

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΆΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γεωργία Τουλιά¹, Βασιλική Κουτσοπούλου²

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ, Αθήνας
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ, Αθήνας

Περίληψη

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης καρδιοχειρουργημένων ασθενών.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι, πλήθος παραγόντων πυροδοτούν προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα, τα οποία θα πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά καθώς είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμα και τη βιολογική πορεία της νόσου. Τα προγράμματα αποκατάστασης συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και για το λόγο αυτό θεωρείται επιτακτική ανάγκη η συμμετοχή των πασχόντων.

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της ψυχικής υγείας των καρδιοχειρουργημένων ασθενών είναι σημαντική τόσο στην κλινική πράξη όσο και στο στάδιο της αποκατάστασης.

Λέξεις-κλειδιά : Άγχος, κατάθλιψη, στεφανιαία νόσος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Τουλιά Γεωργία, Αθήνα, τηλ., : 6976-135620, E-mail: gtoyli@teiath.gr

REVIEW ARTICLE

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS UNDERGOING CARDIAC SURGERY

Georgia Toulia¹, Vasiliki Koutsopoulou²

1. Lecturer Nursing Department TEI of Athens
2. Associate Professor Nursing Department TEI of Athens

Abstract

The **aim** of the present study was to explore anxiety and depression in patients undergoing cardiac surgery.

Results : The review of the literature showed that many factors trigger the problems of mental health that should be systematically evaluated as they may affect even the biological course of the

disease. Rehabilitation programs contribute significantly to the reduction of anxiety and depression and therefore attendance is considered as an imperative need .

Conclusions : The assessment of mental health of patients undergoing cardiac surgery is important both in clinical practice and rehabilitation.

Keywords: Anxiety, depression, coronary artery disease.

Corresponding author: Tullia Georgia, Athens, tel., : 6976-135620, E-mail: gtoyli@teiath.gr

Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ψυχική υγεία των καρδιοχειρουργημένων ασθενών αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο καθώς επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αποκατάσταση των ασθενών.¹⁻⁵

Το άγχος προέρχεται από το ρήμα άγχω που σημαίνει πιέζω σφικτά (κυρίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω. Το άγχος είναι ένα πανανθρώπινο συναίσθημα που ακολουθεί τη ζωή του ατόμου και αποτελεί αντίδραση στις απειλές του περιβάλλοντος. Αναλυτικότερα, το άγχος συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς ή φανταστικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές και προετοιμάζει το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνές του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια απειλή ή να την διαφύγει (flight or fight). Η αντίληψη για το άγχος διαμορφώθηκε από τις επικρατούσες ιδέες της εκάστοτε κοινωνίας.^{5,6}

Επίσης, η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της έως σήμερα. Αποτελεί δε μία από τις συχνότερες διαταραχές τόσο στο χώρο της Ψυχιατρικής όσο και στο χώρο της Γενικής Ιατρικής.¹⁻⁴ Παρότι, η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα ήταν γνωστή από την αρχαιότητα,

όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές, εντούτοις, έως σήμερα η αιτιοπαθγένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί.²

Αρχικά, λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Σήμερα, πιστεύεται, ότι η κατάθλιψη αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εδήλωσή της. Συχνά χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου» (οφειλόμενη σε εγκεφαλική δυσλειτουργία) ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθγένειά της.¹⁻⁴

Άγχος και κατάθλιψη αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, επανάληψης καρδιακών επεισοδίων και φτωχής ποιότητας ζωής.¹⁻⁴ Ειδικότερα, η κατάθλιψη ασκεί αρνητική επίδραση στην πορεία της στεφανιαίας νόσου διότι σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, απροθυμία τροποποίησης παραγόντων κινδύνου

συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος και άλλων συμπεριφορών κινδύνου, μειωμένες πιθανότητες συμμετοχής σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης. Επιπλέον, το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την κατάθλιψη αποτελεί σημαντική αιτία απροθυμίας αναφοράς του προβλήματος.⁷

