

CARDIAC NURSING ROUNDTABLE

Συσκευές Καρδιακού Επανασυγχρονισμού σε Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Ψυχολογική Επιβάρυνση και Προσαρμογή

Ιωάννα Καριοφύλλα, RN

Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
“Ο Ευαγγελισμός”

KEY WORDS: *heart failure;
biventricular pacemaker; cardiac
resynchronization therapy; implantable
cardioverter defibrillator*

ABBREVIATIONS/ΣΥΝΤΗΜΗΣΕΙΣ

CRT = cardiac resynchronization
therapy (θεραπεία καρδιακού
επανασυγχρονισμού)

CRT-D = CRT-defibrillator
(αμφικολιακός απινιδωτής)

CRT-P = CRT-pacemaker
(αμφικολιακός βηματοδότης)

ΚΑ = καρδιακή ανεπάρκεια

NYHA = New York Heart Association
(λειτουργική ταξινόμηση καρδιακής
ανεπάρκειας)

Correspondence to:

Ιωάννα Καριοφύλλα, RN
Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
“Ο Ευαγγελισμός”
E-mail: iokariofylla@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ABSTRACT

Η αμφικολιακή βηματοδότηση έχει πλέον καθιερωθεί ως αποτελεσματική θεραπεία στην ανθεκτική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας III και IV και τελευταία ίσως και σε πιο πρώιμα στάδια (II), καθ'όσον με τον καρδιακό επανασυγχρονισμό που επιτυγχάνει βελτιώνει τα συμπτώματα των ασθενών και την ποιότητα ζωής των, αλλά επίσης παρατείνει και το προσδόκιμο επιβίωσης αυτών των ασθενών. Οι εμφυτεύσιμες συσκευές μπορεί να είναι αμφικολιακοί βηματοδότες ή αμφικολιακοί απινιδωτές. Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγάλος ψυχολογικός αντίκτυπος στους ασθενείς με εμφυτευμένες συσκευές. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να παρουσιάζουν ένα σημαντικό αριθμό ψυχοκοινωνικών διαταραχών, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο μιας ενδεχόμενης απινιδώσης σε όσους φέρουν τέτοιες συσκευές, εξάρτηση του ατόμου από τη συσκευή, αλλαγή σωματικού ειδώλου, σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον. Η πρώτη προσέγγιση των νοσηλευτών σε αυτούς τους ασθενείς που προτείνεται από τους Sears και Conti περιλαμβάνει τα 4 A: **Ask** –θέτουμε ερωτήσεις, **Advice** –δίνουμε συμβουλές, **Assist**– βοηθούμε, **Arrange**–οργανώνουμε-προγραμματίζουμε. Η δεύτερη προσέγγιση που προτείνεται από τον Eads περιλαμβάνει 7 αρχές: καθορισμό του προβλήματος, παροχή πληροφοριών, δημιουργία ομάδας υποστήριξης, καθησύχαση για το φόβο που αισθάνονται, ενθάρρυνση της ψυχικής αποφόρτισης, δήλωση ότι είναι δυνατό να επιστρέψει ο ασθενής στις κανονικές του δραστηριότητες, ενθάρρυνση του ασθενούς να αναλάβει δράση. Αυτές και διάφορες άλλες εναλλακτικές προσεγγίσεις των νοσηλευτών μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη αυτών των ασθενών και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία με σημαντικό αντίκτυπο και στη φυσική τους κατάσταση και ανταπόκριση στη θεραπεία του καρδιακού επανασυγχρονισμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) που φέρουν συσκευές επανασυγχρονισμού, τα τελευταία χρόνια αυξάνονται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. ¹Τι είναι όμως η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού ή αμφικολιακή βηματοδότηση

