

# Η Επίδραση της Θρησκευτικότητας των Ασθενών με Στεφανιαία Νόσο και την Κατάθλιψη που Εκδηλώνουν στο Νοσοκομείο

**The Effect of Religiosity of Patients with Coronary Artery Disease on In-Hospital Anxiety and Depression**

*Abstract at the end of the article*

Μαρία Γκουδινούδη,<sup>1</sup> Βασιλική Καρρά,<sup>2</sup>  
Θεόδωρος Ξάνθος,<sup>3</sup> Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου,<sup>4</sup>  
Άννα Κορομπέλη,<sup>5</sup> Ευαγγελία Κουσκούνη<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ (Νοσοκομειακή Μονάδα Σισμανόγλειο),

<sup>2</sup>ΠΕ, ΜSc, ΜΗCΜ, PhD, Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ,

<sup>3</sup>Καθηγητής Φυσιολογίας-Παθοφυσιολογίας Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου,

<sup>4</sup>MD, PhD, Λέκτορας Ιατρικής Σχολής, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου,

<sup>5</sup>ΠΕ, BSc, RN, MSc, PhD, ΕΔΙΠ Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ,

<sup>6</sup>Ευαγγελία Κουσκούνη, Ομότιμη Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας ΕΚΠΑ

Υποβλήθηκε: 15/01/2019  
Επανυποβλήθηκε: 21/02/2019  
Εγκρίθηκε: 05/03/2019

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:**

Μαρία Γκουδινούδη  
Σισμανογλείου 1, 151 26 Μαρούσι  
Τηλ: (+30) 6972-262 215  
e-mail: mariagoudis@yahoo.gr

**Εισαγωγή:** Η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα φαίνεται πως επηρεάζουν συχνά τη σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα ασθενών με χρόνια νοσήματα. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των στεφανιαίων ασθενών με το άγχος και την κατάθλιψη που τυχόν εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. **Υλικό και Μέθοδος:** Διεξήχθη συγχρονική μελέτη με τη συμμετοχή 172 ασθενών {n=23 (13,4%) γυναίκες και n=149 (86,6%) άνδρες} με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε ένα γενικό νοσοκομείο της Αττικής με διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) για τη διερεύνηση του νοσοκομειακού άγχους και της κατάθλιψης και η κλίμακα Beliefs and Values Scale για την εκτίμηση της θρησκευτικότητας και Πνευματικότητας των ασθενών. **Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και καθόλου έως μέτρια επίπεδα άγχους ή/και κατάθλιψης στους στεφανιαίους ασθενείς. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των άγχους και κατάθλιψης και θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των ασθενών ( $p>0,05$ ), αν και τα άτομα που έχουν βιώσει στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία βίωσαν μικρότερο άγχος και κατάθλιψη στο Νοσοκομείο. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p<0,001$ ) με το φύλο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις ηλικίες των ασθενών με την Belief and Values Scale. Επίσης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p<0,001$ ) των υποκλιμάκων της HADS με την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, την καπνιστική συνήθεια,

το stress και τη φαρμακευτική αγωγή. **Συμπεράσματα:** Οι στεφανιαίοι ασθενείς με έντονη θρησκευτικότητα είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, αν και φαίνεται να μεσολαβούν συγχυτικοί παράγοντες που δυσκολεύουν την ερμηνεία αυτής της σχέσης. Η επίδραση της θρησκευτικότητας σε ψυχικές διαταραχές που αναπτύσσουν οι νοσηλευόμενοι στεφανιαίοι ασθενείς χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

**Λέξεις-ευρετηρίου:** *Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα, στεφανιαία νόσος, άγχος, κατάθλιψη, νοσοκομείο.*

## Εισαγωγή

Ο άνθρωπος στη διάρκεια του βίου του βρίσκεται σε μία συνεχή προσπάθεια να δώσει απαντήσεις σε θεμελιώδη ερωτήματα για τη ζωή, την ασθένεια, τον θάνατο, το νόημα της ύπαρξής του. Όχι μόνο για να καθησυχάσει τον έμφυτο φόβο του για το άγνωστο, αλλά και για να προσδιορίσει τον τρόπο που ζει τη ζωή του και την αλληλεπίδρασή του εντός του κόσμου. Η μεταφυσική αναζήτηση αποτελεί ανάγκη του ανθρώπου, που συνήθως εκδηλώνεται στο πλαίσιο μίας θρησκείας. Υπάρχει εκτεταμένη συζήτηση τόσο για τις ίδιες τις έννοιες της θρησκείας, της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, όσο και για τον ορισμό αυτών. Ο όρος θρησκεία αφορά στη σχέση του ανθρώπου με το θείο. Ο ελληνικός όρος ετυμολογείται μάλλον από το ρήμα θρώσκω (αναβαίνω) και δηλώνει την ανάταση, την ανάβαση, την αναφορά ή αναφορικότητα. Ο λατινικός όρος, που χρησιμοποιείται σε όλες τις δυτικοευρωπαϊκές γλώσσες για να δηλωθεί το θρησκευτικό φαινόμενο, ετυμολογικά προέρχεται από τα ρήματα religere (συλλέγω, τηρώ επιμελώς) ή religare (επανασυνδέω).<sup>1</sup> Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για τη σχέση του θείου με το ανθρώπινο, του υπερφυσικού με το φυσικό, του υπερβατικού με το κοσμικό, του πνευματικού με το υλικό ή του ψυχικού με το φυσικό.<sup>2</sup>

Προϋπόθεση για να βιώσει ένας άνθρωπος τη θρησκεία του είναι η θρησκευτική πίστη, δηλαδή η εμπιστοσύνη και η αποδοχή στο θείο, η εσωτερική πεποίθηση και συνειδητή βεβαιότητα για την ύπαρξη πραγματικότητων, οι οποίες δεν εμπίπτουν στην αποδεικτική διαδικασία των νοητικών ή αισθητικών ικανοτήτων του ανθρώπου.<sup>3</sup> Ο βαθμός της ως άνω εμπιστοσύνης και εμπλοκής ή προσωπικής σημασίας που αποδίδει ένας άνθρωπος σε αυτές τις πραγματικότητες και το σύστημα θρησκευτικών πρακτικών που τις ακολουθούν καλείται θρησκευτικότητα.<sup>4</sup> Αρκετοί ερευνητές προτείνουν την ποιοτική ανάλυση της

