο ασθενής στην τελική φάση της ζωής του θα πρέπει να επιλέξει αν θα μείνει στο νοσοκομείο ή αν θα επιστρέψει στο σπίτι του. Πρέπει δηλαδή να διαλέξει αυτός το περιβάλλον που αισθάνεται καλύτερα.
- Η ανάγκη για σεβασμό, όταν του προσφέρονται ευκαιρίες να καλλιεργήσει την αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθηση του. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες του παρέχουν την αίσθηση ότι έχει έναν σχετικό έλεγχο σε μια κατάσταση που δεν τον καθιστά παθητικό και εξαρτημένο από το περιβάλλον του. Συχνά μάλιστα, η υπερπροστασία ακινητοποιεί τον ασθενή και τον καθιστά ανήμπορο και θλιμμένο.
- Η ανάγκη για κατανόηση και η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας από ένα ευαίσθητοποιημένο περιβάλλον, που τον προτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματα του και προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη. Καθότι λοιπόν, ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να εξατομικεύει την περίπτωση κάθε ασθενή και να διατηρήσει την ανάλογη στάση (Asmundsona, et al., 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για το σκοπό αυτής της έρευνας είναι η ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε καθώς αυτό το είδος έρευνας επιτρέπει τη διερεύνηση ενός φαινομένου μέσω των απόψεων των ιδίων των ενδιαφερομένων (Muijs, 2010). Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο είναι ότι επιτρέπει τη συσχέτιση των μεταβλητών μεταξύ τους (Gray et al., 2007).

Για το σκοπό της έρευνας αυτής στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τους Balnaves & Caputi (2001), το ερωτηματολόγιο αποτελεί το πιο διαδεδομένο εργαλείο στην ποσοτική έρευνα που μπορεί να μετρήσει τις απόψεις των υποκειμένων της έρευνας (Balnaves, Caputi, 2001).

Αυτό το μεθοδολογικό εργαλείο επιλέχθηκε καθώς έχει τα παρακάτω πλεονεκτήματα (Singh, 2007, Johnson, Christensen, 2008) :

- α) είναι εύκολο να διανεμηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων την ίδια στιγμή και σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές,
- β) μπορεί να συμπληρωθεί από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην έρευνα,
- γ) είναι χαμηλού κόστους,
- δ) είναι εύκολο στην κωδικοποίησή του, στην εξαγωγή αποτελεσμάτων και στην επεξεργασία του.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από τρεις ενότητες. Πιο αναλυτικά, η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το

δημογραφικό προφίλ των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαιδευτικό υπόβαθρο) καθώς και μία ερώτηση σχετικά με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει τις ερωτήσεις της κλίμακας Hamilton, η οποία είναι κλίμακα ποσοτικής εκτιμήσεως του άγχους σε ασθενείς με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 14 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 4, ως εξής:

0=απουσία του συμπτώματος

1=συμπτώματα ήπιου βαθμού

2=μέτριο

3=έντονο

4=πολύ έντονο σύμπτωμα, που προκαλεί σοβαρό πρόβλημα

Η κλίμακα αυτή έχει 7 ερωτήσεις που μετρούν τις ψυχικές εκδηλώσεις (ερ. 1-6, 15) και 7 ερωτήσεις που μετρούν τη σωματοποίηση του άγχους (ερ. 8-14). Το σκορ της κλίμακας Hamilton κυμαίνεται από το 0 έως το 56. Η μέτρηση της αγχώδους διαταραχής έχει ως εξής:

0-17=ήπιας βαρύτητας αγχώδης διαταραχή

18-24=ήπια ως μέτρια αγχώδη διαταραχή

25-30=μέτρια έως σοβαρή αγχώδη διαταραχή

31-56=σοβαρή αγχώδη διαταραχή

Η τρίτη ενότητα αποτελείται από 52 ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα Pichot που είναι η κλίμακα ποσοτικής εκτιμήσεως της κατάθλιψης σε ασθενείς με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις. Κάθε απάντηση απαντάται ως 'σωστό' ή 'λάθος' και το συνολικό σκορ ερμηνεύεται ως εξής:

0-9=απουσία κατάθλιψης

10-20=ήπια κατάθλιψη

21-30=μέτρια κατάθλιψη

31-52=υψηλή κατάθλιψη (Singh, 2007, Johnson, Christensen, 2008)

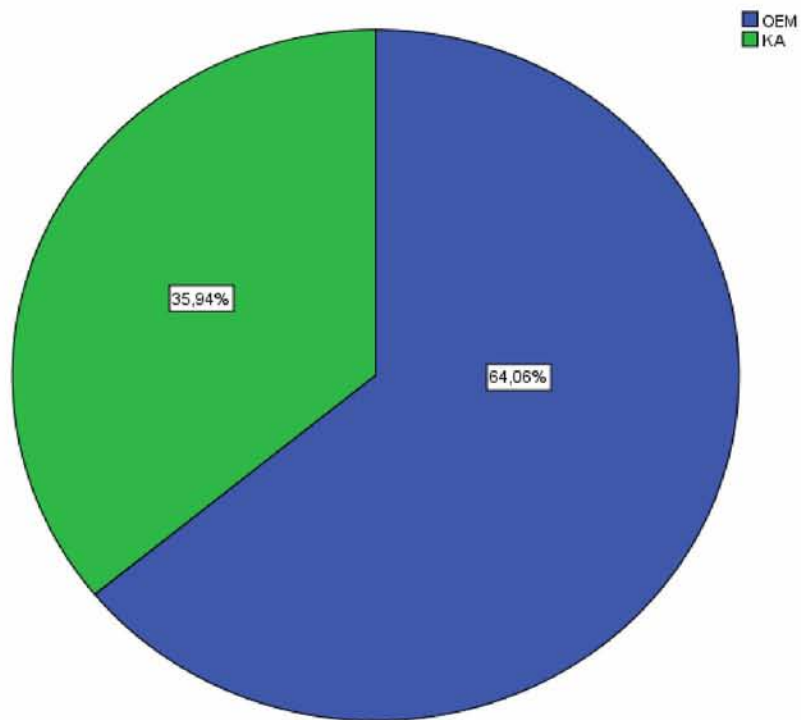
4.2 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

4.2.1 Σύνολο συμμετεχόντων

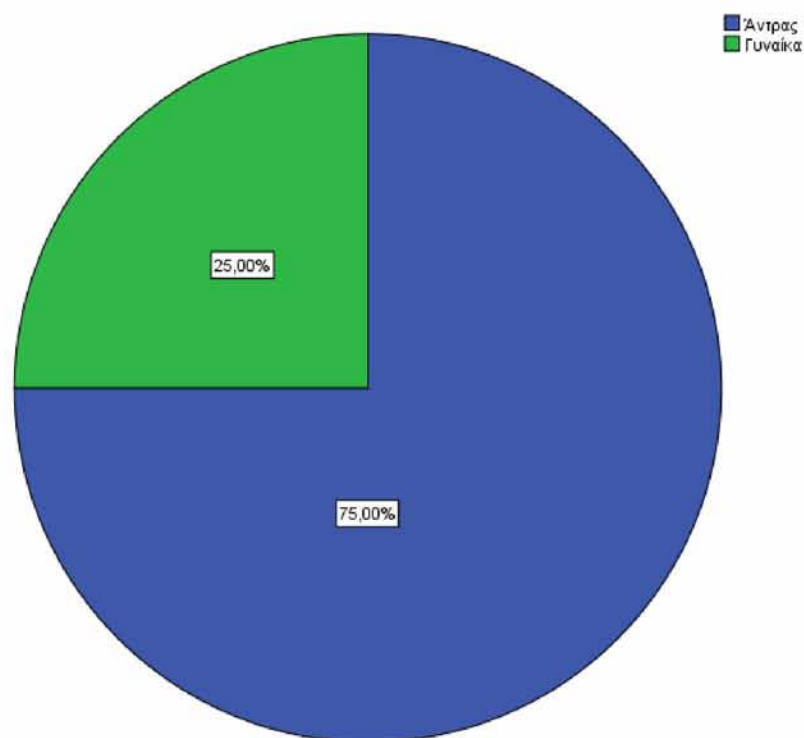
Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 64 Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική «Γ.Ν. Παπαγεωργίου». Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς (81,3%, N=52), αν και παρόλα αυτά ένα σχετικά μικρότερο ποσοστό ερωτηματολογίων (18,8%, N=12) συμπληρώθηκαν από τους συγγενείς των ασθενών.

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα διαγνώσθηκαν με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) (64,1%), ενώ από την άλλη, το 35,9% διαγνώσθηκε με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), όπως φαίνεται και στο Γράφημα 4.1.

Επιπλέον, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 4.2, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άντρες, με το ποσοστό να καταλαμβάνει το 75%. Οι γυναίκες καταλαμβάνουν εμφανώς μικρότερο ποσοστό, το οποίο ανέρχεται σε 25%.



