

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

ΣΚΟΠΟΣ Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και πιθανόν πυροδοτούν την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 127 ασθενείς με ΚΑ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς ενός ερωτηματολογίου, ειδικά σχεδιασμένου για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο αποτελείτο (α) από τα κοινωνικο-δημογραφικά, τα κλινικά και λοιπά χαρακτηριστικά του δείγματος, (β) την κλίμακα HADS και (γ) την κλίμακα Minnesota. Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20 και την εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών Kruskal-Wallis, Man-Whitney, X^2 και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το 49,6% των ασθενών είχε υψηλό επίπεδο άγχους και το 11,8% είχε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης. Η μέση τιμή±τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Minnesota ήταν 51 ± 13 και η μέση τιμή±τυπική απόκλιση της σωματικής και της ψυχικής κατάστασης ήταν $22,6 \pm 5,3$ και $9,2 \pm 4,3$, αντίστοιχα. Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota (χειρότερη ποιότητα ζωής) από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους (β-συντελεστής: 11,794, $p < 0,001$), όμως η σχέση αυτή εξαφανίστηκε μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (β-συντελεστής: 4,188, $p = 0,343$). Επί πλέον, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία (χειρότερη ποιότητα ζωής) σε σχέση με τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (β-συντελεστής: 7,911 και 15,835, αντίστοιχα, $p < 0,001$) και η εν λόγω σχέση παρέμεινε και μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (β-συντελεστής: 11,202 και 15,763, αντίστοιχα, $p < 0,001$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Η αξιολόγηση και η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Τα χρόνια νοσήματα, κυρίως εκείνα που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), συνεπάγονται πολλές σωματικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένου του τρόπου ζωής, οι οποίες συχνά πυροδοτούν την εκδήλωση διαταραχών από την ψυχική σφαίρα, όπως άγχος και κατάθλιψη.¹⁻³

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ΚΑ κυμαίνεται

από 30–50%. Η συννοσηρότητα άγχους-κατάθλιψης και ΚΑ σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών, όπως αδυναμία συμμόρφωσης προς τη θεραπευτική αγωγή, ανικανότητα αντιμετώπισης συμπτωμάτων από τη σωματική διάσταση της νόσου, αποτυχία πρόληψης επιπλοκών,² αύξηση θνησιμότητας, αύξηση του κόστους νοσηλείας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και, τέλος, πτωχότερη ποιότητα ζωής.³⁻⁵

Η ΚΑ προσβάλλει περίπου 6,6 εκατομμύρια Αμερικανούς

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(3):308–317
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(3):308–317

Χ. Λευθεριώτης,¹
Χ. Στεφανάδης,²
Δ. Τούσουλης,²
Χ. Πίτσαβος,²
Ε. Κυρίτση¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα
²Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

The impact of anxiety and depression on the quality of life of patients with heart failure

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Άγχος
Καρδιακή ανεπάρκεια
Κατάθλιψη

Υποβλήθηκε 16.11.2014
Εγκρίθηκε 24.11.2014

νούς, ηλικίας >18 ετών και 15 εκατομμύρια ασθενείς σε 51 χώρες που εκπροσωπούνται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας. Η χρόνια ΚΑ αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας, που αναμένεται να λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.⁶

Η θεραπεία της ΚΑ στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, προκειμένου να επιτευχθεί το υψηλότερο επίπεδο στην ποιότητα της ζωής τους, εντός βέβαια των συγκεκριμένων περιορισμών που επιβάλλει η ασθένεια.^{2,7}

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 127 ασθενείς (65 άνδρες και 62 γυναίκες) με ΚΑ. Το συγκεκριμένο δείγμα ασθενών ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε δημόσια νοσοκομεία κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου 2013–Σεπτεμβρίου 2013. Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και η διάγνωση ΚΑ. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια, ο ερευνητής ζητούσε την προφορική συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη.

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς αυτής και αποτελείτο από τρία τμήματα: (α) Τα κοινωνικο-δημογραφικά, τα κλινικά και λοιπά χαρακτηριστικά, (β) την κλίμακα "The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)" και (γ) την κλίμακα "Minnesota Living With Heart Failure".

Αναλυτικότερα, τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν για κάθε ασθενή περιελάμβαναν: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, τόπο διαμονής και αριθμό παιδιών), στοιχεία σχετικά με την υποκείμενη νόσο (εάν εφαρμόστηκε φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά, εάν ο ασθενής πάσχει από άλλο νόσημα, το βαθμό ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας τους, τα χρόνια που πάσχουν από καρδιολογικά προβλήματα, εάν έπασχε κάποιος συγγενής από νόσημα του κυκλοφορικού συστήματος, καθώς και τη συχνότητα και τη διάρκεια της νοσηλείας) και, τέλος, τη σχέση τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Αξιολόγηση ψυχικής υγείας

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα "The Hospital Anxiety And Depression Scale