θρησκευτικότητας σε τρεις βασικούς άξονες, οι οποίοι φαίνεται να αποτελούν τα τρία θεμελιώδη στοιχεία του θρησκευτικού φαινομένου: (α) την πίστη σε μία πνευματική διάσταση, (β) την τήρηση ενός συνόλου πνευματικών λειτουργιών ή πρακτικών, (γ) την προσήλωση σε ένα δόγμα ηθικής διαγωγής, που απορρέει από θρησκευτικές διδαχές. Στο πλαίσιο αυτό, η θρησκευτικότητα αποτελεί μία στενότερη έννοια της πνευματικότητας, δηλαδή της υποκειμενικής εμπειρίας από τη διαδικασία αναζήτησης απαντήσεων σε ουσιώδη ερωτήματα για τη ζωή και το νόημά της, τη σχέση του ανθρώπου με το ιερό ή το υπερβατικό, η οποία μπορεί (ή όχι) να οδηγήσει στην (ή να προέλθει από την) ανάπτυξη θρησκευτικών τελετουργιών και από τη μορφοποίησή τους από την κοινότητα.<sup>5</sup> Ενώ οι όροι θρησκευτικότητα και πνευματικότητα δεν ταυτίζονται εννοιολογικά, ωστόσο χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα συνδέονται με τρεις κυρίως τρόπους με τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων: (α) η υψηλή θρησκευτικότητα/πνευματικότητα προσφέρει εσωτερική γαλήνη και δύναμη, δημιουργώντας ένα πλαίσιο αντιμετώπισης και μείωσης του στρες που προκαλούν τα προβλήματα της ζωής,<sup>6</sup> (β) τα άτομα με υψηλή θρησκευτικότητα αναπτύσσουν ένα δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ τους<sup>7</sup> και (3) η θρησκευτική παράδοση παρέχει συχνά οδηγίες στους πιστούς σχετικά με τη διαχείριση της καθημερινότητάς τους.<sup>8,9</sup> Ωστόσο, υπάρχουν και ευρήματα που δεν επιβεβαιώνουν τη θετική σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και της υγείας. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα εντόνως θρησκευόμενα άτομα πείθονται ότι η ασθένεια δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια, αλλά σε προειδοποίηση ή θεία τιμωρία.<sup>10</sup> Άλλοι πάλι έχουν επιβαρυνμένη ψυχική υγεία, αφού βιώνουν τα προβλήματα με έντονη εσωτερική ενοχή, κάτι που οδηγεί σε ψυχική καταπόνηση,

καταθλιπτική συμπτωματολογία, αυτοκτονικό ιδεασμό και αυξημένα επίπεδα άγχους.<sup>11</sup>

Ειδικά για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητας συσχετίζονται με χαμηλότερο άγχος και κατάθλιψη σε σωματικά ασθενείς,<sup>12</sup> όπως και με λιγότερο θυμό σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο.<sup>13</sup> Κάποιες άλλες, όμως, έχουν βρει πως η θρησκευτικότητα δεν λειτουργεί πάντα προστατευτικά και θετικά ως προς την προσαρμογή στη χρόνια νόσο, αλλά μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ψυχική καταπόνηση.<sup>14</sup> Στη μελέτη των Ginding et al μελετήθηκαν επτά πτυχές της πνευματικότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, δηλαδή η νοηματοδότηση, η πίστη, η αποδοχή, ο τρόπος του σχετίζεσθαι, η σύνδεση με τη φύση, οι επιθανάτιες εμπειρίες και οι πνευματικές δραστηριότητες.<sup>15</sup> Από αυτούς φάνηκε πως η ισχυρή πίστη, ο τρόπος του σχετίζεσθαι με τους άλλους και η ενασχόληση με πνευματικές δραστηριότητες προέβλεπε με στατιστική σημαντικότητα χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε καρδιολογικούς ασθενείς.

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ποσοτική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο που νοσηλεύθηκαν σε ένα γενικό νοσοκομείο της Αττικής με το άγχος και την κατάθλιψη που τυχόν εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

## Υλικό και Μέθοδος

### Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 172 ασθενείς με διάγνωση «οξύ στεφανιαίο σύνδρομο», άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ (Νοσοκομειακή Μονάδα ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ). Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, δηλαδή δημιουργήθηκε ένα δείγμα με ασθενείς που εθελοντικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, ήταν άμεσα προσβάσιμοι και νοσηλεύονταν την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης στο νοσοκομείο. Τα κριτήρια εισόδου στο δείγμα ήταν: (α) ασθενείς άνω των 18 ετών, (β) ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο κατά την εισαγωγή τους, (γ) ασθενείς χωρίς ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, γιατί η διαρκής κατάθλιψη συνδέεται πιθανότερα με υψηλότερη και βαρύτερη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και μπορεί να παρεκκλίνει από τη μέση τιμή που θα αξιολογηθεί και (δ) ασθενείς

που μιλούσαν την ελληνική γλώσσα και κατανοούσαν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για να μπορούν να το συμπληρώσουν.

Η διανομή των ερωτηματολογίων στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια. Η ερευνήτρια μπορούσε να δώσει επεξηγήσεις σε πιθανές ερωτήσεις που έβεταν οι ασθενείς καθώς και να ελέγξει αν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε ολοκληρωθεί. Συνολικά προσεγγίστηκαν 218 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και από αυτούς δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη οι 172 (ποσοστό ανταπόκρισης RR=79%). Το δείγμα θεωρήθηκε επαρκές δεδομένου ότι για τη διασφάλιση της στατιστικής ισχύος του μεγέθους του δείγματος είχε προηγηθεί ανάλυση ισχύος με το στατιστικό πρόγραμμα G\*Power 3.1.9.2. Η συγκεκριμένη διαδικασία είχε ως αποτέλεσμα το μέγεθος δείγματος n=158 να μπορεί να οδηγήσει την έρευνα σε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα.<sup>16</sup>

Στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια και τους ζητήθηκε να τα συμπληρώσουν μόνοι τους στο τέλος της νοσηλείας τους. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι ήταν προτιμότερο να συμπληρώσουν οι ίδιοι τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις που τους είχαν δοθεί και να μην αφήσουν κενά, γιατί δεν θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στο τέλος τα αποτελέσματα των απαντήσεών τους. Συνολικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη 172 ασθενείς. Η συνολική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερέβη σε καμία περίπτωση τα 15–20 λεπτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύνολο των ερωτηματολογίων ελεγχόταν από την ερευνήτρια ως προς τα κενά συμπλήρωσης πριν την τελική παράδοσή του.