Γράφημα 4.1. Διάγνωση ασθενών



Γράφημα 4.2. Φύλο ασθενών

Αναφορικά με την ηλικία των ασθενών, ο μέσος όρος είναι περίπου τα 62 έτη, με ένα εύρος τα 58 έτη, καθώς η μικρότερη ηλικία είναι 29 και η μεγαλύτερη 87. Στον Πίνακα 4.1 παρατίθενται αναλυτικά τα στοιχεία αυτά.

Πίνακας 4.1. Περιγραφικά μέτρα ηλικίας ασθενών

	Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	64	29	87	61,78	13,849

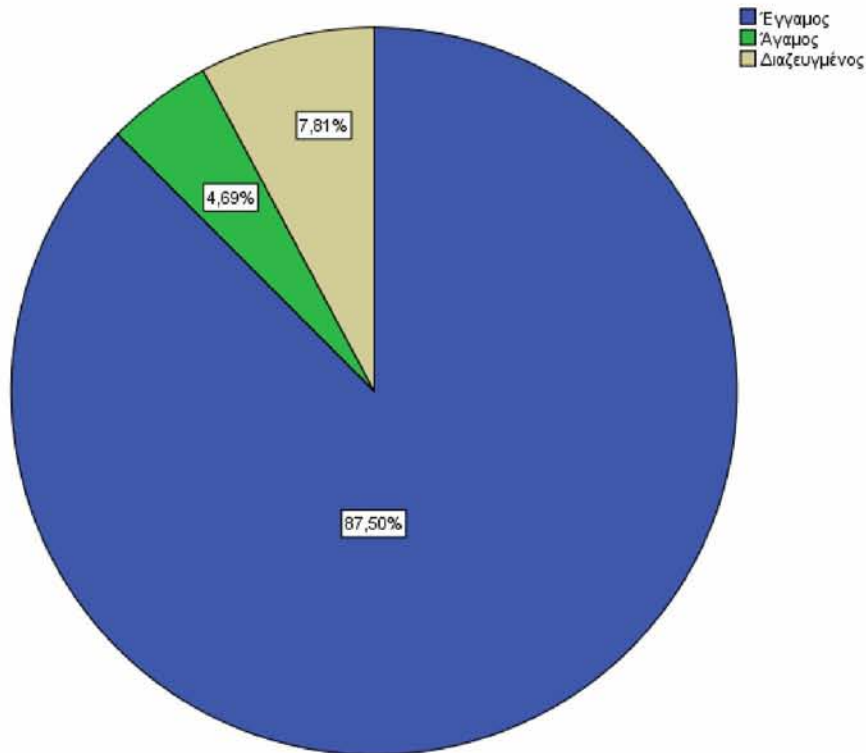
Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.2, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι συνταξιούχοι (51,6%), ενώ ακολουθούν όσοι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (17,2%). Έπονται επίσης, το επάγγελμα του καθηγητή και της νοικοκυράς με ποσοστό 6,3% το καθένα.

Πίνακας 4.2. Επάγγελμα ασθενών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Συνταξιούχος	33	51,6	51,6	51,6
Φοιτητής	1	1,6	1,6	53,1
Καθαρίστρια	1	1,6	1,6	54,7
Προπονητής ποδοσφαίρου	1	1,6	1,6	56,3
Ιδιωτικός υπάλληλος	11	17,2	17,2	73,4
Νοικοκυρά	4	6,3	6,3	79,7
Νοσηλεύτρια	1	1,6	1,6	81,3
Δημόσιος υπάλληλος	1	1,6	1,6	82,8
Καθηγητής	4	6,3	6,3	89,1

Ιερέας	1	1,6	1,6	90,6
Τραπεζικός υπάλληλος	1	1,6	1,6	92,2
Οδηγός	1	1,6	1,6	93,8
Ελεύθερος επαγγελματίας	3	4,7	4,7	98,4
Αγρότης	1	1,6	1,6	100,0
Σύνολο	64	100,0	100,0	

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είναι έγγαμοι (87,5%), όπως φαίνεται και από το Γράφημα 4.3. Επιπλέον, οι διαζευγμένοι καταλαμβάνουν ποσοστό 7,81%, ενώ έπονται οι άγαμοι με ποσοστό 4,69%.



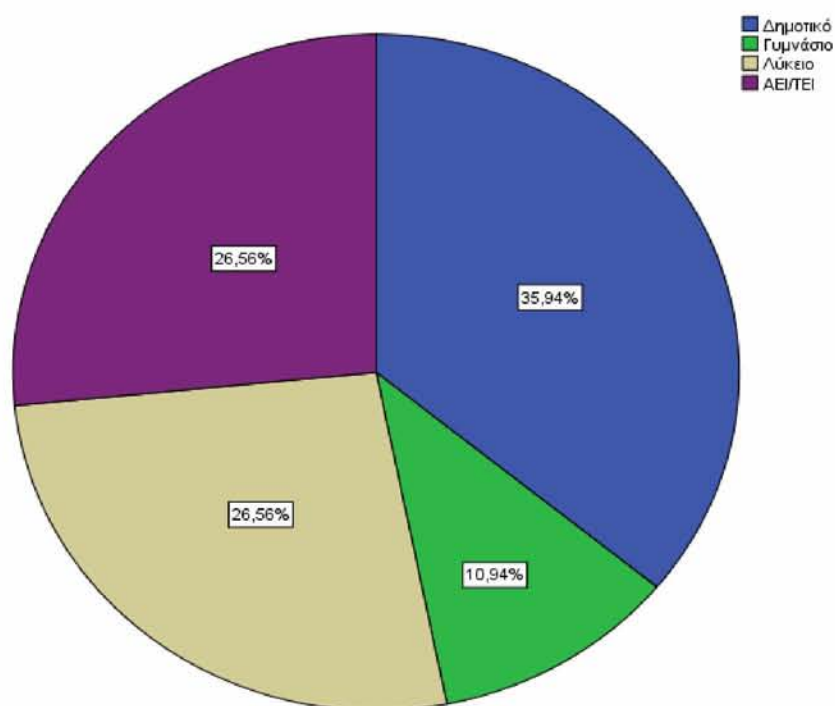
Γράφημα 4.3. Οικογενειακή κατάσταση ασθενών

Αναφορικά με τα παιδιά, η πλειοψηφία έχει, με το μέσο όρο να είναι γύρω στα 2 παιδιά, με μέγιστο τα 6 (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.3. Περιγραφικά μέτρα παιδιών ασθενών

	Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Τέκνα	64	0	6	1,86	1,006

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι σε ποσοστό 35,9% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 26,6% είναι απόφοιτοι Λυκείου και το ίδιο ποσοστό είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επιπλέον, σύμφωνα με το Γράφημα 4.4, το 10,9% είναι απόφοιτοι γυμνασίου.



Γράφημα 4.4 Μορφωτικό επίπεδο ασθενών

Παρακάτω, στον Πίνακα 4.4 παρατίθενται συγκριτικά για τις δύο ομάδες ασθενών (Ασθενείς με OEM-Ασθενείς με ΚΑ) τα δημογραφικά τους στοιχεία που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα.

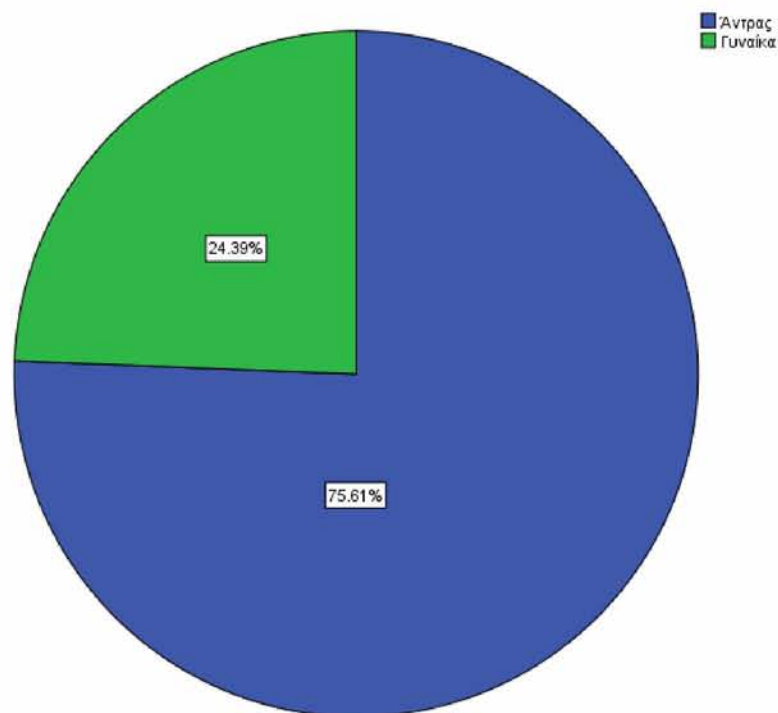
Πίνακας 4.4. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών με βάση τη διάγνωση