(HADS)". Η εν λόγω κλίμακα προτάθηκε το 1983 από τους Zigmond και Snaith. Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 7 αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης (οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12 και 14) και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο άγχους (οι ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11 και 13) των ερωτώμενων. Το εύρος τιμών κυμαίνεται μεταξύ 0–21. Επί πλέον, και για τις δύο βαθμολογίες έχει προταθεί και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία η εξής κατηγοριοποίηση: Βαθμολογία 0–7 που υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, αντίστοιχα, βαθμολογία 8–10 που υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης, αντίστοιχα, και βαθμολογία >11 που υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους/κατάθλιψης.⁸

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ εφαρμόστηκε η κλίμακα "Minnesota Living With Heart Failure". Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1986 από το Πανεπιστήμιο της Minnesota και αποτελείται από 21 ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ τον τελευταίο μήνα (4 εβδομάδες). Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μια εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της εξάβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 0–5. Δύο επί μέρους ομάδες ερωτήσεων διακρίνονται από την κλίμακα Minnesota. Οι ερωτήσεις 2–7, 12, 13 αξιολογούν τη σωματική κατάσταση του ασθενούς και οι ερωτήσεις 17–21 την ψυχική κατάσταση. Οι βαθμολογίες που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τη σωματική κατάσταση, γι' αυτές που αξιολογούν την ψυχική κατάσταση, καθώς και όλες τις ερωτήσεις μαζί για μια συγκεντρωτική βαθμολογία, οδηγώντας σε τρεις βαθμολογίες, των οποίων το εύρος τιμών κυμαίνεται σε 0–40, 0–25, 0–105, αντίστοιχα. Υψηλότερες τιμές των βαθμολογιών υποδηλώνουν χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών.⁹

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

Στατιστική ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα εμφανίζονται με μέσες τιμές±τυπικές αποκλίσεις, αν ακολουθούν την κανονική κατανομή και με διάμεσο (ενδοτεταρτημοριακό εύρος), αν έχουν ασύμμετρη κατανομή.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με Q-Q plots. Η κανονικότητα απορρίπτεται για όλες τις συνεχείς μεταβλητές, γι' αυτό και η περαιτέρω ανάλυση πραγματοποιήθηκε με μη παραμετρικούς ελέγχους. Το κριτήριο Kruskal-Wallis χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε μια ποσοτική συνεχή μεταβλητή και μια ποιοτική με περισσότερες

από δύο κατηγορίες (π.χ. επίπεδο άγχους και επίπεδο κατάθλιψης), ενώ ο έλεγχος Man-Whitney για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας ποιοτικής μεταβλητής με δύο κατηγορίες. Το κριτήριο χ^2 χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές. Επί πλέον, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ, καθώς και μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως συντελεστές παλινδρόμησης β (β -coefficients) και 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ).

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις διενεργήθηκαν με την έκδοση 20 του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

	n	%		n	%
<i>Φύλο</i>			<i>Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας</i>		
Ανδρας	65	51,2	Πολύ	30	23,6
Γυναίκα	62	48,8	Αρκετά	92	72,4
<i>Ηλικία (έτη)</i>			Λίγο	4	3,1
30–39	6	4,7	Καθόλου	1	0,8
40–49	6	4,7	<i>Έτη από την εκδήλωση του προβλήματος</i>		
50–59	13	10,2	Λιγότερο από έτος	3	2,4
60–69	53	41,7	2–5	21	16,5
≥70	49	38,6	6–10	77	60,6
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>			11–15	23	18,1
Έγγαμος(η)	110	86,6	>15	3	2,4
Άγαμος(η)	5	3,9	<i>Συχνότητα νοσηλείας λόγω προβλήματος</i>		
Διαζευγμένος(η)/διάσταση	5	3,9	1 φορά το χρόνο	94	74,6
Χήρος(α)	6	4,7	2 φορές το χρόνο	29	23,0
Συμβίωση	1	0,8	3 φορές το χρόνο	1	0,8
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>			>3 φορές το χρόνο	2	1,6
Δημοτικό	32	25,2	<i>Σχέση με το ιατρικό προσωπικό</i>		
Γυμνάσιο-Λύκειο	75	59,1	Πολύ καλή	62	48,8
ΑΕΙ-ΤΕΙ	13	10,2	Καλή	60	47,2
Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	7	5,5	Μέτρια	4	3,1
<i>Αριθμός παιδιών</i>			Κακή	0	0
Κανένα	7	5,5	Πολύ κακή	1	0,8
Ένα	11	8,7	<i>Σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό</i>		
Δύο	79	62,2	Πολύ καλή	84	66,1
>2	30	23,6	Καλή	35	27,6
<i>Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά</i>			Μέτρια	6	4,7
Ναι	59	46,5	Κακή	1	0,8
Όχι	68	53,5	Πολύ κακή	1	0,8

ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά στοιχεία

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι οι άνδρες αποτελούσαν ποσοστό 51,2% του δείγματος, ενώ το 66,1% του δείγματος ήταν ηλικίας >60 ετών. Από τους 127 ασθενείς, οι 75 ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου ή Λυκείου, ενώ μόλις 7 άτομα ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Το 34,6% του δείγματος είχαν τα οικιακά ως επάγγελμα, ενώ δύο άτομα δεν είχαν εργασία. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι ασθενείς κατοικούσαν σε πρωτεύουσα νομού (69,3%) και 24 άτομα διέμεναν στην ύπαιθρο. Το ποσοστό των παντρεμένων ήταν αρκετά υψηλό και ανερχόταν στο

86,6%, ενώ το 23,6% είχε >2 παιδιά. Επί πλέον, το ποσοστό των ασθενών που ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά ήταν 46,5%. Μόλις ένα άτομο δεν είχε ενημερωθεί καθόλου για το πρόβλημα υγείας του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60,6%) νοσούσε 6–10 χρόνια. Το 88,2% των ασθενών είχε νοσηλευτεί ξανά για τον ίδιο λόγο, από τους οποίους το 74,6% νοσηλεύτηκε μία φορά το χρόνο. Μόλις δύο άτομα είχαν νοσηλευτεί σε ιατρεία και όχι σε κλινική, ενώ η μέση (τυπική απόκλιση) διάρκεια νοσηλείας σε κλινική ήταν 4,92 (2,03) ημέρες. Τέλος, βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος είχε καλές έως πολύ καλές σχέσεις τόσο με το ιατρικό όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Άγχος και κατάθλιψη

Ποσοστό 6,3% (n=8) του δείγματος βρέθηκε να βιώνει μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ το 49,6% (n=63) βρέθηκε να βιώνει υψηλά επίπεδα. Επίσης, το 35,4% (n=45) των ασθενών παρουσίαζε χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και το 11,8% (n=15) υψηλά επίπεδα (πίν. 2). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι εξ αιτίας του εξαιρετικά μικρού αριθμού ατόμων που δήλωσαν ότι βιώνουν μέτρια επίπεδα άγχους, για τις περαιτέρω αναλύσεις εφαρμόστηκε ομαδοποίηση του χαμηλού επιπέδου άγχους με το μέτριο επίπεδο άγχους, προκειμένου να αυξηθεί η ισχύς των αποτελεσμάτων.

Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 3 παρατηρείται ότι

Πίνακας 2. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

	n	%
<i>Επίπεδα άγχους</i>		
Χαμηλό (0–7)	56	44,1
Μέτριο (8–10)	8	6,3
Υψηλό (>11)	63	49,6
<i>Επίπεδα κατάθλιψης</i>		
Χαμηλό (0–7)	45	35,4
Μέτριο (8–10)	67	52,8
Υψηλό (>11)	15	11,8

Πίνακας 3. Μέτρηση των επιπτώσεων της καρδιακής ανεπάρκειας.

	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Min	Max	Διάμεσος	25%	75%
Τελική βαθμολογία Minnesota (εύρος 0–105)	51,02	13,23	0	90	54,0	45,0	60,0
Σωματική κατάσταση (εύρος 0–40)	22,62	5,28	0	34	22,0	19,0	26,0
Ψυχική κατάσταση (εύρος 0–25)	9,20	4,26	0	24	11,0	5,0	12,0

τουλάχιστον το 50% των ασθενών βαθμολογούν <54 (διάμεσος) στη συνολική βαθμολογία που εκφράζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και <22 και 11 για τη σωματική και την ψυχική κατάσταση, αντίστοιχα. Αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία, βρέθηκε ότι το 25% των συμμετεχόντων είχε βαθμολογία >60, ενώ η μέγιστη βαθμολογία που παρατηρήθηκε στο δείγμα της μελέτης ήταν 90. Αντίστοιχα, όσον αφορά στη σωματική και την ψυχική κατάσταση, βρέθηκε ότι το 25% των συμμετεχόντων ασθενών είχε βαθμολογία >26 και 12, αντίστοιχα, με μέγιστη βαθμολογία το 34 και 24, αντίστοιχα.

Συσχέτιση κλίμακας Minnesota με επίπεδα άγχους-κατάθλιψης και άλλους παράγοντες

Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα που μετράει την ποιότητα ζωής των ασθενών, υποδηλώνοντας ότι αυξημένα επίπεδα άγχους συνδυάζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ. Επίσης, όσο αυξανόταν το επίπεδο της κατάθλιψης τόσο αυξανόταν και η βαθμολογία που εκφράζει την ποιότητα ζωής, τη σωματική και την ψυχική κατάσταση, υποδηλώνοντας ότι αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης συσχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής, χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία (πίν. 4). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και όσον αφορά στη σχέση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με τις δύο υποκλίμακες που εκφράζουν το επίπεδο της σωματικής και της ψυχικής υγείας των ασθενών (τα αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε πίνακες).

Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το φύλο και τον αριθμό των παιδιών. Ενδεικτικά, οι άνδρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες, εύρημα που σημαίνει ότι οι άνδρες αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής ήταν χειρότερη (υψηλότερη βαθμολογία) για τους ασθενείς με δύο παιδιά σε σχέση με εκείνους που είχαν λιγότερα ή περισσότερα από δύο (πίν. 4).