(cardiac resynchronization therapy – CRT) και πως οι νέες αυτές εμφυτεύσιμες συσκευές μπορούν να βοηθήσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ΚΑ; Η ΚΑ είναι ένα πολύπλοκο κλινικό σύνδρομο το οποίο μπορεί να προκληθεί από οποιαδήποτε δομική ή λειτουργική καρδιακή διαταραχή που ελαττώνει την ικανότητα της κοιλίας να πληρώνεται με αίμα και να εξωθεί αίμα.² Στην υγιή καρδιά οι κοιλίες συστέλλονται ταυτόχρονα και σε συγχρονισμό με τους κόλπους. Σε αρκετούς όμως ασθενείς με ΚΑ δημιουργούνται προβλήματα από την καθυστερημένη διέγερση της αριστερής κοιλίας σε σχέση με τη δεξιά. Επιπλέον τα διάφορα τμήματα της αριστερής κοιλίας δεν συσπώνται ταυτόχρονα. Η καρδιά σε αυτές τις περιπτώσεις δεν συστέλλεται με έναν ενιαίο τρόπο. Αυτό καλείται καρδιακός δυσσυχρονισμός. Η καρδιά έχει λιγότερο χρόνο να γεμίσει με αίμα και δεν είναι ικανή να εξωθεί την απαιτούμενη κάθε φορά ποσότητα στην περιφερική κυκλοφορία. Έτσι τα συμπτώματα της ΚΑ επιδεινώνονται. Η αμφικολιακή βηματοδότηση επιτυγχάνει ταυτόχρονη σύσπαση αριστερής και δεξιάς κοιλίας ταυτόχρονα με τελικό αποτέλεσμα η καρδιά να είναι σε θέση να συστέλλεται αποτελεσματικότερα και να επιτυγχάνει αύξηση του όγκου παλμού. Αυτό, μαζί με τη φαρμακευτική θεραπεία, οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών.^{2,3}

Οι συσκευές καρδιακού επανασυγχρονισμού χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- CRT-P. Συσκευές επανασυγχρονισμού με απλή βηματοδότηση
- CRT-D. Συσκευές επανασυγχρονισμού που λειτουργούν συνδυαστικά και σαν απινιδωτές.

Μεγάλος αριθμός μελετών που αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αυτής μεθόδου σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού ΚΑ υπό φλεβοκομβικό ρυθμό με ή χωρίς ένδειξη για απινιδωτή, έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία χρόνια. Η επιλογή των ασθενών γίνεται με τα παρακάτω κριτήρια:

- ΚΑ σε λειτουργικό στάδιο κατά NYHA III ή IV παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή
- Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <35%
- Διάρκεια QRS > 120 ms

Οι CRT-D συσκευές έχουν τις ίδιες προϋποθέσεις αλλά επιπλέον ενδείκνυνται για ασθενείς με κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου, αλλά με προσδόκιμο επιβίωσης άνω του έτους.^{4,5}

Η συσκευή της αμφικολιακής βηματοδότησης αποτελείται από τη γεννήτρια και 3 ηλεκτρόδια. Τα ηλεκτρόδια εισάγονται διαμέσου της υποκλείδιας φλέβας και εμφυτεύονται σε 3 αντίστοιχες προεπιλεγμένες θέσεις. Το κοιλιακό ηλεκτρόδιο έχει τη μορφή “J” ή είναι ευθύ και καταλήγει σε άκρο δίκην άγκυρας ή είναι βιδωτό και εμφυτεύεται στο ωτίο του δεξιού κόλπου. Το ηλεκτρόδιο της δεξιάς κοιλίας διέρχεται διαμέσου της τριγώνιας βαλβίδας και εμφυτεύεται στην κορυφή ή στο χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Τέλος, το ηλεκτρόδιο της αριστερής κοιλίας εισάγεται παλίνδρομα στο στεφανιαίο κόλπο και προωθείται σε μία από τις δύο πλάγιες κοιλιακές φλέβες που συνοδεύουν τους επιχειλίους κλάδους της περι-

σπωμένης αρτηρίας.³

Αποδεδειγμένα η αμφικολιακή βηματοδότηση μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα της ΚΑ. Πιο αναλυτικά συνεισφέρει στη μείωση του αριθμού των νοσηλειών από καρδιακή ανεπάρκεια, βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών, βελτίωση της ποιότητας ζωής και τελικά μείωση της θνησιμότητας από προοδευτική καρδιακή ανεπάρκεια.^{3,4,5,6}

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΕΠΑΝΑΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ

Οι περισσότεροι ασθενείς αντιλαμβάνονται εύκολα ότι η θεραπεία με την εμφύτευση του αμφικολιακού βηματοδότη είναι απαραίτητη για τη σταθεροποίηση και τη βελτίωση της υγείας τους. Έρευνες όμως δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλος ψυχολογικός αντίκτυπος στους ασθενείς με εμφυτευμένες συσκευές γενικά. Η κατηγορία, ειδικότερα, των ασθενών που φέρει είτε απλούς απινιδωτές είτε συσκευές επανασυγχρονισμού σε συνδυασμό με απινιδωτή (CRT-D), παρουσιάζει ένα σημαντικό αριθμό ψυχοκοινωνικών διαταραχών, όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο μιας ενδεχόμενης απινιδώσεως σε ασθενείς που φέρουν τέτοιες συσκευές, εξάρτηση του ατόμου από τη συσκευή, αλλαγή σωματικού ειδώλου, σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον.^{7,8}

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε 4501 ασθενείς, με μέση ηλικία 62,4 έτη, εκ των οποίων το 77% ήταν άνδρες, η συχνότητα του άγχους κυμάνθηκε από 5,8%-62,8% ανάλογα με τη χρονική περίοδο που έγινε η έρευνα και τη μέθοδο βεβαίως που χρησιμοποιήθηκε.⁹ Έτσι διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα αγχωδών εκδηλώσεων λίγες μέρες πριν την εμφύτευση κυμάνθηκε από 34%-62,8%. Εντός 3 μηνών από την εμφύτευση η συχνότητα αυτή παρουσίασε μια πτωτική τάση και κυμάνθηκε στο 5,8%-48%. Ένα έτος τουλάχιστον μετά την εμφύτευση η συχνότητα ήταν 13%-41%. Σταθερότητα στα επίπεδα άγχους δείχνουν οι έρευνες 5 περίπου χρόνια μετά την εμφύτευση.⁹⁻¹¹

Εκτός από το άγχος, οι ασθενείς παρουσιάζουν συχνά και εκδηλώσεις πανικού. Η εκδήλωση πανικού παρουσιάζεται στο 5% ή σύμφωνα με άλλες έρευνες στο 5,9% των αρρώστων 7 μήνες περίπου μετά την εμφύτευση (μικρή απόκλιση ανάμεσα στις έρευνες). Τα ποσοστά αυτά ανεβαίνουν αρκετά φτάνοντας το 19,4% στα 3,5 χρόνια μετά την εμφύτευση.^{9,12,13}

Φαίνεται να υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στην εκδήλωση άγχους μετά την εμφύτευση και σε κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών. Έτσι υψηλότερα ποσοστά αποδίδονται σε γυναίκες, καπνιστές, ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με ψυχότροπα φάρμακα. Οι άρρωστοι που παρουσιάζουν διαταραχές άγχους είναι συχνά απασχολημένοι με προβλήματα που προκαλούν στρες όπως:

- Φόβο για ανεπάρκεια της εμφυτευμένης συσκευής ως

θεραπευτικής μεθόδου

- Φόβο για δυσλειτουργία της συσκευής
- Φόβο θανάτου
- Αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο
- Διαρκή ενασχόληση με τις ενδείξεις λειτουργίας της συσκευής ή με τα συμπτώματα που θα προκαλέσει μια ενδεχόμενη απινίδωση με αποτέλεσμα να μειώνουν τις δραστηριότητες τους φοβούμενοι μια απινίδωση και να σπαταλούν πολύ από τον καθημερινό τους χρόνο σε άσκοπες σκέψεις.^{9,14-16}

Όσον αφορά την κατάθλιψη τα ποσοστά της κυμαίνονται από 5%-38%. Πριν την εμφύτευση κατάθλιψη παρουσιάζει το 23%-35,8% των ασθενών. Από αυτούς ήπια κατάθλιψη έχει το 20,8%, μετρίου βαθμού κατάθλιψη έχει το 5,7% και σοβαρού βαθμού κατάθλιψη έχει το 9,4%. Εξάλλου, 3 μήνες μετά την εμφύτευση τα ποσοστά ποικίλουν από 11%-20%, ενώ στους 7,5 μήνες περίπου το 15% παρουσιάζει σοβαρού βαθμού κατάθλιψη. Τέλος, ένα χρόνο μετά, τα ποσοστά κυμαίνονται από 5%-38%. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μετά από εμφύτευση καρδιακής συσκευής παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται :

- Σε γυναίκες οι οποίες μάλιστα τείνουν να παρουσιάζουν κατάθλιψη σοβαρότερου βαθμού σε σύγκριση με τους άνδρες.
- Σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας (αν και υπάρχουν μεμονωμένες έρευνες που δείχνουν ότι οι μεγάλες ηλικίες δεν συσχετίζονται με την κατάθλιψη).
- Σε παντρεμένους
- Σε ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο
- Σε ασθενείς χωρίς κοινωνική υποστήριξη
- Σε ασθενείς που έχουν σωματικά προβλήματα