	Ασθενείς με OEM		Ασθενείς με ΚΑ	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο				
Άντρας	31	75.6	17	73.9
Γυναίκα	10	24.4	6	26.1
Σύνολο	41	100.0	23	100.0
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	33	80.5	23	100.0
Άγαμος	3	7.3		
Διαζευγμένος	5	12.2		
Σύνολο	41	100.0		
Εκπαιδευτικό υπόβαθρο				
Δημοτικό	8	19.5	15	65.2
Γυμνάσιο	5	12.2	2	8.7
Λύκειο	13	31.7	4	17.4
ΑΕΙ/ΤΕΙ	15	36.6	2	8.7
Σύνολο	41	100.0	23	100.0
Επάγγελμα				
Συνταξιούχος	14	34.1	19	82.6
Φοιτητής	1	2.4		

Καθαρίστρια	1	2.4		
Προπονητής ποδοσφαίρου	1	2.4		
Ιδιωτικός υπάλληλος	10	24.4	1	4.3
Νοικοκυρά	3	7.3	1	4.3
Νοσηλεύτρια	1	2.4		
Δημόσιος υπάλληλος	1	2.4		
Καθηγητής	4	9.8		
Ιερέας	1	2.4		
Τραπεζικός υπάλληλος	1	2.4		
Οδηγός	1	2.4		
Ελεύθερος επαγγελματίας	2	4.9	1	4.3
Αγρότης			1	4.3
Σύνολο	41	100.0	23	100.0
Ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο				
Ασθενής	37	90.2	15	65.2
Συγγενής	4	9.8	8	34.8
Σύνολο	41	100.0	23	100.0
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Ηλικία	56,00	11,715	72,90	11,241
Αριθμός παιδιών	1,90	1,091	1,78	0,850

4.2.2 Ασθενείς με OEM

Όσον αφορά τους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από Οξύ Εμφραγμα του Μυοκαρδίου, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι άντρες με OEM είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό είναι στα 75,6% έναντι 24,4% αντίστοιχα.



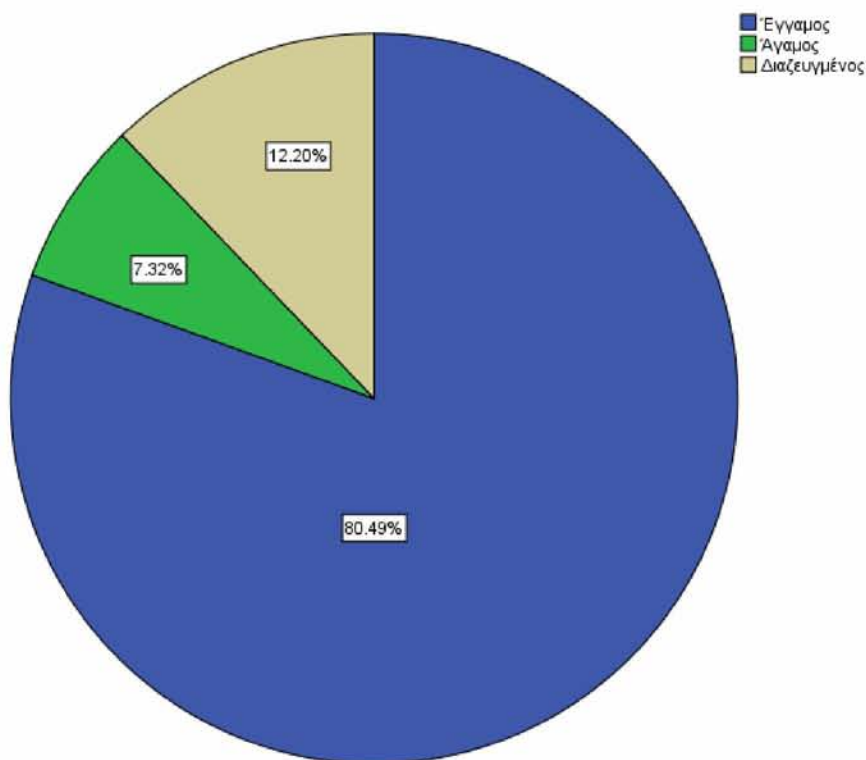
Γράφημα 4.5 Φύλο ασθενών με OEM

Από τον Πίνακα 4.5 παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με OEM είναι κατά μέσο όρο 56 ετών.

Πίνακας 4.5. Αριθμός παιδιών των ασθενών με OEM

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ηλικία	56,00	11,715

Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με OEM είναι έγγαμοι, σε ποσοστό 80,5%, όπως φαίνεται και από το παρακάτω Γράφημα 4.6. Ακολουθούν οι διαζευγμένοι σε ποσοστό 12,20% και οι άγαμοι σε ποσοστό 7,32%.



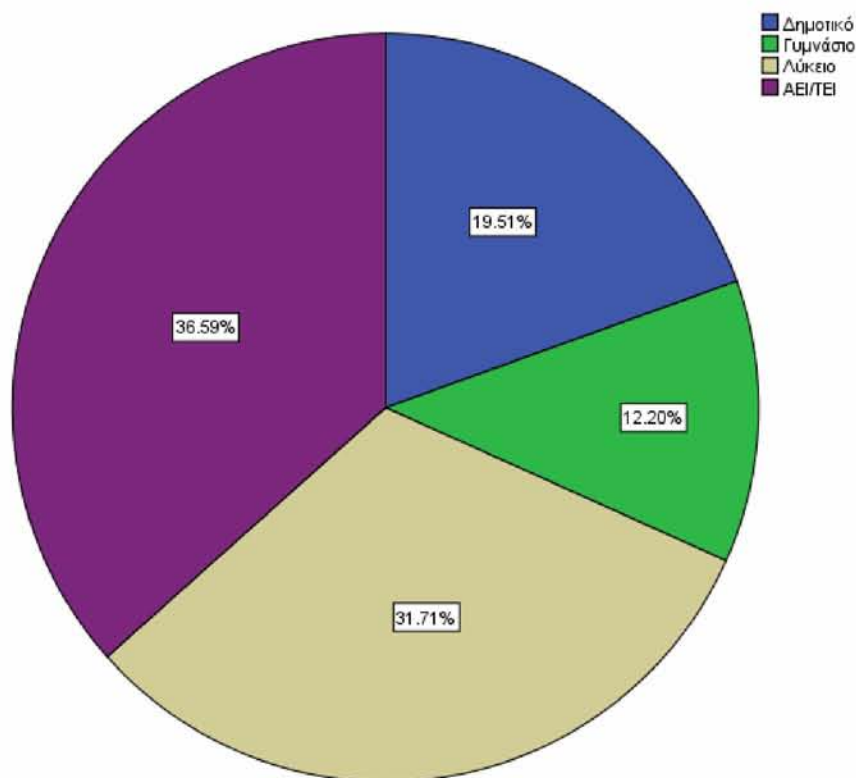
Γράφημα 4.6 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών με OEM

Από τον Πίνακα 4.6 παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με OEM έχουν περίπου 2 παιδιά.

Πίνακας 4.6. Αριθμός παιδιών των ασθενών με OEM

	M.O.	T.A.
Αριθμός παιδιών	1,90	1,091

Όσον αφορά στο μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι (36,6%) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι Λυκείου (31,7%). Όπως φαίνεται στο Γράφημα 4.7, έπονται όσοι είναι απόφοιτοι Δημοτικού με ποσοστό 19,51% και τέλος, με ποσοστό 12,20% ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου.



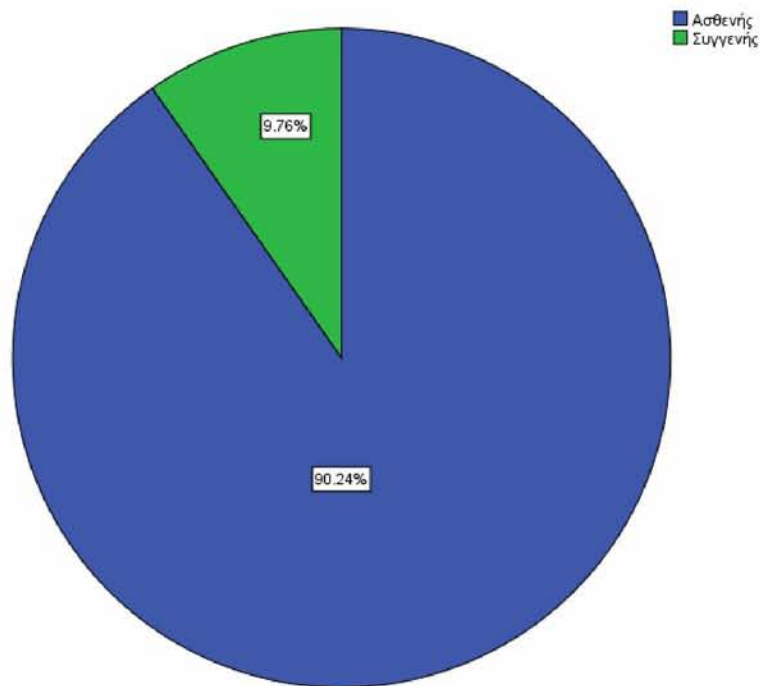
Γράφημα 4.7 Μορφωτικό επίπεδο ασθενών με OEM

Στον Πίνακα 4.6 απεικονίζεται το επάγγελμα που ασκούν οι ασθενείς με OEM. Όπως παρατηρούμε, η πλειοψηφία είναι συνταξιούχοι σε ποσοστό 34,1%, ενώ ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (24,4%). Στη συνέχεια, έπεται το επάγγελμα του καθηγητή με ποσοστό 9,8%, της νοικοκυράς με 7,3% και του ελεύθερου επαγγελματία με ποσοστό 4,9%. Τέλος, ακολουθούν τα υπόλοιπα επαγγέλματα (Φοιτητής, Καθαρίστρια, Προπονητής ποδοσφαίρου, Νοσηλεύτρια, Δημόσιος υπάλληλος, Ιερέας, Τραπεζικός υπάλληλος, Οδηγός) με ποσοστό 2,4% το καθένα.