Επί πλέον, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με τη φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά, την ενημέρωση για την κατάσταση

Πίνακας 4. Συσχέτιση της κλίμακας Minnesota με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Συνολική βαθμολογία Minnesota		Διάμεσος	25–75% ποσοστημόριο		Τιμή p
Φύλο	Άνδρας	54,00	46,00	66,00	0,024
	Γυναίκα	54,00	35,00	54,00	
Ηλικία	<60	54,00	46,50	57,50	0,850
	60–69	50,00	35,00	66,00	
	≥70	54,00	46,00	54,00	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	53,00	43,00	57,00	0,056
	Άλλο	57,00	51,00	70,00	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος(η) Δημοτικού	46,00	45,25	49,75	0,085
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	54,00	35,00	66,00	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	53,00	50,25	58,00	
Αριθμός παιδιών	0–1	52,00	43,00	55,50	0,049
	2	54,00	35,00	66,00	
	>2	46,00 [§]	46,00	50,75	
Φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά	Ναι	57,00	54,00	66,00	0,000
	Όχι	46,00	35,00	51,00	
Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας	Πολύ	66,00	62,25	66,00	0,000
	Αρκετά	47,00 [§]	36,75	54,00	
	Λίγο/καθόλου	57,00	43,00	61,00	
Έτη από την εκδήλωση	≤10	54,00	38,50	66,00	0,024
	>10	46,00	46,00	46,00	
Συχνότητα νοσηλείας	1 φορά το χρόνο	54,00	35,00	66,00	0,583
	≥2 φορές το χρόνο	46,00	46,00	57,00	
Σχέσεις με ιατρικό προσωπικό	Πολύ καλή	54,00	46,00	66,00	0,003
	Καλή	53,00*	35,00	54,00	
	Κάτω του μετρίου	57,00	51,50	58,50	
Σχέσεις με νοσηλευτικό προσωπικό	Πολύ καλή	54,00	46,00	66,00	0,000
	Καλή	35,00 [†]	35,00	52,00	
	Κάτω του μετρίου	57,00 ^{**}	52,50	64,75	
Επίπεδα άγχους	Χαμηλό/μέτριο	45	35	46	0,000
	Υψηλό	57	54	66	
Επίπεδα κατάθλιψης	Χαμηλό	35	35	51	0,000
	Μέτριο	54 [†]	46	66	
	Υψηλό	65 ^{††}	55	71	

[§]Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ ασθενών με >2 παιδιά και ασθενών με δύο παιδιά, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni[§]Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ ασθενών που είναι αρκετά ενημερωμένοι για την κατάσταση υγείας τους και ασθενών που είναι πολύ ενημερωμένοι, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni[†]Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ ασθενών που έχουν καλές σχέσεις με το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό και των ασθενών που έχουν πολύ καλές σχέσεις, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni^{**}Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ ασθενών που έχουν κάτω του μετρίου σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό και των ασθενών που έχουν καλές σχέσεις, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni[†]Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ των ασθενών με μεσαίο και χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni^{††}Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) μεταξύ των ασθενών με υψηλό και χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης, μετά από διόρθωση πολλαπλών ελέγχων Bonferroni

υγείας του ασθενούς και τα έτη από την εμφάνιση του προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα, οι πολύ ενημερωμένοι ασθενείς αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής (υψηλότερη βαθμολογία) σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επίσης, βρέθηκε ότι και αυτοί που ελάμβαναν αγχολυτικά είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που δεν ελάμβαναν. Τέλος, τα άτομα που έπασχαν από τη νόσο για <10 χρόνια αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που έπασχαν από το συγκεκριμένο πρόβλημα για >10 χρόνια (πίν. 4).

Με βάση το συντελεστή συσχέτισης του Spearman, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ημερών νοσηλείας και της κλίμακας Minnesota ($\rho = -0,269$, $p = 0,002$). Όσο αυξάνονταν οι ημέρες νοσηλείας μειωνόταν η συνολική βαθμολογία της κλίμακας, δηλαδή επιδεινωνόταν συνολικά η ποιότητα ζωής τους. Οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης, όμως, ήταν εξαιρετικά χαμηλές υποδηλώνοντας ασθενή αρνητική συσχέτιση, που ενδεχομένως συνεπάγεται μη κλινικά σημαντική συσχέτιση.

Τέλος, τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό φάνηκε να αξιολογούν χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά σε σχέση με εκείνους που δήλωσαν ότι είχαν καλή ή πολύ καλή σχέση (πίν. 4).