Ειδικότερα για τους ασθενείς με CRT, αυτοί που έχουν λειτουργική κατά NYHA class III ή IV, ή λαμβάνουν διουρητικά, ή όσοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με ψυχότροπα φάρμακα, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης που αντιμετωπίζεται δύσκολα με τις υπάρχουσες θεραπευτικές μεθόδους.^{9-11,17}

Για τους ασθενείς με απινιδωτή (CRT-D) ο αριθμός των shocks (απινιδώσεων) ή των επεισοδίων ηλεκτρικής θύελλας (δηλαδή 3 ή περισσότερων shocks μέσα στο 24ωρο) σχετίζεται επίσης με την παρουσία stress. Έτσι, τα 2/3 των ασθενών που έχουν βιώσει απινίδωση παρουσιάζουν άγχος. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που έχουν αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν αριθμητικά μεγαλύτερο αριθμό απινιδώσεων σε σύγκριση με αρρώστους χωρίς stress. Τέλος, ο χρόνος που έχει περάσει από την εμφύτευση είναι ένας ακόμα καθοριστικός λόγος εμφάνισης συναισθηματικών δυσλειτουργιών. Έτσι, οι ασθενείς που βίωσαν μέσα στον πρώτο χρόνο shock είναι πιθανό να εκφράσουν άγχος κατά το follow-up του πρώτου έτους, συγκριτικά με αυτούς που δεν βίωσαν. Πολλές φορές ακόμα και ένα shock είναι αρκετό να προκαλέσει στον ασθενή συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος, τα άτομα που βίωσαν 2 ή

περισσότερα shocks μέσα σε ένα μήνα παρουσιάζουν σημαντικά πιο καταθλιπτική συμπεριφορά σε σχέση με αυτούς που βίωσαν λιγότερο από 4 shocks μέσα σε ένα χρόνο.^{9,15,18,19}

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ποια είναι όμως η βοήθεια που μπορούμε να προσφέρουμε ώστε οι ασθενείς να λάβουν όσο γίνεται περισσότερο τα θετικά οφέλη μιας εμφυτευμένης συσκευής χωρίς να βιώνουν αυτές τις αρνητικές ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις; Θα δούμε δύο προσεγγίσεις που προτείνονται προς αυτή την κατεύθυνση. Οι προτάσεις έχουν κοινά αλλά και διαφορετικά σημεία. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από νοσηλευτές ή άλλους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τους ασθενείς που φέρουν εμφυτευμένες συσκευές μεμονωμένα ή συνδυαστικά. Και οι δύο για την εφαρμογή τους απαιτούν μια πολυδύναμη διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από καρδιολόγο, νοσηλεύτρια, επαγγελματία ψυχικής υγείας, και φορέα αποκατάστασης.

Η πρώτη προσέγγιση λοιπόν των **Sears και Conti περιλαμβάνει τα 4 A**

- **Ask** –Θέτουμε ερωτήσεις
- **Advice**- Δίνουμε συμβουλές
- **Assist**- Βοηθούμε
- **Arrange**- Οργανώνουμε- Προγραμματίζουμε

Αρχικά ο επαγγελματίας υγείας ρωτάει τον άρρωστο για τους ενδιασμούς του σχετικά με τη συσκευή προσπαθώντας έτσι να γίνουν κατανοητά επακριβώς τα σημεία που φαίνεται να του δημιουργούν το πρόβλημα. Σαν δεύτερο βήμα μπορούν να δοθούν συμβουλές που θα τον βοηθήσουν να ξεπεράσει τους προβληματισμούς που εκφράζει. Σαν τρίτο βήμα βοηθούμε τον ασθενή να αντιμετωπίσει τους άμεσους φόβους του, εκλογικεύοντάς τους. Εκπαιδεύουμε τον ασθενή ώστε να γνωρίζει όσο γίνεται περισσότερο για τη συσκευή του και για τη ζωή του με αυτή. Τέλος σαν τέταρτο βήμα μπορούν να προγραμματιστούν συναντήσεις με επαγγελματίες της ψυχικής υγείας για τους ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρού βαθμού ψυχολογικά προβλήματα και χρήζουν επαγγελματικής βοήθειας.²⁰⁻²²

Η δεύτερη προσέγγιση προτείνεται από τον Eads και περιλαμβάνει 7 αρχές.

1. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Εδώ αφήνουμε τον άρρωστο, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων του, να μας δείξει τις συγκεκριμένες ανησυχίες που έχει. Θέματα που είναι δύσκολο να αναγνωριστούν αφορούν κυρίως δυσκολίες στη μνήμη, δυσκολίες στον ύπνο, δυσκολίες από την υπερπροστασία της οικογένειας, δυσκολίες που αφορούν τη σεξουαλική ζωή.

2. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Με την παροχή πληροφοριών βοηθούμε τον άρρωστο να

αποκτά πάλι τον έλεγχο στη ζωή του. Οι ασθενείς που είναι καλύτερα ενημερωμένοι και προετοιμασμένοι για τη ζωή τους μετά την εμφύτευση έχουν πιο θετικά σωματικά και ψυχικά αποτελέσματα.

3. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί σπουδαίο παράγοντα για την αντιμετώπιση της καρδιακής πάθησης. Η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους στους οποίους ο άρρωστος βασιίζεται είναι απαραίτητη για την αποδοχή της συσκευής.

4. ΚΑΘΗΣΥΧΑΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΠΟΥ ΑΙΣΘΑΝΟΝΤΑΙ

Ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να συμμετέχουν σε συζητήσεις γι' αυτό που αισθάνονται, οι φόβοι εκλογικεύονται – απομυθοποιούνται και παρουσιάζονται στις πραγματικές τους διαστάσεις.

5. ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗΣ

Οι ασθενείς που αποφεύγουν να μιλούν για τις αρνητικές παραμέτρους της συσκευής έχουν αυξημένη πιθανότητα να οδηγηθούν σε ψυχικές και κοινωνικές δυσλειτουργίες. Οι συζητήσεις σε σταθερή βάση τους βοηθάνε να μειώνουν το συναισθηματικό φορτίο που φέρουν.

6. ΔΗΛΩΣΗ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΙΣ ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΡΡΩΣΗ

Η ποιότητα ζωής και η ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών χειροτερεύει κατά το πρώτο εξάμηνο μετά την εμφύτευση. Μετά τον πρώτο χρόνο όμως φαίνεται να επιστρέφουν στα προ της εμφύτευσης επίπεδα.

7. ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΔΡΑΣΗ

Δίνοντας πληροφορίες για αυτοφροντίδα ενισχύουμε την ικανότητά τους να φροντίζουν μόνοι τους τον εαυτό τους⁷.

Εκτός από τις παραπάνω προσεγγίσεις θα μπορούσαμε ακόμα να αναφέρουμε υποστηρικτικές παρεμβάσεις και βοήθεια με βάση τη Γνωσιακή ή Γνωστική Θεραπεία Συμπεριφοράς. Οι νοσηλευτές και η υπόλοιπη ομάδα υγείας εκπαιδεύονται για τη χρήση αυτής της θεραπείας με στόχο οι ασθενείς με την εμφυτευμένη συσκευή να ξανακερδίσουν την αίσθηση του ελέγχου της ζωής τους.⁷