Πίνακας 4.6. Επάγγελμα ασθενών

Επάγγελμα		
Συνταξιούχος	14	34.1
Φοιτητής	1	2.4
Καθαρίστρια	1	2.4
Προπονητής ποδοσφαίρου	1	2.4
Ιδιωτικός υπάλληλος	10	24.4
Νοικοκυρά	3	7.3
Νοσηλεύτρια	1	2.4
Δημόσιος υπάλληλος	1	2.4
Καθηγητής	4	9.8
Ιερέας	1	2.4
Τραπεζικός υπάλληλος	1	2.4
Οδηγός	1	2.4
Ελεύθερος επαγγελματίας	2	4.9
Σύνολο	41	100.0

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο που τους διανεμήθηκε. Μάλιστα, αυτό το ποσοστό ανήλθε στο 90,2%. Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα, οι συγγενείς συνέβαλαν στην παρούσα διαδικασία συμπληρώνοντας αυτοί το ερωτηματολόγιο σε ποσοστό 9,76%. Στο Διάγραμμα 4.8 φαίνονται αναλυτικά τα ποσοστά αυτά.



Γράφημα 4.8 Ποσοστό ασθενών με OEM που συμπλήρωσε μόνο του το ερωτηματολόγιο

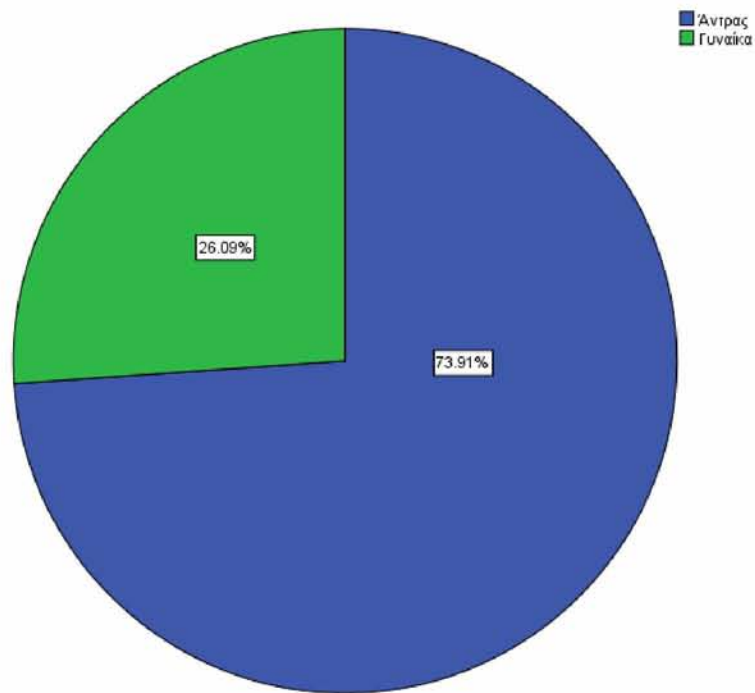
4.2.3 Ασθενείς με ΚΑ

Συνεχίζοντας την έρευνα, οι άντρες με ΚΑ είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό ανέρχεται σε 73,9% έναντι 26,1% αντίστοιχα (Διάγραμμα 4.9).

Επιπλέον, από τον Πίνακα 4.7 παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με ΚΑ είναι κατά μέσο όρο 73 ετών.

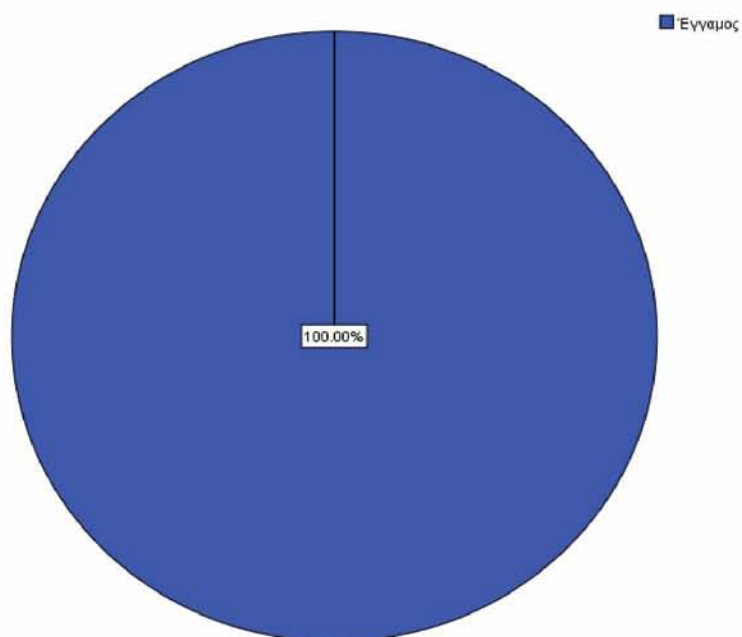
Πίνακας 4.7.

	M.O.	T.A.
Ηλικία	72,90	11,241



Γράφημα 4.9 Φύλο ασθενών με ΚΑ

Επίσης, όλοι οι ασθενείς με ΚΑ είναι έγγαμοι, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 4.10.



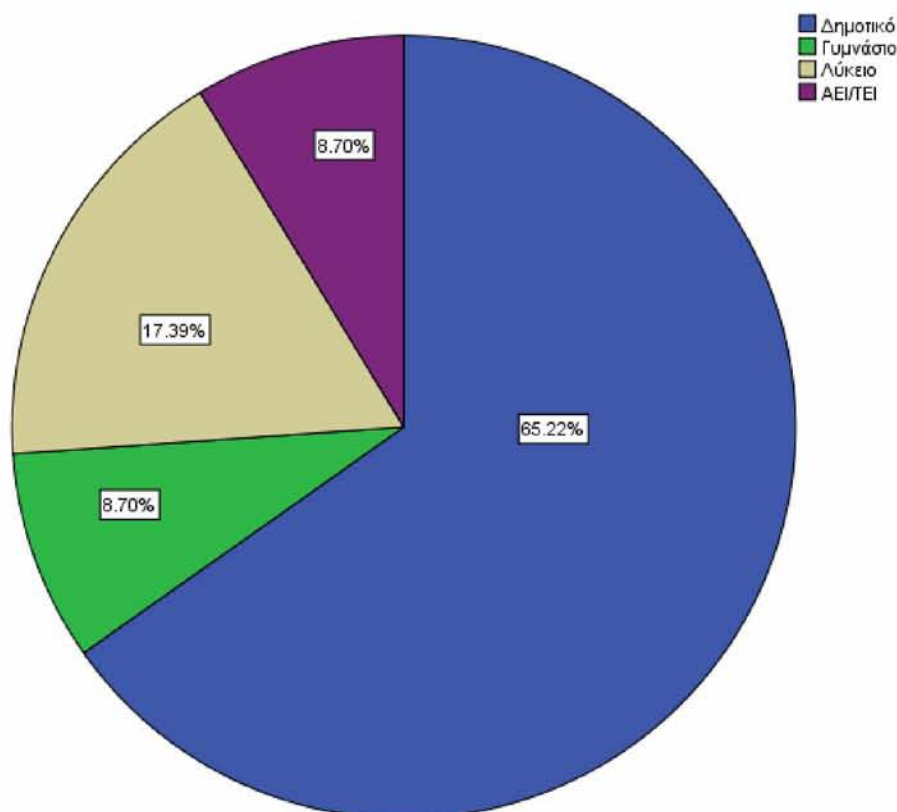
Γράφημα 4.10 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών με ΚΑ

Από τον πίνακα 4.8 παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με ΚΑ έχουν περίπου 2 παιδιά.