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε (πίν. 5) ότι η τελική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους, μεσαία και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς που βίωναν χαμηλά/μέτρια επίπεδα άγχους και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν μεγαλύτερη κατά 11,9

μονάδες τελική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota από τους ασθενείς με χαμηλά/μεσαία επίπεδα άγχους, οπότε και η ποιότητα ζωής τους ήταν συγκριτικά χειρότερη. Ομοίως, οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης είχαν κατά 7,9 και 15,8 μονάδες, αντίστοιχα, μεγαλύτερη βαθμολογία από τους ασθενείς με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Στη συνέχεια, προστέθηκαν στο μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης οι παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ή την ποιότητα ζωής των ασθενών σε μονοπαραγοντικό επίπεδο. Η συσχέτιση μεταξύ της τελικής βαθμολογίας της κλίμακας Minnesota και των επιπέδων άγχους επηρεάζεται από τους συγχυτικούς παράγοντες, καθίσταται στατιστικά μη σημαντική, ενώ η σχέση με τα επίπεδα της κατάθλιψης παραμένει ίδια (πίν. 5).

Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης δεν ήταν αντιπροσωπευτικό των ασθενών με ΚΑ στην Ελλάδα, αλλά ένα δείγμα ευκολίας. Ο σχετικός τρόπος δειγματοληψίας περιορίσε τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το 49,6% των συμμετεχόντων βίωνε υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ το 11,8% υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΚΑ κυμάνθηκε στο 9–60%.¹⁰ Έρευνα που αξιολόγησε την κατάθλιψη ασθενών με ΚΑ με την κλίμακα Zung Depression scale έδειξε ότι το 34,6% των συμμετεχόντων δεν βίωνε κατάθλιψη, ενώ το 27,3%, το 20,9% και το 17,2% βίωνε ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη, αντίστοιχα,¹¹ ενώ

Πίνακας 5. Η επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια: Αποτελέσματα της γραμμικής πολυπαραγοντικής παλινδρόμησης.

Παράγοντες	Συντελεστής (95% ΔΕ)	Τιμή p	Συντελεστής (95% ΔΕ)*	Τιμή p
Άγχος				
Χαμηλό/μεσαίο επίπεδο άγχους	Κατ. Αναφ.	–	Κατ. Αναφ.	
Υψηλό επίπεδο άγχους	11,794 (7,798–15,790)	<0,001	4,188 (-4,522–12,898)	0,343
Κατάθλιψη				
Χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης	Κατ. Αναφ.	–	Κατ. Αναφ.	
Μεσαίο επίπεδο κατάθλιψης	7,911 (3,680–12,141)	<0,001	11,202 (5,148–17,256)	<0,001
Υψηλό επίπεδο κατάθλιψης	15,835 (9,788–21,882)	<0,001	15,763 (8,362–23,164)	<0,001

*Μετά από έλεγχο για μορφοτικό επίπεδο, αριθμό παιδιών, βαθμό ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους, διάρκεια από την πρώτη εμφάνιση του προβλήματος, συχνότητα νοσηλείας λόγω του προβλήματος, σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό και ημέρες νοσηλείας
95% ΔΕ: 95% διάστημα εμπιστοσύνης
Κατ. Αναφ.: Κατ. Αναφοράς

σε άλλη έρευνα φάνηκε ότι το 35%, το 33,5% και 9% του δείγματος ασθενών με ΚΑ, ηλικίας >50 ετών, βίωνε ήπια, μέτρια και βαθιά κατάθλιψη, αντίστοιχα.¹²

Παρ' ότι λιγότερα είναι γνωστά σχετικά με το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με ΚΑ, εν τούτοις είναι περισσότερο συχνό σε ασθενείς με ΚΑ συγκριτικά με τους ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.¹³ Ποσοστό 38–70% των ατόμων με συμφορητική ΚΑ έχουν κάποια μορφή άγχους,¹⁴ ενώ σε άλλη αναφορά τα ποσοστά άγχους κυμαίνονται από 28–56%.¹⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές που παρατηρούνται σε παγκόσμια κλίμακα όσον αφορά στα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης αποδίδονται στα διαφορετικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες.¹¹

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συσχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Η ΚΑ συνεπάγεται πλήθος περιορισμών σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική, με αποτέλεσμα τα άτομα να βιώνουν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Η σωματική εξασθένηση που συνεπάγεται η νόσος έχει αντίκτυπο στην ψυχική σφαίρα, καθώς τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να επιτελούν πρωτύτους λειτουργικούς ρόλους. Παράλληλα, οι οικονομικές δυσχέρειες που προκύπτουν είτε λόγω μείωσης του βαθμού παραγωγικότητας στην εργασία είτε λόγω πρόωρης συνταξιοδότησης επιτείνουν τα προβλήματα από την ψυχική σφαίρα.⁷

Άτομα με ΚΑ, μέσου όρου ηλικίας 62 ετών και με κλάσμα εξώθησης $34\% \pm 11,43\%$ που βιώνουν κατάθλιψη, αξιολογούν πτωχότερη ποιότητα ζωής.¹⁶ Από τους νοσηλευμένους ασθενείς με ΚΑ, αξιολογούν πτωχότερη ποιότητα ζωής όσοι έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, χαμηλότερο εισόδημα, ιστορικό χρόνιας ΚΑ, μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο, όσοι κατατάσσονται σε βαρύτερη μορφή ΚΑ στην κατά τη New York Heart Association (NYHA) ταξινόμηση, καθώς επίσης και εκείνοι που λαμβάνουν ανταγωνιστές αλδοστερόνης και διγοξίνη ή πολλαπλή φαρμακευτική αγωγή.¹⁷