Εκτός από την αβεβαιότητα και το φόβο του θανάτου, ο επικρατέστεροι παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη είναι ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης, της πιθανής σωματικής αναπηρίας και των επακόλουθων αλλαγών στις καθημερινές δραστηριότητες. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου και η αντίληψη των ασθενών ότι βρίσκονται σε θέση εξάρτησης.¹⁻⁴

Έντονο ενδιαφέρον παρατηρείται προς τη διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών (άγχος και κατάθλιψη) των καρδιολογικών ασθενών διότι σχετίζεται με τεράστιες προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Επιπροσθέτως, η εισαγωγή στο νοσοκομείο πυροδοτεί πλήθος ψυχολογικών αντιδράσεων, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμη και τη βιολογική πορεία της νόσου. Δυστυχώς, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια, δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς τα προβλήματα από την ψυχική σφαίρα επειδή τα θεωρούν φυσική συνέπεια της στεφανιαίας νόσου.⁸

Η πιο γνωστή κλίμακα για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη & άγχος) ασθενών είναι η κλίμακα : "The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)".⁸ Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1983 από τους

Zigmond AS & Snaith RP.⁹ Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Επτά από τις 14 ερωτήσεις αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης και οι υπόλοιπες επτά αξιολογούν το επίπεδο άγχους των ερωτώμενων. Τα σκορ που αποδίδονται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν την κατάθλιψη και αυτές που αξιολογούν το άγχος οδηγώντας σε δύο σκορ. Υψηλότερες τιμές των σκορ υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα.⁸

Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από την Μηστακίδου και συν.,¹⁰ το 2004. Τόσο η εσωτερική συνοχή όσο και η εγκυρότητα των δύο υπό-κλιμάκων ήταν ικανοποιητική. Ομοίως, ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν και από τον Μιχόπουλο και συν.,¹¹ πρόσφατα όταν η κλίμακα εφαρμόστηκε σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.

Άγχος καρδιοχειρουργημένων ασθενών

Επεμβατική καρδιολογία

Ως επεμβατική καρδιολογία ορίζεται η αιματηρή προσπέλαση του ασθενούς μέσω καθετηριασμού ενός από τα μεγάλα αγγεία που οδηγούν στην καρδιά. Σκοπός της επεμβατικής καρδιολογίας είναι η διάγνωση και η θεραπεία καρδιακής νόσου.¹

Η αγγειοπλαστική αποτελεί τη σύγχρονη

και προτιμότερη μέθοδο αντιμετώπισης του εμφράγματος σε πολλές χώρες του κόσμου, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση υγείας του ασθενή. Στις Ηνωμένες Πολιτείες διενεργούνται περίπου 1.000.000 αγγειοπλαστικές, ετησίως ενώ στην Ευρώπη περίπου 750.000, εκ των οποίων στις 610.000 επεμβάσεις τοποθετούνται ενδο-αυλικόι καθετήρες, (stents). Πράγματι, στη σημερινή εποχή, η χρήση νέων αρτιότερων υλικών και η πρόοδος στην επεμβατική καρδιολογία έχουν αλλάξει σημαντικά την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου.¹²

Όσον αφορά την συχνότητα εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης, τα αποτελέσματα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα. Πιθανά, τα άτομα αυτά δεν βιώνουν τη νόσο ως απειλή. Αναλυτικότερα, οι Lauck και συν.,¹³ έδειξαν ότι τα άτομα που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, υποτιμούν τη σοβαρότητα της στεφανιαίας νόσου λόγω του σύντομου χρόνου διεξαγωγής της διαδικασίας και παραμονής στο νοσοκομείο, την άμεση βελτίωση της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της συμπτωματολογίας και της επιστροφής στις προηγούμενες δραστηριότητες. Σύμφωνα με τους Campbell και συν.,¹⁴ περίπου το 38% αυτών των ασθενών πιστεύουν ότι έχουν θεραπευτεί και δεν πάσχουν πλέον από στεφανιαία νόσο.

Ο σχεδιασμός προγραμμάτων εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και αποκατάστασης επιβάλλει την συλλογή πληροφοριών που αφορούν τον πάσχοντα ως ολόκληρα συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαστάσεων, όπως επίσης και της γενικότερης κουλτούρας και στάσης ζωής.