### Σχεδιασμός

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός σχεδιασμός με συγχρονικές συσχετίσεις, αφενός γιατί δεν υπάρχουν επαρκή σχετικά εμπειρικά στοιχεία ως προς το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι παρακολουθούνται σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (περιγραφικός σχεδιασμός) και αφετέρου γιατί η ερευνήτρια δεν επιδίωκε την παρακολούθηση της χρονικής ακολουθίας των συμβάντων, καθώς οι κύριες μεταβλητές της μελέτης δεν αναμενόταν να μεταβληθούν μέσα στη χρονική περίοδο που διεξήχθη η μελέτη (συγχρονικός σχεδιασμός). Πριν τη διεξαγωγή της κύριας μελέτης προηγήθηκε πιλοτική δοκιμή σε δείγμα 30 ασθενών, ώστε να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και να διορθωθούν τυχόν λάθη ή παραλείψεις. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο πρώτο εξάμηνο του 2018.

### Τα εργαλεία της έρευνας

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: (α) ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και κλινικών πληροφοριών για κάθε ασθενή, (β) η κλίμακα "Beliefs and Values Scale" των King et al, το οποίο έχει εκτιμηθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αποτίμησης των πνευματικών πιστεύω και αξιών τόσο σε ασθενείς όσο και σε γενικό πληθυσμό<sup>17</sup> και (γ) η ελληνική έκδοση της «Κλίμακας Νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS)» των Zigmond & Snaith,<sup>18</sup> η οποία έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά από τους Μιχόπουλο και συν, και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται και είναι ένα χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο.<sup>19</sup>

Η κλίμακα HADS χρησιμοποιείται ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες, τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου, καθώς και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.<sup>19,20</sup> Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, κατανεμημένες σε δύο ισάριθμες ομάδες για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης. Η βαθμολογία για κάθε μία από τις ερωτήσεις των κλιμάκων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 3. Έχει σχεδιαστεί να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη με 7 ερωτήσεις για κάθε κατάσταση, με διακύμανση βαθμολογίας από 0–21. Συνολικό άθροισμα κάτω από το 7, δεν αξιολογείται ως πιθανή περίπτωση άγχους ή κατάθλιψης αντίστοιχα, μεταξύ 8 και 10, κατατάσσεται ως μέτρια κατάσταση και πάνω από 11 κατατάσσεται ως πιθανή περίπτωση κλινικής αξιολόγησης. Η αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας HADS έχουν μετρηθεί τόσο από τους ίδιους τους εμπνευστές, όσο και από μεταγενέστερους μελετητές με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η κλίμακα "Beliefs and Values Scale" χρησιμοποιήθηκε μετά από παρότρυνση των ίδιων των κατασκευαστών στην ηλεκτρονική επικοινωνία μαζί τους, διότι προσφέρει επιμέρους μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν με μετρήσιμα δεδομένα τον προσανατολισμό της καθημερινής ζωής προς τον ορίζοντα της θρησκευτικής/πνευματικής νοηματοδότησης, καθώς επίσης μπορεί να απαντηθεί και να κατανοηθεί από πιστούς διαφορετικών θρησκευμάτων, ακόμα και από μη πιστούς. Έχει σχεδιαστεί, λοιπόν, για να μετρά την πνευματικότητα υπό μια ευρεία θρησκευτική ή/και μη θρησκευτική προοπτική μέσα από 20 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούνται με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert 0-4, όπου 0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ, 2=ούτε διαφωνώ-ούτε συμφωνώ, 3=συμφωνώ και 4=συμφωνώ απόλυτα και η διακύμανση της βαθμολογίας είναι 0–80. Οι υψηλότερες βαθμολογίες

δείχνουν ισχυρότερες πνευματικές πεποιθήσεις. Επειδή δεν υπήρχε ελληνική μετάφραση για το συγκεκριμένο εργαλείο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από δίγλωσσο μεταφραστή και στη συνέχεια το ελληνικό ερωτηματολόγιο που προέκυψε δόθηκε για μετάφραση στα Αγγλικά από διαφορετικό δίγλωσσο μεταφραστή που δεν γνώριζε την αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα έκανε τις τελικές προσαρμογές στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα. Τέλος με τη συγκριτική αξιολόγηση των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή του αρχικού και του αντίστροφα μεταφρασμένου, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν ασυμφωνίες. Έτσι, προέκυψε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, η οποία αποφασίστηκε να διανεμηθεί σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

### Ηθικά θέματα

Για τη χρησιμοποίηση των δύο εργαλείων στη μελέτη, ζητήθηκαν οι αντίστοιχες άδειες από τους κατασκευαστές τους ή τους αρμόδιους διαχειριστές τους μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Για την κλίμακα HADS δόθηκε σχετική άδεια από τον οίκο "nFer Nelson Publishing" καθώς και η ελληνική της μετάφραση. Για την κλίμακα "Beliefs and Values Scale", παραχωρήθηκε δωρεάν από τους κατασκευαστές της η άδεια για τη μετάφρασή της στην ελληνική γλώσσα καθώς και τη διαπολιτισμική προσαρμογή πριν τη διάθεσή της σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Για την παραχώρηση της άδειας χρησιμοποίησης των κλιμάκων και στις δύο περιπτώσεις κατατέθηκε το πρωτόκολλο στους αντίστοιχους αδειοδότες. Για τη συλλογή δεδομένων από τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του οικείου νοσοκομείου με τη γραπτή δήλωση ότι δεν επρόκειτο να επιβαρύνει τους ασθενείς ή το ίδιο το νοσοκομείο με οιονδήποτε τρόπο, η οποία εγκρίθηκε με την υπ' αρ. 21304/19-10-2017 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου και την υπ' αρ. 36/8-11-2017 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ». Τέλος, στο έντυπο του ίδιου του ερωτηματολογίου υπήρχε στην πρώτη σελίδα εισαγωγικό σημείωμα προς τους ασθενείς που περιλάμβανε πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα, ενημέρωση σχετικά με αντικείμενο και τον σκοπό της μελέτης, περιγραφή της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, διευκρινίσεις περί της εθελοντικής συμμετοχής σε αυτή, της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, του απορρήτου των πληροφοριών και της ανυπαρξίας κινδύνων ή άλλων επιπτώσεων.