Η ΚΑ και η κατάθλιψη αποτελούν εξουθενωτικές ασθένειες με σημαντικές επιπτώσεις για τη λειτουργική κατάσταση και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Παρ' ότι η ποιότητα ζωής και η κατάθλιψη συνυπάρχουν, αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ τους. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς αναπτύσσουν περισσότερα συμπτώματα, έχουν χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, επιστρέφουν χρονικά αργότερα στην εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες και έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής.^{18–20}

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι άνδρες αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα. Γυναίκες με ΚΑ έχουν περισσότερες πιθανότητες (64%) να βιώνουν κατάθλιψη συγκριτικά με τους άνδρες. Σε έρευνα όπου μελετήθηκαν 1.382 ασθενείς (691 άνδρες και 691 γυναίκες), οι γυναίκες αξιολογούσαν πτωχότερη ποιότητα ζωής για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (μια υπο-διάσταση της φυσικής λειτουργίας) και την κοινωνική δραστηριότητα.²² Διαφορές παρατηρούνται στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την ΚΑ και το φύλο και, πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες εκδηλώνουν κοινωνική απομόνωση σε αντίθεση με τις γυναίκες που βιώνουν το αίσθημα του φόβου. Οι φυσικοί και οι κοινωνικοί περιορισμοί θεωρούνται ως περισσότερο ενοχλητικοί για τους άνδρες, ενώ οι περιορισμοί που επηρεάζουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν την οικογένεια και τους φίλους είναι πιο δύσκολα αποδεκτοί από τις γυναίκες.^{23,24}

Επί πλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν κάτω του μετρίου σχέσεις με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογούσαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα της επικοινωνίας ασκεί ευεργετική επίδραση στην έκβαση της νόσου, καθώς επηρεάζει το βαθμό συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες. Ιδιαίτερα στο κλινικό περιβάλλον, η ποιότητα της φροντίδας υγείας επικεντρώνεται τόσο στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον ασθενή (θεραπευτική σχέση), όσο και στην επίδραση που ασκεί η θεραπευτική σχέση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.²⁵ Οι ασθενείς επιθυμούν προσεκτική ακρόαση, η οποία αφ' ενός ενισχύει τη θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών και αφ' ετέρου αποτελεί τη βάση της κλινικής συλλογής πληροφοριών και διάγνωσης.²⁶ Οι ασθενείς αναμένουν ειλικρινή συζήτηση των επιπτώσεων της νόσου, ενώ οι θεράποντες ιατροί εκδηλώνουν απροθυμία να αποκαλύψουν την κακή πρόγνωση.²⁷ Η καλή επικοινωνία είναι πολύ σημαντική, ακόμη και στους ασθενείς τελικού σταδίου, καθώς επιτρέπει τη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα.²⁸ Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να αξιολογούν την ανάγκη του ατόμου για πληροφόρηση, λαμβάνοντας υπ' όψη το κοινωνικο-πολιτισμικό τους υπόβαθρο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου.²⁹ Τέλος, η ανάγκη για πληροφόρηση, στήριξη, κάλυψη των συναισθηματικών και των υλικών αναγκών, καθώς και η ανάγκη εμπιστοσύνης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι μεγαλύτερη σε νοσηλευόμενους ασθενείς με στεφανιαία νόσο που βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.³⁰

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα που έπασχαν από τη νόσο για <10 χρόνια είχαν

χειρότερη ποιότητα ζωής. Πιθανόν το εν λόγω εύρημα να σχετίζεται με το στάδιο της ΚΑ. Άτομα με ΚΑ 2ου και 3ου βαθμού αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής συγκριτικά με εκείνα του 1ου βαθμού.¹¹ Η βαρύτητα της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και, πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη ενέργειας, η δυσκολία στον ύπνο, η μικρότερη ηλικία και η χειρότερη λειτουργική κατάσταση.³¹ Όσον αφορά στα συμπτώματα, κυρίως η κόπωση και τα οιδήματα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής.³² Ωστόσο, η συνολική ποιότητα ζωής και η υποκλίμακα της σωματικής διάστασης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κατηγοριών ΝΥΗΑ I, II, III, IV.³³ Η επιδεινούμενη σοβαρότητα της ΚΑ σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, επανεισαγωγές και χειρότερη ποιότητα ζωής.³⁴

Με βάση το συντελεστή συσχέτισης του Spearman βρέθηκε ότι όσο αυξάνονταν οι ημέρες νοσηλείας, τόσο μειωνόταν συνολικά η ποιότητα ζωής τους. Η αύξηση των ημερών νοσηλείας ενδεχομένως σχετίζεται με επιδείνωση της υγείας και την παρουσία επιπλοκών ή με το γεγονός ότι η ίδια η νοσηλεία είναι δυνατόν να επιβαρύνει σωματικά και ψυχικά τον ήδη καταπονημένο ασθενή.¹¹