Πίνακας 4.8. Αριθμός παιδιών των ασθενών με ΟΕΜ

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Αριθμός παιδιών	1,78	0,850

Όσον αφορά στο μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι ασθενείς με ΚΑ (65,2%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι Λυκείου (17,4%). Στη συνέχεια, έπονται οι ασθενείς που είναι απόφοιτοι Γυμνασίου σε ποσοστό 8,7% και οι ασθενείς που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστό επίσης 8,7% (Γράφημα 4.11).



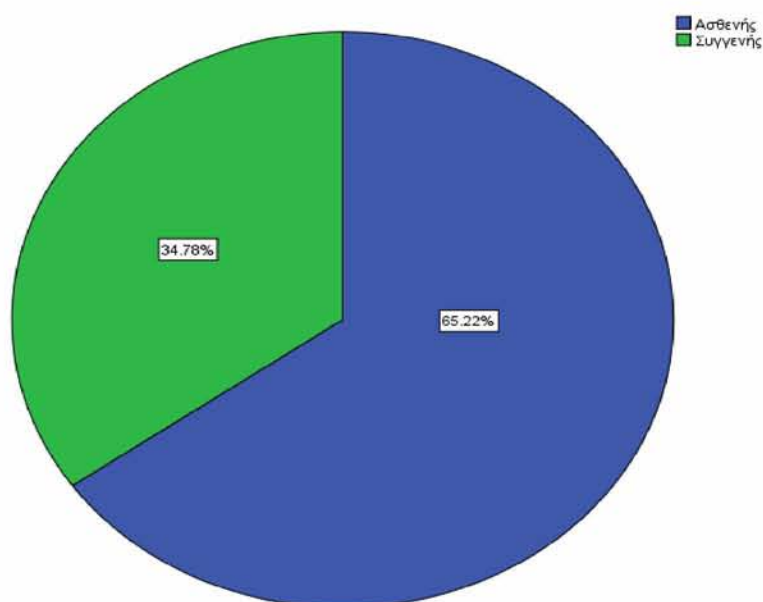
Γράφημα 4.11 Μορφωτικό επίπεδο ασθενών με ΚΑ

Στον Πίνακα 4.9 απεικονίζεται το επάγγελμα που ασκούν οι ασθενείς με ΚΑ. Όπως παρατηρούμε, η πλειοψηφία είναι συνταξιούχοι σε ποσοστό 82,6%, κάτι το οποίο αιτιολογείται και από την μεγαλύτερη ηλικία που έχουν σε σχέση με τους ασθενείς με ΟΕΜ.

Πίνακας 4.9. Επάγγελμα ασθενών

Επάγγελμα		
Συνταξιούχος	19	82.6
Ιδιωτικός υπάλληλος	1	4.3
Νοικοκυρά	1	4.3
Ελεύθερος επαγγελματίας	1	4.3
Σύνολο	1	4.3

Τέλος, η πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ (65,2%) συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο που τους διανεμήθηκε.



Γράφημα 4.12 Ποσοστό ασθενών με ΚΑ που συμπλήρωσε μόνο του το ερωτηματολόγιο

4.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τελειώνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας ερευνητικής εργασίας, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0. Πιο συγκεκριμένα, οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής παρακάτω (Agresti και Franklin, 2013):

- η περιγραφική στατιστική (πίνακες συχνοτήτων-ποσοστών, μέσοι όροι-τυπικές αποκλίσεις), καθώς και
- η επαγωγική στατιστική (independent samples t-test, One-Way Anova, Pearson coefficient).

Στο επόμενο κεφάλαιο που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση. Πιο συγκεκριμένα, εμπεριέχει τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης και συγκεκριμένα την Κλίμακα hamilton, την Κλίμακα richot, την εύρεση συσχετίσεων, καθώς και τα συμπεράσματα στατιστικής ανάλυσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

5.1 ΚΛΙΜΑΚΑ HAMILTON

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 5.1, ο μέσος όρος της κλίμακας Hamilton για τους ασθενείς με OEM είναι 18,68 (Τ.Α.=9,825), ενώ για τους ασθενείς με ΚΑ είναι 19,17 (Τ.Α.=8,133). Αυτό σημαίνει πως οι ασθενείς με OEM και ΚΑ έχουν ήπια έως μέτρια αγχώδη διαταραχή.

Παρόλα αυτά όμως, οι ασθενείς με ΚΑ παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα Hamilton, κάτι που σημαίνει ότι έχουν σε υψηλότερο βαθμό αγχώδεις διαταραχές από ότι οι ασθενείς με OEM (Πίνακας 5.1).

Πίνακας 5.1. Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας Hamilton

	Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ασθενείς με OEM	41	3	44	18,68	9,825
Ασθενείς με ΚΑ	23	2	36	19,17	8,133

Πιο αναλυτικά, παρατηρούμε από τον Πίνακα 5.2 ότι οι ασθενείς με ΚΑ έχουν ελάχιστα υψηλότερο μέσο όρο στο σκορ των ψυχολογικών συμπτωμάτων (M=10,39, Τ.Α.=4,459) από ότι οι ασθενείς με OEM (M=10,10, Τ.Α.=5,356), καθώς και λίγο υψηλότερο μέσο όρο στο σκορ της σωματοποιημένης εκδήλωσης του άγχους (M=8,78, Τ.Α.=4,285) από ότι οι ασθενείς με OEM (M=8,68, Τ.Α.=5,198).

Πίνακας 5.2. Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας Hamilton ανά ψυχικά και σωματοποιημένα συμπτώματα

		Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ασθενείς με OEM	Ψυχικά	41	2	25	10,10	5,356
	Σωματικά		0	19	8,68	5,198
Ασθενείς με KA	Ψυχικά	23	1	20	10,39	4,459
	Σωματικά		0	17	8,78	4,285

5.2 ΚΛΙΜΑΚΑ RICHOT

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 5.3, ο μέσος όρος της κλίμακας Richot για τους ασθενείς με OEM είναι 17,51 (Τ.Α.=23,962), ενώ για τους ασθενείς με KA είναι 28,52 (Τ.Α.=11,224). Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με OEM παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, ενώ οι ασθενείς με KA μέτρια κατάθλιψη, καθώς έχουν υψηλότερο σκορ.

Πίνακας 5.3 Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας Richot

	Πλήθος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος	Τυπική απόκλιση
Ασθενείς με OEM	41	0	45	17,51	12,962
Ασθενείς με KA	23	10	49	28,52	11,224

5.3 ΕΥΡΕΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο, εξετάστηκε αν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και της κλίμακας Pichot, καθώς και της διάγνωσης και της κλίμακας Hamilton. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση μονής διακύμανσης (One-way Anova), βρέθηκε ότι η κλίμακα Hamilton δε σχετίζεται με τη διάγνωση ($p=0.839$), ενώ αντίθετα σχετίζεται με την κλίμακα Pichot ($p=0.001$). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν υψηλότερο σκορ ($M=28,52$, $T.A.=11,244$) από τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ($M=17,51$, $T.A.=12,962$). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 5.4.

Πίνακας 5.4 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Hamilton	Between Groups	3.552	1	3.552	.041	.839
	Within Groups	5316.182	62	85.745		
	Total	5319.734	63			
Ψυχικές εκδηλώσεις	Between Groups	1.271	1	1.271	.050	.824
	Within Groups	1585.088	62	25.566		
	Total	1586.359	63			
Σωματικές εκδηλώσεις	Between Groups	.146	1	.146	.006	.938
	Within Groups					

	Within Groups	1484.791	62	23.948		
	Total	1484.937	63			
	Between Groups	1785.954	1	1785.954	11.666	.001
Pichot	Within Groups	9491.983	62	153.097		
	Total	11277.937	63			

Στη συνέχεια διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με OEM και σε ασθενείς με KA. Από τη στατιστική ανάλυση καταδείχθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο και στις δύο ομάδες ασθενών, αλλά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,001$. Πιο αναλυτικά υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot τόσο σε ασθενείς που διαγνώστηκαν με OEM (Pearson=0.523, $p=0.000$) όσο και ασθενείς που διαγνώστηκαν με KA (Pearson=0.659, $p=0.001$), όπως φαίνεται από τον Πίνακα 5.5 και 5.6.

Πίνακας 5.5 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με OEM

		Pichot
	Pearson Correlation	.523**
Hamilton	Sig. (2-tailed)	.000
	N	41

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 5.6 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με ΚΑ

		Pichot
Hamilton	Pearson Correlation	.659**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	23

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Έπειτα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson για να εξεταστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot ανά διάγνωση. Επιπρόσθετα, η παρούσα στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών (Πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με OEM με βάση την ηλικία

		Ηλικία
Hamilton	Pearson Correlation	.094
	Sig. (2-tailed)	.558
	N	41
Pichot	Pearson Correlation	.170
	Sig. (2-tailed)	.288
	N	41

Πίνακας 5.8 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με ΚΑ με βάση την ηλικία

		Ηλικία
Pichot	Pearson Correlation	-.016
	Sig. (2-tailed)	.944
	N	23
Hamilton	Pearson Correlation	.139
	Sig. (2-tailed)	.528
	N	23

Πίνακας 5.9 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot με βάση το φύλο για το σύνολο των ασθενών

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hamilton	Equal variances assumed	.170	.681	-.320	62	.750	-.854	2.672	-6.195	4.487
	Equal variances not assumed			-.304	23.703	.764	-.854	2.814	-6.665	4.957
Pichot	Equal variances assumed	.016	.899	-1.606	62	.113	-6.125	3.815	-13.751	1.501
	Equal variances not assumed			-1.616	26.054	.118	-6.125	3.789	-13.913	1.663

Στη συνέχεια, εξετάστηκε με τη χρήση του independent samples t-test αν το φύλο επηρεάζει τα σκορ στις κλίμακες Hamilton και Pichot για το σύνολο των ασθενών, αλλά και ανά ομάδα ασθενών. Έτσι λοιπόν, η παρούσα στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών (Πίνακας 5.9).