## Ανάλυση των δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Μετά τον έλεγχο καλής προσαρμογής του δείγματος σε μία δεδομένη κανονική κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και βρέθηκε ότι το δείγμα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's (rho). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, όταν ο συντελεστής συσχέτισης (rho) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Η τιμή του συντελεστή εσωτερικής συνοχής για τις κλίμακες "Beliefs and Values" είναι Cronbach's alpha=0,928, για την HADS-Anxiety είναι Cronbach's alpha=0,838 και για την κλίμακα HADS-Depression είναι Cronbach's alpha=0,755. Έχει προταθεί ότι τιμές συντελεστή >0,5 είναι αποδεκτές, ενώ οι τιμές συντελεστή  $\geq 0,7$  είναι πολύ ικανοποιητικές.<sup>21</sup> Το γεγονός αυτό υποδεικνύει εξαιρετική αξιοπιστία στις απαντήσεις των ασθενών. Αναφορικά με την εγκυρότητα των δύο ερωτηματολογίων, αφενός η κλίμακα "Beliefs and Values Scale" έχει εκτιμηθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αποτίμησης των πνευματικών πιστεύω και αξιών τόσο σε ασθενείς όσο και σε γενικό πληθυσμό, αφετέρου η αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας HADS έχει μετρηθεί τόσο από τους ίδιους τους εμπνευστές όσο και από μεταγενέστερους μελετητές με πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες ενώ ταυτόχρονα θεωρείται ένα χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο.

## Αποτελέσματα

Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 172 ασθενείς, από τους οποίους οι 149 (86,6%) ήταν άνδρες, οι 113 (64,9%) ήταν έγγαμοι, οι 54 (31%) είχαν τελειώσει το γυμνάσιο και οι 59 (33,9%) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 52,3% (n=91 άτομα) καταγόταν από την περιφέρεια και μόνο το 12% (n=21) ήταν ασθενείς που κατάγονταν από το εξωτερικό. Οι 141 ασθενείς ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι (81%) και μόλις το 10,3% (n=18) των συμμετεχόντων δήλωσαν Άθεοι. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 62,85 έτη (SD+12). Για

την καλύτερη επεξεργασία των δεδομένων, οι ηλικίες των συμμετεχόντων ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις (4) κατηγορίες (32-52 έτη, 52-67 έτη, 67-78 έτη και <79 έτη) χρησιμοποιώντας τη διάμεση τιμή των ηλικιών, καθώς και το διατεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range). Μετά την ομαδοποίηση βρέθηκε ότι το 39,7% του δείγματος ανήκε στην κατηγορία «53-67 έτη» και μόνο το 8,6% στις ηλικιακές ομάδες άνω των 79 ετών (πίνακας 1).

Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν από 2 έως 30 ημέρες (mean=6,05, SD=3) και το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εισήχθη με διάγνωση εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάρπασση του ST (STEMI) (46,6%, n=81). Το «στρες» (62,1%, n=108) και το «κάπνισμα» (60,3%, n=105) αναφέρθηκαν στα μεγαλύτερα ποσοστά των προδιαθεσικών παραγόντων των ασθενών, με τρίτη κατά σειρά ποσοστών (52,9%, n=92) την αναφερόμενη «Αρτηριακή Υπέρταση». Οι περισσότεροι ασθενείς (n=92, 52,9%) δεν ανέφεραν κάποια συνυπάρχουσα νόσο, ενώ 17 ασθενείς (9,8%) ανέφεραν ότι είχαν στεφανιαία νόσο. Σε σχέση με τα φάρμακα που λάμβαναν ημερησίως, το 30,5% (n=53) του δείγματος δήλωσε πως δεν λάμβανε συστηματικά καμία φαρμακευτική αγωγή πριν το στεφανιαίο επεισόδιο, ενώ το 28,7% λάμβανε περισσότερα από δύο φάρμακα καθημερινά (πίνακας 2).

Η βαθμολογία της κλίμακας «Άγχος» κυμαίνεται από 0-16 με μέση τιμή 5,79 (SD+4,29). Η βαθμολογία της κλίμακας «Κατάθλιψη» κυμαίνεται από 0-18 με μέση τιμή 6,13 (SD+3,89). Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των δύο σκορ, Άγχους και Κατάθλιψης σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των τιμών σε τρεις κατηγορίες. Η κατηγορία I δηλώνει τους συμμετέχοντες που έχουν συνολικό σκορ από 0 έως και 7 (Απουσία Άγχους, Κατάθλιψης), η κατηγορία II συμπεριλαμβάνει τους συμμετέχοντες με συνολικό σκορ από 8 έως και 10 (Μέτρια Επίπεδα Άγχους, Κατάθλιψης) και τέλος η κατηγορία III αναφέρεται σε όσους έχουν συνολικό σκορ από 11 έως και 21 (Κλινική Περίπτωση Άγχους, Κατάθλιψης). Βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (n=116, 66,7%) δεν εκδήλωσαν άγχος (απουσία άγχους, επίπεδα άγχους >7) κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο (πίνακας 3). Τα ίδια αποτελέσματα έδειξε και η κλίμακα HADS-Depression που αξιολογεί τα επίπεδα νοσοκομειακής κατάθλιψης των ασθενών. Το 59,8% του δείγματος των ασθενών (n=104) φαίνεται πως δεν είχε συμπτωματολογία κατάθλιψης (απουσία κατάθλιψης, επίπεδα κατάθλιψης >7) (πίνακας 3).

Εκτιμώντας τα επίπεδα Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας των ασθενών με την κλίμακα "Beliefs and Values Scale" βρέθηκε ότι μέση τιμή των επιπέδων της κλίμα-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	n(%)
<b>Φύλο</b>		<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
Άνδρες	149 (85,6)	Αγράμματος	1 (0,6)
Γυναίκες	23 (13,2)	Δημοτικό	35 (20,1)
<b>Ηλικία σε έτη (mean±SD)</b>	62,85 ± 12	Γυμνάσιο	54 (31)
<b>(min-max)</b>	(32-91)	Λύκειο	24 (13,8)
32-52 έτη	39 (22,4)	ΙΕΚ	4 (2,3)
53-67 έτη	69 (39,7)	ΤΕΙ	22 (12,6)
68-78 έτη	49 (28,2)	Πανεπιστήμιο	28 (16,1)
<79 έτη	15 (8,6)	Μεταπτυχιακό	3 (1,7)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		Διδακτορικό	1 (0,6)
Άγαμος	11 (6,3)	<b>Επάγγελμα</b>	
Έγγαμος	113 (64,9)	Δημόσιος Υπάλληλος (ΔΥ)	16 (9,2)
Διαζευγμένος	16 (9,2)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (ΙΥ)	44 (25,3)
Χήρος	18 (10,3)	Συνταξιούχος	47 (27)
Είμαι σε διάσταση	1 (0,6)	Ελεύθερος Επαγγελματίας (ΕΕ)	59 (33,9)
Ζω με τον σύντροφό μου	13 (7,5)	Οικιακά	6 (3,4)
<b>Τόπος Καταγωγής</b>		<b>Θρησκευτικές πεποιθήσεις</b>	
Αττική	58 (33,3)	Άθεος	18 (10,3)
Περιφέρεια	91 (52,3)	Χριστιανός Ορθόδοξος	141 (81)
Εξωτερικό	21 (12,1)	Χριστιανός Καθολικός	2 (1,1)
Θεσσαλονίκη	1 (0,6)	Μουσουλμάνος	2 (1,1)
		Άλλο	2 (6,7)