Το ήμισυ των νοσηλευομένων ασθενών κάνει επανεισαγωγή εντός 6 μηνών ενώ τα ¾ όλων των νοσηλείων οφείλονται σε έξαρση των συμπτωμάτων.³⁵ Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα νοσηλείας.³⁶ Η ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑ, όπως αξιολογήθηκε με την κλίμακα Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, και η παραμονή στο νοσοκομείο >90 ημέρες σχετίζονται με τα επίπεδα του νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου-Β, την ταξινόμηση κατά ΝΥΗΑ, το κλάσμα εξώθησης και τα επίπεδα κρεατινίνης.³⁷

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους, καθώς επίσης οι ασθενείς με μεσαίο και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Minnesota (χειρότερη ποιότητα ζωής).

Δεδομένου ότι τα άτομα με ΚΑ είναι απαραίτητο να τροποποιήσουν σημαντικά την καθημερινότητά τους, να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να τηρήσουν επιτυχώς το συνιστώμενο θεραπευτικό σχήμα, απαιτείται αξιολόγηση και μέριμνα της ψυχικής υγείας, με ενίσχυση θετικών συμπεριφορών και πρόληψη αρνητικών συναισθημάτων.

ABSTRACT

The impact of anxiety and depression on the quality of life of patients with heart failure

C. LEFTHERIOTIS,¹ C. STEFANADIS,² D. TOUSOULIS,² C. PITSAVOS,² H. KYRITSIS¹

¹Department of Nursing, Technological Educational Institute, Athens, ²First Department of Cardiology, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, "Hippocratio" General Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(3):308–317

OBJECTIVE Patients with heart failure (HF) experience many different problems that affect their quality of life (QoL) and possibly trigger the onset of anxiety and depression. The purpose of this study was to explore the impact of anxiety and depression on the QoL of patients with HF. **METHOD** Data were collected from 127 patients with HF by self-completion of a specially designed questionnaire consisting of: (a) Socio-demographic, clinical and other characteristics, (b) the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), and (c) the Minnesota living with heart failure scale. Statistical analysis was performed with the logistic program Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v. 20, using the statistical methods Kruskal-Wallis, Man-Whitney, X² and multiple linear regression. **RESULTS** Of the 127 patients, 49.6% experienced a high level of anxiety and 11.8% a high level of depression. On the Minnesota scale the mean±standard deviation was 51±13 for the total score, 22.6±5.3 for the physical state, and 9.2±4.3 for the mental state. Multiple linear regression analysis showed that the patients with high levels of stress had a higher total score on the Minnesota scale (i.e., lower QoL) than the patients with low to moderate levels of anxiety (β coefficient: 11.794, $p < 0.001$), but this relationship disappeared after control for potential confounding factors (β coefficient: 4.188, $p = 0.343$). The patients with middle-range and high levels of depression had higher scores on the Minnesota scale than those with low levels of depression (β coefficient: 15.835 and 7.911, respectively, $p < 0.001$) and this relationship persisted after controlling for potential confounders (β coefficient: 11.202 and 15.763, respectively, $p < 0.001$). **CONCLUSIONS** Depression negatively influences the QoL of patients with HF. Assessment and early recognition of depression is important to improve the quality of life of these patients.