Καρδιοχειρουργική

Αντιθέτως με την επεμβατική καρδιολογία, οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεγάλες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις έχουν χρόνο να αποδεχθούν το πρόβλημα και να προσαρμοστούν στις ανάγκες της επέμβασης. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν έχουν αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς λόγω του αιφνιδίου του γεγονότος συγκριτικά με όσους πρόκειται να υποβληθούν σε προγραμματισμένη αορτοστεφανιαία παράκαμψη που έχουν ήδη αναπτύξει διαφορετικού βαθμού εξοικείωση και προσαρμογή.¹⁻⁴

Η ύπαρξη και ένταση του άγχους διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται, για παράδειγμα κατά το προ-εγχειρητικό στάδιο βιώνουν έντονο άγχος για τη ζωή τους και την επιτυχή διόρθωση του προβλήματος. Αντίθετα μετεγχειρητικά, παρότι αισθάνονται απαλλαγμένοι από το καρδιολογικό τους πρόβλημα, εντούτοις βιώνουν φόβους που σχετίζονται με την αποκατάστασή τους και τη προσδοκώμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Επιπλέον, δεδομένου ότι η καρδιά έχει συμβολικό χαρακτήρα για το κάθε άτομο, το άγχος είναι δυνατόν να πυροδοτείται ακόμα και από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο ασθενής το πάσχων όργανο.¹⁻⁴

Σύμφωνα με τους Furze και συν.,¹⁵ πολλοί ασθενείς βιώνουν αβεβαιότητα και φόβο για το χειρουργείο της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, τα οποία τα θεωρούν ως πιο ενοχλητικά ακόμα και από τον πόνο στο στήθος τους.

Η εκπαίδευση των ασθενών από τους

επαγγελματίες υγείας μπορεί να μειώσει σημαντικά το άγχος και την κατάθλιψη και να βελτιώσει συμπεριφορές σε ασθενείς που αναμένουν να χειρουργηθούν.¹⁶ Τέτοιες προεγχειρητικές παρεμβάσεις συμβάλουν στη μείωση του χρόνου μετεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹⁷

Σύμφωνα με τους Stafford και συν.,¹⁸ οι αρνητικές πεποιθήσεις για την ασθένεια, ιδιαίτερα εκείνες που σχετίζονται με την έκβαση της νόσου αποτελούν προγνωστικούς δείκτες για τα υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε 3 και 9 μήνες, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι ηλικιωμένοι και τα άτομα που δεν έχουν δίκτυο στήριξης είχαν πιο αρνητικές πεποιθήσεις όσον αφορά την ασθένεια.

Η εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και παρατείνει την επιβίωσή τους. Η συμμετοχή σε προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης συμβάλει σημαντικά στη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων του χειρουργείου όπως επίσης στη ψυχική υγεία των ασθενών. Τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης αποτελούνται συνήθως από τέσσερις φάσεις και περιλαμβάνουν πρόγραμμα ασκήσεων, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη και διαχείριση του άγχους (stress management), εκπαίδευση για τους κινδύνους που εγκυμονούν, καθώς και διδασκαλία για κανόνες υγιεινής διατροφής.¹⁹

Μεταμοσχεύσεις

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της

προόδου στην αντιμετώπιση της διαδικασίας απόρριψης ξένου σώματος και την εισαγωγή της κυκλοσπορίνης έχει αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσης των μεταμοσχευθέντων ασθενών, παγκοσμίως.¹⁻⁴

Το βάρος της ψυχικής υγείας ασθενών που περιμένουν να υποβληθούν σε μεταμόσχευση και μετά τη μεταμόσχευση είναι σημαντικό και συνδέεται με πιθανή νοσηρότητα (morbidity) και θνησιμότητα (mortality). Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση (psychosocial evaluation) είναι σημαντικό μέρος της διαδικασίας μέσω της οποίας επιλέγονται οι ασθενείς για μεταμόσχευση διότι χρησιμεύει για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς θα διαχειριστούν με επιτυχία τα νέα τους όργανα. Οι ασθενείς που περιμένουν να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνων αντιμετωπίζουν πολλούς στρεσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν σημεία και συμπτώματα ψυχιατρικών νοσημάτων.²⁰