Πίνακας 5.10 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot με βάση το επάγγελμα για το σύνολο των ασθενών

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Hamilton	Between Groups	1622.659	13	124.820	1.688	.093
	Within Groups	3697.076	50	73.942		
	Total	5319.734	63			
Pichot	Between Groups	3663.097	13	281.777	1.850	.061
	Within Groups	7614.841	50	152.297		
	Total	11277.938	63			

Πίνακας 5.11 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot με βάση την οικογενειακή κατάσταση για το σύνολο των ασθενών

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
hamilton	Between Groups	147.411	2	73.705	.869	.424
	Within Groups	5172.324	61	84.792		
	Total	5319.734	63			
pichot	Between Groups	607.342	2	303.671	1.736	.185
	Within Groups	10670.595	61	174.928		
	Total	11277.938	63			

Εν συνεχεία, εξετάστηκε με τη χρήση της One-Way Anova αν το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τα σκορ στις κλίμακες Hamilton και Pichot για το σύνολο των ασθενών και ανά ομάδα ασθενών. Κατά αυτόν τον τρόπο, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Πιο αναλυτικά, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 5.10 και 5.11.

Τέλος, με τη χρήση του independent samples t-test βρέθηκε ότι το αν το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιο συγγενή του δεν επηρεάζει και πάλι τα αποτελέσματα της κλίμακας Hamilton και Pichot (Πίνακας 5.12).

Πίνακας 5.12 Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot με βάση το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο για το σύνολο των ασθενών

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Hamilton	Equal variances assumed	.067	.796	-.093	62	.926	-.276	2.966	-6.205	5.654
	Equal variances not assumed			-.090	15.929	.929	-.276	3.061	-6.767	6.216
Pichot	Equal variances assumed	.228	.635	-2.338	62	.023	-9.679	4.141	-17.957	-1.402
	Equal variances not assumed			-2.157	15.186	.047	-9.679	4.488	-19.234	-.125

5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Συνολικά, η έρευνα κατέδειξε ότι, τόσο οι ασθενείς με OEM όσο και οι ασθενείς με ΚΑ έχουν ήπια έως μέτρια αγχώδη διαταραχή, αλλά οι ασθενείς με ΚΑ έχουν σε υψηλότερο βαθμό αγχώδεις διαταραχές από ότι οι ασθενείς με OEM. Επίσης, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με OEM παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, ενώ από την άλλη, οι ασθενείς με ΚΑ χαρακτηρίζονται από μέτρια κατάθλιψη. Τέλος, σύμφωνα πάντοτε με την έρευνα, βρέθηκε ότι τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών δεν επηρεάζουν τα σκορ στις κλίμακες Hamilton και Pichot.

Στο επόμενο και τελευταίο κεφάλαιο, ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε σχέση πάντοτε με την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Τέλος, γίνεται μια ουσιαστική ανακεφαλαίωση, η οποία οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα με πιθανή μελλοντική χρησιμότητα μιας περαιτέρω επιστημονικής έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα περικλείουν την υπέρταση, την στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την καρδιακή ανεπάρκεια, τις συγγενείς καρδιοπάθειες και τις μυοκαρδιοπάθειες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 2000 αποτελούσαν την κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ το 1/3 των θανάτων αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO, 2002).

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια αποτελεί μία πάθηση, όπου η καρδιά δεν δύναται να διοχετεύσει στο ανθρώπινο σώμα την απαιτούμενη ποσότητα αίματος, με σκοπό την επιτέλεση των φυσιολογικών λειτουργιών. Αναφορικά με την καρδιακή ανεπάρκεια, υπάρχουν τουλάχιστον 15 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως. Ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας ανέρχεται σε 2-3% και αυξάνεται απότομα έπειτα από τα 75 έτη, οπότε και αγγίζει ποσοστό περίπου 10-20% στους ηλικιωμένους 70-80 ετών. Στις πιο μικρές ηλικίες, η νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες, ενώ στους ηλικιωμένους, ο επιπολασμός παραμένει ίδιος τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες (Seshadri et al., 2006).

Από την άλλη, το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου αφορά την ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, λόγω απότομης απόφραξης κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας. Στις ανεπτυγμένες χώρες, το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας κι ανικανότητας και παρουσιάζει σημαντικό επιπολασμό.

Τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στο κατά πόσο συσχετίζεται η στεφανιαία νόσος, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια με τα προβλήματα ψυχικής υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση που έχουν τα ψυχικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φόβος κ.α) τόσο στον τρόπο συμπεριφοράς και πορείας της ασθένειας, όσο και στη επίλυση θεμάτων,

ως προς το διαγνωστικό κομμάτι αυτής. Αυτό μάλιστα, έρχεται σε αντίθεση με τα προηγούμενα χρόνια, όπου οι έρευνες εστίαζαν το ενδιαφέρον τους κυρίως σε επίπεδο θεραπείας και πρόληψης των επιπλοκών.

Σκοπός λοιπόν, της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάλυση των ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζουν μεγάλο ποσοστό ασθενών με οξείες και χρόνιες καρδιακές παθήσεις και συγκεκριμένα με καρδιακή ανεπάρκεια και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Σύμφωνα με την έρευνα, το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 64 Έλληνες ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην καρδιολογική κλινική «Γ.Ν. Παπαγεωργίου». Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς (81,3%), αν και παρόλα αυτά ένα σχετικά μικρότερο ποσοστό ερωτηματολογίων (18,8%) συμπληρώθηκαν από τους συγγενείς των ασθενών. Αναφορικά με την ηλικία των ασθενών, ο μέσος όρος είναι περίπου τα 62 έτη, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άντρες (75%).

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι ο μέσος όρος της κλίμακας Hamilton για τους ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου είναι 18,68, ενώ για τους ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι 19,17. Αυτό σημαίνει πως οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και Καρδιακή Ανεπάρκεια έχουν ήπια έως μέτρια αγχώδη διαταραχή. Παρόλα αυτά όμως, οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα Hamilton, κάτι που σημαίνει ότι έχουν σε υψηλότερο βαθμό αγχώδεις διαταραχές από ότι οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου.

Συνεχίζοντας, ο μέσος όρος της κλίμακας Pichot για τους ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου είναι 17,51, ενώ για τους ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια είναι 28,52. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, ενώ οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια μέτρια κατάθλιψη, καθώς έχουν υψηλότερο σκορ.

Έπειτα, εξετάστηκε αν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης και της κλίμακας Pichot, καθώς και της διάγνωσης και της κλίμακας Hamilton. Κατά αυτόν τον τρόπο, βρέθηκε ότι η κλίμακα Hamilton δε σχετίζεται με τη διάγνωση, ενώ αντίθετα σχετίζεται με την κλίμακα Pichot. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είχαν υψηλότερο σκορ από τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Σύμφωνα πάλι με την έρευνα, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot σε ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Από την άλλη, η παρούσα στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, της κλίμακας Hamilton και της κλίμακας Pichot ανά διάγνωση, αλλά και ούτε του φύλου σε σχέση με τα σκορ στις κλίμακες Hamilton και Pichot για το σύνολο των ασθενών, αλλά και ανά ομάδα ασθενών. Αξιοσημείωτο είναι ότι ούτε η οικογενειακή κατάσταση, αλλά ούτε και το αν το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιο συγγενή του επηρεάζει τα σκορ στις κλίμακες Hamilton και Pichot για το σύνολο των ασθενών και ανά ομάδα ασθενών.