κας είναι 54,84 (SD+16,8 min=12, max=80). Οι ασθενείς βρέθηκε ότι εμφανίζουν αρκετά υψηλά επίπεδα Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας, δεδομένου ότι όσο ανεβαίνει η τιμή της κλίμακας τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα αυτού που μετράει. Η μέση τιμή των επιπέδων της Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο καθώς και οι ακραίες τιμές φαίνονται στην εικόνα 1.

Κατά τη διαδικασία των στατιστικών ελέγχων δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων HADS (Anxiety-Depression) και της κλίμακας αξιολόγησης των επιπέδων Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών ( $p>0,001$ ). Βρέθηκαν όμως συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (πίνακας 4).

Θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει τόσο με το φύλο, την ηλικία όσο και με τις Θρησκευτικές Πεποιθήσεις και την κλίμακα «Θρησκευτικών/

Πνευματικών Αξιών» (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με τους άνδρες ( $rho=0,238$ ,  $p=0,002$ ), όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα «Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών» ( $rho=0,263$ ,  $p<0,001$ ) και όσοι πιστεύουν σε κάποιο θρήσκευμα έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν πιστεύουν ( $rho=0,263$ ,  $p<0,001$ ) (πίνακας 4).

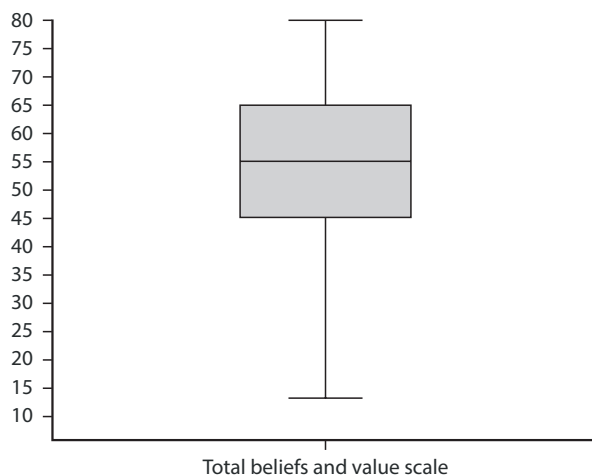
Κατά τη συσχέτιση του Άγχους (HADS Anxiety) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Άγχους, σε σχέση με αυτούς που είναι παντρεμένοι ( $rho=0,201$ ,  $p=0,008$ ) (πίνακας 4). Αρνητικά βρέθηκε να συσχετίζεται η ηλικία με την κλί-

**Πίνακας 2.** Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος.

Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)	Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)
<b>Διάρκεια Νοσηλείας σε ημέρες (mean + SD) (min-max)</b>	6,05 + 3 (2-30)	<b>Προδιαθεσικοί παράγοντες</b>	
Παρούσα νόσος		Αρτηριακή υπέρταση	92 (52,9)
Σταθερή στηθάγχη	13 (7,5)	Σακχαρώδης διαβήτης	46 (26,4)
Ασταθής στηθάγχη	17 (9,8)	Δυσλιπιδαιμία	87 (50)
STEMI	81 (46,6)	Stress	108 (62,1)
non STEMI	51 (29,3)	Κάπνισμα	105 (60,3)
<b>Συνυπάρχουσα νόσος</b>		Παχυσαρκία	26 (14,9)
Καμία	92 (52,9)	<b>Φαρμακευτική αγωγή</b>	
Αρρυθμίες	1 (0,6)	Καμία	53 (30,5)
Βαλβιδοπάθεια	4 (2,3)	1 ημερησίως	36 (20,7)
Θυροειδοπάθεια	11 (6,3)	2 ημερησίως	30 (17,2)
Χρόνια νεφρική νόσος	10 (5,7)	<2 ημερησίως	50 (28,7)
Παθήσεις πεπτικού	4 (2,3)		
Περιφερικές αγγειοπάθειες	3 (1,7)		
Καρκίνος-θηλώματα	7 (4)		
Στεφανιαία Νόσος	17 (9,8)		
ΧΑΠ	6 (3,4)		

**Πίνακας 3.** Εκτίμηση των ασθενών του δείγματος σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες της κλίμακας HADS (Άγχος και Κατάθλιψη) των ασθενών του δείγματος.

<b>HADS -Anxiety Άγχος</b> Τιμές: 0-16 mean= 5,79 (SD+4,29)		<b>HADS-Depression Κατάθλιψη</b> Τιμές: 0-18 mean=6,13 (SD+3,89)	
Κατηγορίες	N (%)	Κατηγορίες	N (%)
I	116 (66,7)	I	104 (59,8)
II	29 (16,7)	II	47 (27)
III	27 (15,5)	III	21 (12,1)

**Εικόνα 1.** Εκτίμηση της διάμεσης τιμή της κλίμακας Beliefs and Values scale.

μακα του Άγχους (HADS Anxiety). Όσο μικρότερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα Άγχους ( $r_{ho}=-0,254$ ,  $p=0,001$ ) (πίνακας 4).

Κατά τη συσχέτιση της Κατάθλιψης (HADS Depression) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης, σε σχέση με αυτούς που είναι παντρεμένοι ( $r_{ho}=0,195$ ,  $p=0,010$ ) (πίνακας 4). Αρνητικά βρέθηκε να συσχετίζεται η ηλικία με την κλίμακα της Κατάθλιψης (HADS Depression). Όσο μικρότερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα Κατάθλιψης ( $r_{ho}=-0,222$ ,  $p=0,003$ ) (πίνακας 4).