Key words: Anxiety, Depression, Heart failure, Quality of life

Βιβλιογραφία

- GNANASEKARAN G. Epidemiology of depression in heart failure. *Heart Fail Clin* 2011, 7:1–10
- JUENGER J, SCHELLBERG D, KRAEMER S, HAUNSTETTER A, ZUGCK C, HERZOG W ET AL. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart* 2002, 87:235–241
- SERAFINI G, POMPILI M, INNAMORATI M, IACOROSI G, CUOMO I, DELLA VISTA M ET AL. The impact of anxiety, depression, and suicidality on quality of life and functional status of patients with congestive heart failure and hypertension: An observational cross-sectional study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010, 12:pii: PCC.09m00916
- RUSTAD JK, STERN TA, HEBERT KA, MUSSELMAN DL. Diagnosis and treatment of depression in patients with congestive heart failure: A review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013, 15:pii: PCC.13r01511
- WU JR, LENNIE TA, DEKKER RL, BIDDLE MJ, MOSER DK. Medication adherence, depressive symptoms, and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Card Fail* 2013, 19:317–324
- FEOLA M, GARNERO S, VALLAURI P, SALVATICO L, VADO A, LETO L ET AL. Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *Open Cardiovasc Med J* 2013, 7:54–60
- ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ Μ, ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ Κ, ΘΕΜΕΛΗ Α, ΓΑΛΥΦΑ Δ, ΛΙΑΠΗ Ε, ΚΥΡΙΤΣΗ Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική* 2009, 48:94–104
- ΜΥΣΤΑΚΙΔΟΥ Κ, ΤΣΙΛΙΚΑ Ε, ΠΑΡΠΑ Ε, ΚΑΤΣΟΥΔΑ Ε, ΓΑΛΑΝΟΣ Α, ΒΛΑΧΟΣ Λ. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004, 12:821–825
- RECTOR TS, KUBO SH, COHN JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Fail* 1987, 3:198–209
- RUTLEDGE T, REIS VA, LINKE SE, GREENBERG BH, MILLS PJ. Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006, 48:1527–1537
- POLIKANDRIOTI M, CHRISTOU A, MOROU Z, KOTRONOULAS G, EVA GELOU H, KYRITSI H. Depression in patients with congestive failure. *Health Science Journal* 2010, 4:37–47
- VACCARINO V, KASL SV, ABRAMSON J, KRUMHOLZ HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001, 38:199–205
- DE JONG MJ, MOSER DK, AN K, CHUNG ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004, 3:247–253
- OLAFIRANYE O, JEAN-LOUIS G, ZIZI F, NUNES J, VINCENT M. Anxiety and cardiovascular risk: Review of epidemiological and clinical evidence. *Mind Brain* 2011, 2:32–37
- ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ Μ, ΟΛΥΜΠΙΟΣ Χ. Άγχος και στεφανιαία νόσος. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:403–411
- CHUNG ML, MOSER DK, LENNIE TA, RAYENS MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res* 2009, 67:29–35
- ERCEG P, DESPOTOVIC N, MILOSEVIC DP, SOLDATOVIC I, ZDRAVKOVIC S, TOMIC S ET AL. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clin Interv Aging* 2013, 8:1539–1546
- NAIRN, FARMER C, GONGORA E, DEHMER GJ. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol* 2012, 109:768–772
- BEKELMAN DB, HAVRANEK EP, BECKER DM, KUTNER JS, PETERSON PN, WITTSTEIN IS ET AL. Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail* 2007, 13:643–648
- GOTT M, BARNES S, PARKER C, PAYNE S, SEAMARK D, GARIBALLA S ET AL. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing* 2006, 35:172–177
- GOTTLIEB SS, KHATTA M, FRIEDMANN E, EINBINDER L, KATZEN S, BAKER B ET AL. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:1542–1549
- RIEDINGER MS, DRACUP KA, BRECHT ML, PADILLA G, SARNA L, GANZ PA. Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist? *Heart Lung* 2001, 30:105–116
- COSTELLO JA, BOBLIN S. What is the experience of men and women with congestive heart failure? *Can J Cardiovasc Nurs* 2004, 14:9–20
- STRÖMBERG A, MÅRTENSSON J. Gender differences in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003, 2:7–18
- ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΓΚΙΟΚΑ Β, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:201–208
- JAGOSH J, DONALD BOUDREAU J, STEINERT Y, MACDONALD ME, INGRAM L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2011, 85:369–374
- HARDING R, SELMAN L, BEYNON T, HODSON F, COADY E, READ C ET AL. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *J Pain Symptom Manage* 2008, 36:149–156
- BEARD WL, LONG RC, GERACI SA. Palliative care for the terminal heart failure patient. *J Miss State Med Assoc* 2014, 55:4–10
- DAVIDSON PM. Difficult conversations and chronic heart failure: Do you talk the talk or walk the walk? *Curr Opin Support Palliat Care* 2007, 1:274–278
- ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ Μ, ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ Ι, ΜΙΧΑΛΗΣ Λ, ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ, ΝΙΚΟΛΑΟΥ Β, ΟΛΥΜΠΙΟΣ Χ ΚΑΙ ΣΥΝ. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012, 29:33–43
- ZAMBROSKI CH, MOSER DK, BHAT G, ZIEGLER C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005, 4:198–206
- KIM SH, OH EG, LEE WH. Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006, 43:1047–1056
- SACCOMANN IC, CINTRA FA, GALLANI MC. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure – Brazilian version – in the elderly. *Qual Life Res* 2007, 16:997–1005

34. LIANG KV, PIKE F, ARGYROPOULOS C, WEISSFELD L, TEUTEBERG J, DEW MA ET AL. Heart failure severity scoring system and medical- and health-related quality-of-life outcomes: The HEMO study. *Am J Kidney Dis* 2011, 58:84–92
35. GIAMOUZIS G, KALOGEROPOULOS A, GEORGIOPOULOU V, LASKAR S, SMITH AL, DUNBAR S ET AL. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: Risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Card Fail* 2011, 17:54–75
36. ALLA F, BRIANCON S, GUILLEMIN F, JUILLIÈRE Y, MERTÈS PM, VILLEMOT JP ET AL. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *Eur J Heart Fail* 2002, 4:337–343
37. ANCHETA IB, EVANS M, MILLER AB, CHIONG JR, BATTIE C. Does clinician's knowledge of B-type natriuretic peptide levels translate to improvement of quality of life and less hospitalization days in patients with heart failure? *Prog Cardiovasc Nurs* 2009, 24:12–18

Corresponding author:

C. Leftheriotis, 6 Artemidos street, GR-132 31 Petroupoli, Greece
e-mail: xristo76@hotmail.com

.....