Συνολικά λοιπόν, η έρευνα έδειξε ότι τόσο οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου όσο και οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια έχουν ήπια έως μέτρια αγχώδη διαταραχή, αλλά οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια έχουν σε υψηλότερο βαθμό αγχώδεις διαταραχές από ότι οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου. Επίσης, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, ενώ από την άλλη, οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια χαρακτηρίζονται από μέτρια κατάθλιψη.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με καρδιακά προβλήματα κρίνεται αναγκαία και θα πρέπει να βρίσκεται στην πολιτική ατζέντα κάθε χώρας. Τα βήματα ανάπτυξης μιας τέτοιας πολιτικής συμπεριλαμβάνουν την εκτίμηση αναγκών του πληθυσμού στην ψυχική υγεία, την συλλογή στοιχείων, διαβούλευση και διαπραγμάτευση και την ανταλλαγή πληροφορήσης με άλλες χώρες. Επίσης, περιέχουν τον

ορισμό του οράματος, αξιών, αρχών και στόχων, τον καθορισμό πεδίων δράσης και βασικών ρόλων και ευθυνών των διαφόρων εμπλεκόμενων τομέων, και τέλος την εκτέλεση πιλοτικών προγραμμάτων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

Ο στόχος τέτοιων προγραμμάτων θα πρέπει να είναι ο καθορισμός παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία με αποδέκτη τον πληθυσμό. Αυτό επιτυγχάνεται με την οργάνωση αλληλένδετων και αποτελεσματικών τεχνικών δράσεων για την αντιμετώπιση θεμάτων της ψυχικής υγείας μέσω της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής συγκρότησης. Τα βήματα για την διατύπωση ενός προγράμματος είναι ο προσδιορισμός των στόχων του προγράμματος και ταυτόχρονα του προβλήματος προς αντιμετώπιση, καθώς και η επιλογή κατάλληλων προγραμματικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντική είναι η περιγραφή των δράσεων του προγράμματος και ο καθορισμός των υπευθύνων για την υλοποίηση του, η δημιουργία σχεδιαγράμματος και προϋπολογισμού και τέλος, η αξιολόγηση του προγράμματος (Minas, 2007).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΡΕΥΝΑ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ – ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ)

Παρακαλώ συμπληρώσετε αυτή την έρευνα.

Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο.

Νοσοκομείο:

Κλινική:

Διάγνωση:

Ηλικία:

Επάγγελμα:

Υπηκοότητα:

Φύλο: Άνδρας

Γυναίκα

Έγγαμος

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Τέκνα

Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Α.Ε.Ι ή Τ.Ε.Ι

Ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο:

Ασθενής

Συγγενής

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Για κάθε σύμπτωμα επιλέγεται από τον ασθενή το σωστό ή το λάθος.

1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

2. Είμαι υποχρεωμένος-η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

3. Πέτυχα λιγότερο στην ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

4. Αυτήν την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

5. Έχω την εντύπωση ότι έχω ένα κόμπο στο λαιμό.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

7. Ότι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο από συνήθως.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

8. Αισθάνομαι άχρηστος-η.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

9. Τελευταία πρέπει να επαληθεύω και να ξανά επαληθεύω αυτό που κάνω.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

10. Ιδρώνω περισσότερο από συνήθως.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

11. Η μνήμη μου φαίνεται λιγότερο καλή από ότι συνήθως.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

12. Είμαι χωρίς ενέργεια.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

13. Αισθάνομαι ένοχος.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

14. Τελευταία αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός-η.

ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ

15. Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και στα πόδια.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ότι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος-η από ότι συνήθως χωρίς λόγο.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

18. Τελευταία η όρεξή μου είναι λιγότερο καλή.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

19. Είμαι απογοητευμένος-η και αηδιασμένος-η από τον εαυτό μου.

ΣΤΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος-η ή εμποδισμένος-η για να κάνω το παραμικρό πράγμα.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

21. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρώσω την προσοχή μου σε μια δουλειά ή μια απασχόληση.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

23. Θα ήθελα να τελείωνα με την ζωή.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

24. Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου χτυπά πιο γρήγορα απ'ότι συνήθως ή ότι φτερουγίζει.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός-η και έξυπνος-η από την πλειοψηφία των ανθρώπων.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

26. Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να είμαι μόνος.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

27. Το βάρος μου άλλαξε

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

28. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

29. Έχω πόνους στη μέση.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

30. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή μερικά πράγματα γιατί με φοβίζουν.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

31. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

32. Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

33. Ότι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα από ότι συνήθως.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟ

34. Αυτήν την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος-α από ότι συνήθως.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟ

35. Είμαι υποχρεωμένος-η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

36. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ'ότι συνήθως.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

37. Σκέπτομαι ότι θα ήταν καλύτερο να ήμουν πεθαμένος.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

38. Δεν είμαι ικανός-η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

39. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος-η.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

40. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ'ότι συνήθως.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

41. Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

42. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

43. Έχω δυσκολία να κάνω πράγματα που συνήθιζα να κάνω.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

44. Είμαι πιο ευερέθιστος-η απ'ότι συνήθως

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

45. Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

46. Ανησυχώ για την υγεία μου.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

47. Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταραάζουν και με βασανίζουν.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

48. Είμαι γεμάτος από ένα αίσθημα φόβου.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

49. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

50. Αυτή την περίοδο η ζωή μου φαίνεται άδεια.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

51. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

52. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος.

ΣΩΣΤΟ

ΛΑΘΟΣ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ(MAX HAMILTON)

Για κάθε σύμπτωμα επιλέγεται ο βαθμός που αντιστοιχεί με μεγαλύτερη ακρίβεια στην κατάσταση του ασθενούς σύμφωνα με τα εξής κριτήρια:

0 = Απουσία του συμπτώματος

1 = Σύμπτωμα ήπιου βαθμού

2 = Μέτριο

3 = Έντονο

4 = Πολύ έντονο σύμπτωμα, που προκαλεί σοβαρό πρόβλημα

1. Αγχώδης διάθεση (Ψ) 0 1 2 3 4

Αίσθημα ανησυχίας – Αναμονή επικείμενης συμφοράς – Ακαθόριστοι φόβοι – Ευερέθιστο άτομο.

2. Υπερένταση (Ψ) 0 1 2 3 4

Αίσθημα υπερεντάσεως και αδυναμία να μείνει στην ίδια θέση – Γρήγορη κόπωση – Ανικανότητα για χαλάρωση – Κρίσεις δακρύων – Τρόμος

3. Φόβοι (Ψ) 0 1 2 3 4

Του πλήθους – Του σκότους – Της μοναξιάς – Των μεγάλων ζώων – Της κυκλοφοριακής συμφόρησης- Νοσοφοβία.

4. Διαταραχές του ύπνου (Ψ) 0 1 2 3 4

Δυσχερής επέλευση του ύπνου – Διακεκομμένος ύπνος – Ύπνος ανήσυχος και κόπωση κατά την αφύπνιση – Δυσάρεστα όνειρα ή εφιάλτες.

5. **Νοητικές λειτουργίες (Ψ)** 0 1 2 3 4

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Διαταραχές μνήμης

6. **Καταθλιπτική διάθεση (Ψ)** 0 1 2 3 4

Απώλεια ενδιαφερόντων- Αδιαφορία για παλιά “χόμπυ”- Πρώιμη αφύπνιση.

7. **Συμπτώματα από το νευρομυϊκό σύστημα (Σ)** 0 1 2 3 4

Μυϊκά άλγη και συνολικές – Μυοκλονικές συσπάσεις – Τριγμός οδόντων – Ασταθής φωνή.

8. **Γενικά αισθητικά συμπτώματα (Σ)** 0 1 2 3 4

Εμβοές – Θάμβος οράσεως και δυσχέρειες στην προσαρμογή – Νυγμοί και μυρμηκίαση.

9. **Συμπτώματα από το**

καρδιοκυκλοφορικό (Σ) 0 1 2 3 4

Ταχυκαρδία- Παλμοί – Προκάρδιο άλγος- Εκτακτοσυστολές – Τάση λιποθυμίας- Αίσθημα λιποθυμίας – Αίσθημα αναπάλλσεως των αγγείων.

10. **Συμπτώματα από το**

αναπνευστικό (Σ) 0 1 2 3 4

Αίσθημα πίεσεως στο θώρακα – Αίσθημα πνιγμονής – Δύσπνοια – Αναστεναγμοί.

11. Συμπτώματα από το

γαστρεντερικό σύστημα (Σ)

0

1

2

3

4

Δυσκαταποσία- Αεροφαγία – Κοιλιακά άλγη – Δυσκοιλιότητα – Διαρροϊκές κρίσεις – Απώλεια βάρους – Νευρική δυσπεψία – άλγος πριν ή μετά το φαγητό αίσθημα καύσου, αίσθημα κορεσμού, αναγωγές , ναυτία, έμετοι, αίσθημα λιποθυμίας, συσπάσεις από επιγάστριο, βορβορυγμοί.

12. Συμπτώματα από το

ουροποιογεννητικό (Σ)

0

1

2

3

4

Πολυουρία – Συχνουρία – Έπειξις για ούρηση – Αμηνόρροια – Δυσμηνόρροια – Ψυχρότητα – Πρώιμη εκσπερμάτωση – Ελλιπής στύση – Ανικανότητα.

13. Συμπτώματα από το

0

1

2

3

4

νευροφυτικό (Σ)

Ξηροστομία – Εξάψεις – Ωχρότητα προσώπου – Εφίδρωση- Ίλιγγοι – Κεφαλαλγίες τάσεως- Χήνιο δέρμα.