**Πίνακας 4.** Συσχέτιση των υποκλιμάκων HADS και "Beliefs and Values Scale" μεταξύ τους καθώς και με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικά ασθενών	Spearman's rho	Total Beliefs Values Scale	HADS Anxiety (Άγχος)	HASDS Depression (Κατάθλιψη)
<b>Total Beliefs Values Scale</b>	rho	1,000	-0,076	-0,124
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	.	0,320	0,105
	N	172	172	172
<b>HADS Anxiety (Άγχος)</b>	rho	-0,076	1,00	0,707**
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,320		0,001
	N	172	172	172
<b>HADS Depression (Κατάθλιψη)</b>	rho	-0,124	0,707**	1,00
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,105	0,000	
	N	172	172	172
<b>Φύλο</b>	rho	0,238**	-0,108	-0,108
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,160	0,157
	N	172	172	172
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	rho	-0,146	0,201**	0,195**
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,056	0,008	0,010
	N	172	172	172
<b>Θρησκευτικές πεποιθήσεις</b>	rho	0,263**	-0,032	
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,679	
	N	172	172	172
<b>Ηλικιακές ομάδες</b>	rho	0,181*	-0,254**	-0,026
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,017	0,001	0,736
	N	172	172	172
<b>Σακχαρώδης Διαβήτης</b>	rho	0,160*	-0,057	
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,036	0,455	
	N	172	172	
<b>Κάπνισμα</b>	rho	0,013	0,295**	0,174**
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,867	0,000	0,023
	N	172	172	172



Πίνακας 4. Συνέχεια.

Χαρακτηριστικά ασθενών	Spearman's rho	Total Beliefs Values Scale	HADS Anxiety (Άγχος)	HASDS Depression (Κατάθλιψη)
<b>Stress</b>	rho	0,076	0,312**	0,283**
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,319	0,000	0,000
	N	172	172	172
<b>Φαρμακευτική αγωγή</b>	rho	0,174*	-0,197**	-0,167**
	Correlation Coefficient			
	Sig. (2-tailed)	0,023	0,010	0,030
	N	169	169	169

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

Η συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με στεφανιαία νόσο έδειξε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και την κλίμακα «Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών» (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που έχουν και ΣΔ έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ΣΔ ( $\rho=0,160$ ,  $p=0,036$ ) (πίνακας 4). Βρέθηκε επίσης θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση της φαρμακευτικής αγωγής με την κλίμακα "Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών" (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο περισσότερα φάρμακα λαμβάνουν οι ασθενείς καθημερινά τόσο υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών έχουν ( $\rho=0,174$ ,  $p=0,023$ ) (πίνακας 4).

Θετικά βρέθηκε να συσχετίζεται το κάπνισμα και το stress με την κλίμακα του Άγχους και της Κατάθλιψης (HADS Anxiety-Depression). Όσοι καπνίζουν φαίνεται να έχουν αυξημένα τα επίπεδα Άγχους ( $\rho=-0,295$ ,  $p<0,001$ ) και υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης ( $\rho=0,174$ ,  $p<0,001$ ) και επίσης όσοι αναφέρουν ότι βιώνουν stress έχουν υψηλότερα επίπεδα Άγχους ( $\rho=-0,312$ ,  $p<0,001$ ) και υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης ( $\rho=-0,238$ ,  $p<0,001$ ) (πίνακας 4). Βρέθηκε επίσης να υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση της φαρμακευτικής αγωγής με το Άγχος και την Κατάθλιψη (HADS). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο περισσότερα φάρμακα λάμβαναν οι ασθενείς καθημερινά τόσο χαμηλότερα επίπεδα Άγχους ( $\rho=-0,197$ ,  $p=0,010$ ) και Κατάθλιψης ( $\rho=-0,167$ ,  $p=0,030$ ) ανέφεραν ότι βιώνουν, χωρίς κάποιο από αυτά να είναι αντικαταθλιπτικό (πίνακας 4).

Τέλος πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος μεταξύ των κλιμάκων HADS με όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs and Values Scale των ασθενών με στεφανιαία νόσο και βρέθηκε να υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα HADS Κατάθλιψη και την ερώτηση «Πιστεύω ότι η ανθρώπινη σωματική επαφή μπορεί να αποτελέσει μια πνευματική εμπειρία» της κλίμακας Beliefs and Values Scale. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που συμφωνούν με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση ( $\rho=-0,195$ ,  $p=0,010$ ) (πίνακας 5). Επίσης βρέθηκε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα HADS Άγχος και Κατάθλιψη και την ερώτηση «Τουλάχιστον μία φορά στη ζωή μου είχα μια έντονη πνευματική εμπειρία» της κλίμακας Beliefs and Values Scale. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που συμφωνούν με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση (Άγχος  $\rho=-0,219$ ,  $p=0,004$ , Κατάθλιψη  $\rho=-0,184$ ,  $p=0,016$ ) (πίνακας 5). Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι στην ερευνητήρια αναφέρθηκαν δύο επιθανάτιες εμπειρίες. Η μία από ασθενή, άνδρα, 68 ετών, που ανέφερε ότι «κατά τη διάρκεια (παρ' όλιγον) πνιγμού σε πισίνα είδε μία πνευματική παρουσία να τον τραβάει μέσα από το νερό» και η δεύτερη από ασθενή, άνδρα, 57 ετών, που ανέφερε πως «κατά τη διάρκεια της ανακοπής του στη μονάδα, έβλεπε τον εαυτό του να φεύγει από το σώμα του και να βρίσκεται σε ένα φωτεινό, ήρεμο περιβάλλον, με τον εαυτό του να νιώθει γαλήνη».

Πίνακας 5. Συσχετίσεων των υποκλιμάκων HADS με τις ερωτήσεις της κλίμακας "Beliefs and Values Scale".

Beliefs and Values Scale	Spearman's rho	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
Είμαι ένα πνευματικό άτομο	Correlation Coefficient	-0,076	-0,107
	Sig. (2-tailed)	0,322	0,162
	N	172	172
Πιστεύω ότι το πνεύμα μου ή η ψυχή μου θα διασωθούν μετά τον θάνατο μου	Correlation Coefficient	0,034	-0,019
	Sig. (2-tailed)	0,661	0,802
	N	172	172
Πιστεύω σε έναν προσωπικό Θεό	Correlation Coefficient	0,063	-0,034
	Sig. (2-tailed)	0,410	0,660
	N	172	172
Πιστεύω ότι ο εσωτερικός στοχασμός/αναζήτηση έχει αξία	Correlation Coefficient	0,048	-0,038
	Sig. (2-tailed)	0,533	0,618
	N	172	172
Πιστεύω ότι ο Θεός είναι πανταχού παρών	Correlation Coefficient	0,113	0,015
	Sig. (2-tailed)	0,140	0,842
	N	172	172
Πιστεύω ότι αυτό που θα συμβεί μετά τον θάνατό μου είναι καθορισμένο από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου	Correlation Coefficient	0,019	-0,122
	Sig. (2-tailed)	0,808	0,109
	N	172	172
Πιστεύω ότι υπάρχουν δυνάμεις του κακού το Σύμπαν	Correlation Coefficient	0,011	0,080
	Sig. (2-tailed)	0,889	0,295
	N	172	172
Αν και δεν μπορώ πάντα να καταλάβω αυτά που συμβαίνουν, πιστεύω ότι όλα γίνονται για κάποιον λόγο	Correlation Coefficient	0,129	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,091	0,491
	N	172	172
Πιστεύω ότι η ανθρώπινη σωματική επαφή μπορεί να αποτελέσει μια πνευματική εμπειρία	Correlation Coefficient	-0,129	-0,195*
	Sig. (2-tailed)	0,091	0,010
	N	172	172
Αισθάνομαι ένα με τον κόσμο πολύ περισσότερο όταν βρίσκομαι μέσα στη φύση	Correlation Coefficient	-0,098	-0,139
	Sig. (2-tailed)	0,202	0,069
	N	172	172