Στη χώρα μας λόγω της δυσκολίας ανεύρεσης μοσχεύματος και συνεπώς του αυξημένου χρόνου αναμονής, οι υποψήφιοι για μεταμόσχευση βιώνουν έντονο άγχος, φοβούμενοι τη δυσάρεστη εξέλιξη πριν την ανεύρεση του δότη. Όσο ο χρόνος παρατείνεται οι ασθενείς απελπίζονται διότι αφενός έχουν να αντιμετωπίσουν την επιδείνωση της νόσου και την εξασθένηση της λειτουργικότητας αφετέρου βιώνουν ανασφάλεια ή ακόμα και εγκατάλειψη από το Σύστημα Υγείας της χώρας καθώς περιμένουν για μήνες ή και χρόνια μέχρι να βρεθεί μόσχευμα. Ως αποτέλεσμα, υιοθετούν μια στάση παράδοσης στο πεπρωμένο.¹⁻⁴

Από την άλλη πλευρά, το ενεργό

ψυχιατρικό νόσημα είναι ένας τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για πτωχή έκβαση στη μεταμόσχευση. Αν οι ασθενείς πάσχουν από άγχος ή συναισθηματική διαταραχή, συχνά είναι δυνατό να υποβληθούν σε θεραπεία πριν από τη μεταμόσχευση και να επέλθει σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων.²⁰

Μετά τη μεταμόσχευση οι ασθενείς και το περιβάλλον τους καλούνται να προσαρμοστούν σε μια νέα απαιτητική κατάσταση που χρειάζεται συχνή θεραπευτική συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία θέτει τον ασθενή σε σχέση συνεχούς εξάρτησης. Η ψυχοκοινωνική στήριξη, τόσο των μεταμοσχευμένων όσο και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευνοϊκή έκβαση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.²⁰

Το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν σημαντικά τη συμμόρφωση των ασθενών. Πράγματι, η ζωή μετά τη μεταμόσχευση απαιτεί αυστηρή και συχνά στρεσογόνα τήρηση της πολύπλοκης φαρμακευτικής αγωγής, αλλαγή τρόπου ζωής και διαίτα. Αν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να ακολουθήσουν το σχέδιο της θεραπείας τους μετά τη μεταμόσχευση, θέτουν σε κίνδυνο τόσο το μόσχευμα όσο και τη ζωή τους. Το στρες που βιώνει ο πιθανός λήπτης οργάνου δεν υποχωρεί εντελώς μετά τη μεταμόσχευση. Επιπλέον, μερικοί ασθενείς μπορεί να βρίσκονται αντιμέτωποι με το βάρος ιατρικών και χειρουργικών επιπλοκών μετά τη μεταμόσχευση. Εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι ο κίνδυνος απόρριψης του οργάνου και των ανεπιθύμητων παρενεργειών των φαρμάκων.²⁰

Τα προγράμματα αποκατάστασης συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τους Omodeo και συν.,²¹ οι παρεμβάσεις αποκατάστασης μπορούν να βελτιώσουν την ψυχική υγεία ηλικιωμένων γυναικών μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση, να καλύψουν τις συγκεκριμένες ανάγκες τους όπως επίσης να βοηθήσουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους και της απώλειας του ελέγχου της νόσου και στην ανάκτηση του ρόλου μέσα στην οικογένεια. Οι Rollman και συν.,²² έδειξαν ότι, η τηλεφωνική επικοινωνία για την αντιμετώπιση καταθλιπτικών ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη οδήγησε σε βελτίωση της ποιότητας ζωής, της σωματικής λειτουργικότητας, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε διάρκεια παρακολούθησης 8 μηνών. Οι ίδιοι οι ερευνητές τόνισαν ότι, η αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα είναι μία από τις πιο συχνές και δαπανηρές ιατρικές διαδικασίες που διενεργούνται στις Η.Π.Α και ως κύρια ένδειξη έχει την ανακούφιση της στηθάγχης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, το ήμισυ των ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην περι-εγχειρητική περίοδο και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν φτωχότερη ποιότητα ζωής, λειτουργική εξασθένιση, συνεχή πόνο στο στήθος και υψηλότερα ποσοστά επανα-εισαγωγών και θανάτου ανεξάρτητα από την καρδιακή κατάσταση, το ιστορικό συν-νοσηρότητας ή την έκταση της χειρουργικής επέμβασης.