14. Συμπεριφορά του ασθενούς

κατά την εξέταση (Ψ)

0

1

2

3

4

Γενική συμπεριφορά : υπερένταση, δυσφορία, ταραχή, κινήσεις χεριών, κατάποση και εριγές, σφίξιμο του μαντηλιού, τρόμος χεριών. Ο ασθενής εμφανίζει όψη σκυθρωπή, συσπάσεις του προσώπου, παίξιμο των βλεφάρων.

Βασικές λειτουργίες: ταχυσφυγμία σε ανάπαυση, ταχύπνοια >20 σε 1, μυδρίαση, εξόφθαλμος, εφίδρωση, ζηηρά τενόντια αντανεκλαστικά, αυξημένος μυϊκός τόνος.

Σύνολο βαθμών Ψ

Σύνολο βαθμών Σ

Ολικός βαθμός κλίμακας Hamilton

Ψ = Ψυχικές εκδηλώσεις

Σ = Σωματοποίηση του άγχους

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αλεβίζος Β. (2008), Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2008.
2. Αθανάτου Ε., (2004), Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, Έκδοση Ζ', Αθήνα
3. Βαρδής Π., Γουδέβενος Ι., Ελισάφ Μ. (Επιμ.). (2003), Βασική Κλινική Καρδιολογία..3η εκδ. Αθήνα:"Π. Χ. Πασχαλίδης" 2003: 359-363.
4. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.) (2005), Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας. Διαχρονικές σειρές (2000-2005), [www statistics.gr](http://www.statistics.gr).
5. Κρεμαστινός Δ Θ. (2007), Αναζητώντας τα Μυστικά της καρδιάς. 1η εκδ. Αθήνα; Α.Α. Λιβάνη, 2007: 17-26, 75-83, 85
6. Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. (2009), Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2009.
7. Μηνασίδου Ε, Λεμονίδου Χ. (2005), Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών, Νοσηλευτική, vol. 44(2), 202-211, -Ανασκόπηση
8. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. (2001) Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία. Αρχ. Ελλην. Ιατρικής , 18(3):239-253
9. Παπαγιαννη Α. (2003), Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Press 2003 [41-60].
10. Πολυκανδριώτη Μ., Φούκα Γ. (2013), Σχέση στεφανιαίας νόσου και άγχους – κατάθλιψης, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 1 (Ιανουάριος - Μάρτιος 2013)

11. Πολυκανδριώτη Μ, Βουλγαρίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε., Κυρίτση Ε. (2009), Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Νοσηλευτική. 2009;48(1):94-104.
12. Σαπουντζή - Κρεπιά, Δ. (2004) Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. 2η έκδ. Αθήνα : ΕΛΛΗΝ
13. Σαχίνη Καρδάση Α., Πάνου Μ, (2004), Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2ος τόμος, Β΄ έκδοση,
14. Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. (2004), Φροντίδα Αρρώστου με Καρδιαγγειακές Πάθήσεις. Στο: Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες 2ος Τόμος. 2η εκδ. Αθήνα: ΒΗΤΑ, 2004: 35.
15. Στεφανάδης Ι. Χ, (2005), Παθήσεις της Καρδιάς, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.
16. Σολδάτος Κ. (2005), Άγχος και κατάθλιψη : Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
17. Τούτουζας Π.Κ., Στεφανάδης Χ.Ι., Μπουντουλάς Χ. (2001), Καρδιακές Παθήσεις, Τόμος Β, Β΄ έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Α.Ε. Αθήνα
18. Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας, (2001), Δ/ση Ψυχικής Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001: Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη - Νέα Ελπίδα. Πρόσβαση : <http://www.ygyg.gr/GR/healthgr/healthgr.htm>
19. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2004), Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ:ΠΩΣ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ, Αθήνα, 2004.
20. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2001), Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα, 2002.
21. Χριστοδούλου Γ. (2000), Ψυχιατρική Α τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

22. Χριστοδούλου Γ. (2000), Ψυχιατρική Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
23. Χριστοδούλου Γ.Ν. et al., (2005), Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Ξενογλώσση

1. American Heart Association, (2004) International Cardiovascular Disease Statistics.2004.
2. Andrade L, Caraveo A. (2003), The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res, 12:3-21
3. Agresti, A., Franklin, C. (2013). Statistics. The art and science of learning from data. Boston: Pearson
4. Alonso J, et al. (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. Acta Psychiatr Scand. 2004;109 (suppl 420):21-27.
5. American Psychological Association (2007). APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: Author
6. Adler, N.E. & Matthews, K.A. (1994), Health and psychology: Why do some people get sick and some stay well? Annual Review of Psychology, (1994),45,230-260
7. Andersen, B.L. (2002), Behavioral outcomes following psychological interventions for cancer patient. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 2002, 70, 595- 605
8. Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F. et al. (2004), High prevalence of mental disorders in primary care. Journal of Psychosomatic Research, 2004, 56,5056.

9. Asmundson, G., Nortcomb, P., & Nortcomb, G. (1999), The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19, 98-120.
10. Babatsikou F, Zavitsanou A. (2010), Epidemiology of hypertension in the elderly. *Health Science* 2010; 4:24-30.
11. British Heart Foundation. (2005), *Coronary heart disease statistics 2005*.
12. Balnaves, M., Caputi, P. (2001). *Introduction to quantitative research methods. An investigative approach*. London: Sage
13. Coe, R. (1970). *Sociological medicine*. New York : McGraw- Hill.
14. Dewit, S.C. (2009). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Πασχαλίδης, 1:642-695
15. Dar O; Cowie MR. (2007), The Epidemiology and Diagnosis of Heart Failure. In Hurst's *The Heart*. 12th:713-723. Fuster V (ed). Andover Publishing (2007)
16. Frasure-Smith N, Lesperance F. Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 730–737.
17. Gray, P.S., Williamson, J.B., Karp, D.A., Dalphin, J.R. (2007). *The research imagination*. Cambridge: Cambridge University Press
18. Johnson, B., Christensen, L. (2008). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
19. Kathleen E. (2006), *Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice*. *Home Health Care Serv Q*, 25:115-148
20. Kessler RC. (2003), Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*, 74:5-13

21. Kessler RC, et al. (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
22. Kuehner C. (2003), Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108:163-174
23. Kurlowicz L, Greenberg SA. (2007), The Geriatric Depression Scale (GDS). *AJN*, 107:67-68
24. LeMone, P. & Burke, K. (2006). Παθολογική- Χειρουργική νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς (3th edit.). Λαγός, 2:1037-1143
25. Lieb R et al. (2005), The epidemiology of generalised anxiety disorder in Europe. *Euro Neuropsychopharm*. 2005;15:445-452.
26. Mayo, I. (1956). *Guides to action on chronic illness*. Commission of Chronic Illness. New York
27. Mackay J, Mensah G. (2006), *The Atlas of heart disease and Stroke*. WHO, CDC, 2006.
28. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, et al. (2012), ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Αναπτύχθηκε σε συνεργασία με την Εταιρία Καρδιακής Ανεπάρκειας (HFA) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας (Εδύ). *Eur Heart J* 2012;33:1787-1847
29. Muijs, D. (2010). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. London: Sage
30. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N et al. (2010), Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS

- (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *J Nutr Health Aging*, 14:449-455
31. Mosterd A, Hoes AW. (2007), Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93:1137–1146.
 32. Moraska¹ AR, Chamberlain AM, Shah ND, et al. (2013), Depression, healthcare utilization, and death in heart failure: A community study. *Circ Heart Fail* 2013; 6:387-394.
 33. Moser D. (2007), The Rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care*. 2007;16(4):361-69.
 34. Minas H., (2007), Developing mental-health services for multicultural societies. In: Bhugra D, Bhui K editors. *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press, p. 388-401
 35. Polikandrioti M. (2011), Needs of depressed patients with coronary artery disease. *Health science journal*. 2011;5(4):241-242.
 36. Polikandrioti M. (2011), Stress, atherosclerosis and coronary artery disease. *Health science journal*. 2011;5(1): 1-2.
 37. Setoguchi S; Stevenson LW; Schneeweiss S. (2007), Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J*. 2007 Aug;154(2):260-6
 38. Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Au R, Kannel WB, Wolf PA. (2006), The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke* 2006; 37(2): 345-350.
 39. Singh, K. (2007). *Quantitative social research methods*. New Delhi: Sage
 40. Stylianopoulou C, Koulierakis G, Karagianni V, Babatsikou F, Koutis C. (2010), Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Vima-Asklipiou* 2010, 9:490-504 (in Greek)
 41. Thygesen K, et al. (2007) Universal Definition of Myocardial Infarction. *JACC* 2007, 50(22):2173- 2179.

42. WHO. (2002), The World Health Report 2002. Reducing the risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva 2002.
43. WHO. (2006), Regional Office for Europe. Highlights on health in Greece 2004. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006.
44. World Health Organization (WHO), (2009) Depression. Available from <http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/definition/en/>