Συνεχίζεται

Πίνακας 5. Συνέχεια.

Beliefs and Values Scale	Spearman's rho	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
<b>Πιστεύω στη μετά θάνατο ζωή</b>	Correlation Coefficient	0,009	-0,120
	Sig. (2-tailed)	0,907	0,118
	N	172	172
<b>Είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο</b>	Correlation Coefficient	0,091	0,081
	Sig. (2-tailed)	0,237	0,294
	N	172	172
<b>Οι θρησκευτικές τελετές είναι σημαντικές για εμένα</b>	Correlation Coefficient	-0,010	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,900	0,747
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι η ζωή μου είναι προσχεδιασμένη για μένα</b>	Correlation Coefficient	0,039	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,613	0,489
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι ο Θεός αποτελεί δύναμη ζωής</b>	Correlation Coefficient	0,073	-0,027
	Sig. (2-tailed)	0,342	0,729
	N	172	172
<b>Τουλάχιστον μία φορά στη ζωή μου είχα μία έντονη πνευματική εμπειρία</b>	Correlation Coefficient	-0,219**	-0,184*
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,016
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι υπάρχει παράδεισος</b>	Correlation Coefficient	0,065	-0,026
	Sig. (2-tailed)	0,396	0,732
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι το ανθρώπινο πνεύμα είναι αθάνατο</b>	Correlation Coefficient	-0,008	-0,100
	Sig. (2-tailed)	0,912	0,194
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι η προσευχή έχει αξία</b>	Correlation Coefficient	0,042	-0,001
	Sig. (2-tailed)	0,581	0,986
	N	172	172
<b>Πιστεύω ότι υπάρχει Θεός</b>	Correlation Coefficient	0,080	-0,013
	Sig. (2-tailed)	0,296	0,868
	N	172	172

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

## Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τη θρησκευτική πίστη και πνευματικότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καθώς και την επίδραση αυτών στο άγχος ή/και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία, η κλίμακα "Beliefs and Values Scale"

για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό με σκοπό τη ποσοτική αποτίμηση της θρησκευτικότητας και παράλληλα την προσπέλαση διαφορετικών πτυχών του θρησκευτικού βιώματος και η ευρέως διαδεδομένη κλίμακα HADS (Hospital Anxiety – Depression Scale) για την ποσοτική αποτίμηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε στεφανιαίους ασθενείς. Αναφορικά με την πρώτη κλίμακα,

αν και δεν υπήρχε σταθμισμένη ελληνική έκδοσή του, θετική εξέλιξη ήταν ότι, μετά τη διαπολιτισμική προσαρμογή του, είχε υψηλό συντελεστή εσωτερικής συνοχής. Η υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου επιβεβαιώνει την αρχική εκτίμηση των κατασκευαστών πως η εν λόγω κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.<sup>17</sup>

Από τα περιγραφικά δεδομένα της παρούσας έρευνας φαίνεται πως παρόλο που οι συμμετέχοντες δήλωναν στην πλειονότητά τους ότι πιστεύουν στον Θεό και συμπεριλαμβάνουν την Ορθόδοξη Παράδοση στα συστατικά στοιχεία της προσωπικής τους ταυτότητας (81% αυτοπροσδιορίζονται ως Χριστιανοί Ορθόδοξοι), τα επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητάς τους, όπως αυτά μετρήθηκαν με την Beliefs and Values Scale δεν ήταν υψηλά. Αν και το εύρημα αυτό πρέπει να εκτιμηθεί με ιδιαίτερη προσοχή, ειδικά αφού το ερευνητικό εργαλείο δημιουργήθηκε σε διαφορετικό κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, ωστόσο φαίνεται να συνάδει με τα ευρήματα κι άλλων ερευνών τα τελευταία χρόνια, που καταγράφουν σχετική αποδυνάμωση των επιπέδων θρησκευτικότητας στην Ελλάδα.<sup>22</sup>

Ωστόσο, και στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκαν οι τάσεις θρησκευτικότητας που καταγράφονται σε πλήθος άλλων μελετών, διαχρονικά και υπερπολιτισμικά, που δείχνουν να είναι πιο δυναμικές στις γυναίκες και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.<sup>23</sup> Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, υψηλότερα ποσοστά ανθρώπων που δηλώνουν ότι πιστεύουν στον Θεό στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ25) έχουν οι γυναίκες και οι άνθρωποι που υπερβαίνουν τα 50 έτη.<sup>24</sup> Αντιστοίχως, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με τους άνδρες, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται, τόσο αυξάνονται τα επίπεδα «Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών». Αναφορικά με την αυξημένη θρησκευτικότητα των γυναικών, αν και έχει παρατηρηθεί σε πολλές έρευνες, σε πολλές θρησκείες και επί πολλές δεκαετίες, δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο το γιατί συμβαίνει κάτι τέτοιο, αν και αναγνωρίζεται ως μία πολυπαραγοντική διεργασία. Η ανάλυση του Κέντρου Ερευνών Pew (Pew Research Center) επιχειρεί την ερμηνεία σε δύο άξονες: (α) Με βάση τον βιολογικό παράγοντα, οι άνδρες έχουν έμφυτη τάση να αναλαμβάνουν ρίσκα, σε αντίθεση με τις γυναίκες που τα αποφεύγουν. Η τάση αυτή των γυναικών τις στρέφει προς τη θρησκεία, η οποία προσφέρει ένα σταθερό πλαίσιο αναφοράς και κοινωνικής ένταξης. (β) Με βάση τις διαφορές στην κοινωνική ταυτότητα και τον κοινωνικό ρόλο ανάμεσα στα δύο φύλα, φαίνεται πως οι γυναίκες