Επίσης, η άσκηση βελτιώνει τη φυσική και τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Μέγιστο κέρδος από το πρόγραμμα άσκησης είναι η βελτίωση της

αυτοεκτίμησης και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Η άσκηση πρέπει να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στον σχεδιασμό ενός προγράμματος αποκατάστασης ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς.²³

Συμπεράσματα

Η αντιμετώπιση του άγχους και την

κατάθλιψη προϋποθέτει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση της έντασής τους, την ελαχιστοποίηση των πιθανών επιπλοκών, τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, την παροχή ψυχολογικής στήριξης από τους επαγγελματίες υγείας και το υποστηρικτικό δίκτυο (οικογενειακό κοινωνικό) και τη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης.

Βιβλιογραφία

- 1) Στεφανάδης Χρ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
- 2) Χριστοδούλου ΓΝ και συν. Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.
- 3) Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ. Βήττα, Αθήνα, 2009.
- 4) Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
- 5) Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
- 6) Κουτελέκος Ι. Άγχος και χειρουργική επέμβαση. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2012;1(3): 71-72
- 7) Polikandrioti M. Needs of depressed patients with coronary artery disease. *Health Science Journal*. 2011;5(4):241-2.
- 8) Πολυκανδριώτη Μ, Γουδέβενος Ι, Μιχάλης Λ, Πατσιλινάκος Σ, Νικολάου Β, Ολύμπιος Χ, και συν. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012; 29(1):33-43.
- 9) Zigmond AS., Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67:361-370.
- 10) Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A., Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*. 2004; 12:821-825.
- 11) Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*. 2008; 7:4.
- 12) Πολυκανδριώτη Μ. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αγγειοπλαστική. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2009;8(1):2-4.
- 13) Lauck S, Johnson J, Ratner P. Self-care and factors associated with patients outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiology Nursing*. 2009;8(3):190-99.
- 14) Campbell M. Torrance C. Coronary angioplasty : impact on risk factors and patients; understanding of the severity of their conditions. *Aust J Adv Nurse*. 2005;22(4):26-31.
- 15) Furze G, Dumville JC, Miles JN, Irvine K, Thompson DR, Lewin RJ. Prehabilitation" prior to CABG surgery improves physical functioning and depression *Int J Cardiol*. 2009; 132(1): 51–58.
- 16) McHugh F, Lindsay G.M, Hanlon P. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart*. 2001;86:317–323.
- 17) Arthur H.M, Daniels C, McKelvie R, Hirsh J, Rush B. Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2000;133:253–26.
- 18) Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res*. 2009;66(3):211-20.
- 19) Τσαλογλίδου Α, Λαβδανίτη Μ, Ιωαννίδης Θ. Αποκατάσταση ασθενών μετά από εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης *Νοσηλευτικές*

- παρεμβάσεις. *Interscientific Health Care*. 2010;2(3):99-104.
- 20) Διαδικτυακή σελίδα: http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?id=2444&category=16. Ημερομηνία πρόσβασης :10-7-2013.
- 21) Omodeo O, Fiabane E, Giorgi I, Grandis C, Gualco A, Ceresa M. Psychological needs and mental health in women aged > or = 65 years after cardiac surgery: an exploratory study. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2013;80(1):35-41.
- 22) Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mazumdar S, Houck PR, Counihan PJ. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302(19):2095-103.
- 23) Πολυκανδριώτη Μ, Κυρίτση Ε. Άσκηση και μεταμόσχευση καρδιάς. *Νοσηλευτική*. 2005; 44(2):171-177.