Τέλος, εναλλακτικές μέθοδοι και θεραπείες μπορούν να εφαρμοστούν για να υποστηρίξουν τον άρρωστο και να συντελέσουν στην ομαλοποίηση της ψυχικής και συναισθηματικής του κατάστασης.⁷ Τέτοια παραδείγματα είναι οι τεχνικές αναπνοής, οι τεχνικές χαλάρωσης, η αυτοϋπνωση και άλλες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναγκαιότητα για ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και αμφικολιακούς βηματοδότες είναι μια πραγματικότητα που έχουμε πλέον να αντιμετωπίσουμε σε καθημερινή βάση. Η «στεγνή» παροχή ιατρικής φροντίδας σε αυτούς τους ασθενείς δεν είναι αρκετή. Η αποδοχή ενός νέου τρόπου ζωής με την εμφυτευμένη συσκευή σε ασθενείς που έχουν ήδη πολλά σωματικά και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, απαιτεί δουλειά και συντονισμένη προσπάθεια όλων των επιστημονικών ειδικοτήτων που έρχονται σε επαφή με αυτούς τους αρρώστους, ώστε κάθε φορά, ο καθένας από αυτούς να απολαμβάνει τα μέγιστα οφέλη που μπορεί να του προσφέρει η νέα θεραπεία. Γνωρίζοντας ότι παγκοσμίως ο αριθμός των ασθενών με ΚΑ αυξάνεται με πολύ γοργούς ρυθμούς και ότι οι νέες μελέτες υποστηρίζουν τη χρήση των συσκευών επανασυγχρονισμού σε έναν ευρύτερο πληθυσμό ασθενών, τελευταία και με ΚΑ κατηγορίας ΝΥΗΑ ΙΙ, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η αναγκαιότητα για υποστήριξη των ατόμων αυτών και η δημιουργία επιστημονικών ομάδων που θα την προσφέρει είναι πιο επιτακτική από ποτέ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Zhan C, Baine W, Sedrakyan A, Steiner C. Cardiac device implantation in the United States from 1997 through 2004: a population-based analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23(Suppl 1): 13-19.
- Poole-Wilson PA. History, Definition and Classification of Heart Failure. *Heart Failure 1*, Churchill Livingstone, New York, 1997, p. 269-277.
- Koniari I, Apostolakis E. Cardiac resynchronization therapy in heart failure. *Arch Hellenic Med* 2008; 25:595-601.
- Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* 2004; 350:2140-2150.
- Lam SK, Owen A. Combined resynchronisation and implantable defibrillator therapy in left ventricular dysfunction: Bayesian network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med J* 2007;335:925.
- Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E, et al. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med* 2005;352:1539-1549.
- Eads AS, Sears SF Jr, Sotile WM, Conti JB. Supportive communication with implantable cardioverter defibrillator patients. Seven principles to facilitate psychosocial adjustment. *J Cardiolpulm Rehabil* 2000; 20:109-114.
- Metoyer PA. The importance of psychological support for the

- implantable cardioverter defibrillator patient. Web site: www.eplabdigest.com/article/4744.
9. Holly D, Sharp J. The psychological impact of the implantable cardioverter defibrillator: A systematic review. *Arrhythmia Watch* 2011 Sep 28; Issue 17 (Oct).
 10. Crow SJ, Collins J, Justic M, Goetz R, Adler S. Psychopathology following cardioverter defibrillator implantation. *Psychosomatics* 1998; 39:305-310.
 11. Kamphuis HC, de Leeuw JR, Derksen R, Hauer RN, Winnubst JA. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery: a prospective study. *Europace* 2003; 5:381-389.
 12. Morris PL, Badger J, Chmielewski C, Berger E, Goldberg RJ. Psychiatric morbidity following implantation of the automatic implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatics* 1991 32:8-64.
 13. Godemann F, Ahrens B, Behrens S, et al. Classic conditioning and dysfunctional cognitions in patients with panic disorder and agoraphobia treated with an implantable cardioverter/defibrillator. *Psychosom Med* 2001; 63:231-238.
 14. Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol* 2006; 17:65-72.
 15. Pedersen SS, den Broek KC, Theuns DA, et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: A multi-center study. *Int J Cardiol* 2011; 147:420-423.
 16. Johansen JB, Pedersen SS, Spindler H, Andersen K, Nielsen JC, Mortensen PT. Symptomatic heart failure is the most important clinical correlate of impaired quality of life, anxiety, and depression in implantable cardioverter-defibrillator patients: a single-centre, cross-sectional study in 610 patients. *Europace* 2008; 10:545-551.
 17. Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med* 2006; 68:794-800.
 18. Dunbar SB, Langberg JJ, Reilly CM, et al. Effect of a psycho-educational intervention on depression, anxiety, and health resource use in implantable cardioverter defibrillator patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009; 32:1259-1271.
 19. Kapa S, Rotondi-Trevisan D, Mariano Z, et al. Psychopathology in patients with ICDs over time: results of a prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol* 2010; 32:198-208.
 20. Sears S Jr, Conti J. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart* 2002; 87:488-493
 21. Sears S, Burns JL, Handberg E, Sotile W, Conti J. Young at heart: understanding the unique psychosocial adjustment of young implantable cardioverter defibrillator recipients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2001; 24:1113-1117.
 22. Kohn CS, Petrucci RJ, Baessler C, Soto DM, Movsowitz C. The effect of psychological intervention on patients' long-term adjustment to the ICD: a prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol* 2000; 23:450-456.