βιώνουν πιο έντονα κάποιες παραδοσιακές αξίες. Το γεγονός μάλιστα, ότι οι Χριστιανοί παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις αναφορικά με το φύλο σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, θέτει ισχυρή ένδειξη ότι η θρησκευτικότητα δεν επηρεάζεται μόνο από τα διδάγματα της θρησκείας, αλλά αντανακλά, επίσης, εθνικές συνήθειες ή ήθη. Σε κοινωνίες που η γυναίκα μετέχει λιγότερο στον εργασιακό χώρο και βρίσκεται περισσότερο στο σπίτι, αναλαμβάνοντας τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων, φαίνεται πως η υψηλότερη θρησκευτικότητα συσχετίζεται με το γυναικείο φύλο.<sup>25</sup>

Αναφορικά με την αύξηση της θρησκευτικότητας στη γεροντική ηλικία, το φαινόμενο συνήθως ερμηνεύεται με βάση τις ηλικιακές αλλαγές που οφείλονται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι ενδείξεις φυσικής παρακμής και η αναπόφευκτη και κοντινότερη προοπτική του θανάτου ενδεχομένως ενεργοποιούν μεταφυσικές ανησυχίες ή αγωνία σχετική με την πρόωγη θνητότητα. Η πίστη και η ενασχόληση με τις θρησκευτικές πρακτικές προσφέρουν διαχρονικές απαντήσεις σε τέτοια ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης και της προοπτικής για τη μετά θάνατο ζωή. Η αναπτυξιακή ωρίμανση και οι νέες κοινωνικές συνθήκες στην τρίτη ηλικία (περισσότερος ελεύθερος χρόνος, λιγότερο απαιτητικές οικογενειακές υποχρεώσεις) μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερη ευκαιρία, και ώθηση για συμμετοχή στη θρησκευτική ζωή ή αναζήτηση πιο εντατικών πνευματικών εμπειριών. Ακόμα, η θρησκευτική αναζήτηση μπορεί να είναι συνάφεια μίας γενικότερης τάσης των μεγαλύτερων ηλικιών προς τις συντηρητικές ιδέες, αντιλήψεις, αξίες και πρακτικές.<sup>26</sup> Βεβαίως, και στην παρούσα έρευνα το δεδομένο που δείχνει μεγαλύτερη θρησκευτικότητα σε μεγάλη ηλικία προέρχεται από τη σύγκριση διαφορετικών ηλικιακών ομάδων την ίδια χρονική στιγμή. Επομένως, η διαφαινόμενη διαφορά μπορεί να μην είναι συνέπεια της ηλικίας, αλλά της διαφορετικής γενιάς. Ειδικότερα στην Ελλάδα, στις παλαιότερες γενιές, ανεξαρτήτως ηλικίας, η θρησκευτική πίστη ήταν πιο έντονη.<sup>23</sup>

Στη μελέτη μας βρέθηκε πως οι ασθενείς που είχαν γνωστό ΣΔ είχαν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών/πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν πως δεν είχαν. Αυτό αποτελεί ένα κοινό εύρημα κι άλλων ερευνών, όπου έχει κατά καιρούς διατυπωθεί ότι η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα μπορεί να είναι μία εσωτερική πηγή ελπίδας και δύναμης για τα άτομα που αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα και τα χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο ΣΔ.<sup>27</sup> Η διάγνωση της χρόνιας ή της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ή κάποιας επιπλοκής της μπορεί να οδηγήσει σε πνευματικές αναζη-

τήσεις τους ασθενείς.<sup>28</sup> Στην παρούσα μελέτη, ο ΣΔ μπορεί να θεωρηθεί ως συννοσηρότητα για τους συμμετέχοντες στο δείγμα. Η θεώρηση αυτή επιβεβαιώνεται περαιτέρω από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης πολλών φαρμάκων –ως επί συννοσηροτήτων– με τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών και πνευματικών αξιών. Υπό αυτό το πρίσμα, η ενισχυμένη θρησκευτικότητα/πνευματικότητα επί συννοσηροτήτων βρίσκεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες που θέλουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας να στρέφονται στη θρησκεία και την εσωτερική πνευματική αναζήτηση, ώστε να υποστηριχθούν. Σε μελέτη στην Αυστραλία βρέθηκε πως η πνευματικότητα και η συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες διαδραματίζουν ευεργετικό ρόλο στην προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και μπορεί να διευκολύνουν τα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα την παρουσία πολλαπλών νόσων στη ζωή τους.<sup>29</sup>

Σχετικά με τα επίπεδα νοσοκομειακού άγχους ή κατάθλιψης των ασθενών με στεφανιαία νόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως αυτά δεν είναι υψηλά στην πλειονότητα των νοσηλευομένων. Κάτι παρόμοιο βρέθηκε σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αττικής<sup>17</sup> και οι συγγραφείς το απέδωσαν στο ότι οι νοσοκομειακοί ασθενείς αισθάνονται ασφαλείς λόγω της συνεχούς παρουσίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμα, σε μία πιο πρόσφατη μελέτη 121 καρδιολογικών ασθενών σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της περιφέρειας μετρήθηκαν ελαφρώς πιο υψηλές μέσες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της HADS,<sup>30</sup> ωστόσο κυμαίνονταν στα κατώτερα επίπεδα του μέτριου άγχους ή κατάθλιψης. Ιδιαίτερης σημασίας στοιχείο είναι το ότι στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς που συμμετείχαν στο δείγμα εκδήλωσαν STEMI σε ποσοστό 46,6% και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) σε ποσοστό 29,3%. Αυτοί οι ασθενείς κατά κανόνα υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική με σκοπό την έγκαιρη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ισχαιμίας με τοποθέτηση ενδοαυλικών stents. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως τα άτομα που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική δεν βιώνουν τη νόσο ως απειλή. Οι Lauck et al 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 των συμπτωμάτων και της επιστροφής στις προηγούμενες δραστηριότητες.<sup>31</sup> Σύμφωνα με τους Campbell et al, περίπου το 38% αυτών των ασθενών πιστεύουν ότι έχουν θεραπευτεί και δεν

πάσχουν πλέον από στεφανιαία νόσο μετά από αγγειοπλαστική.<sup>32</sup>

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που φάνηκε πως συσχετιζονταν με στατιστικά σημαντική σχέση με το ενδονοσοκομειακό άγχος και την κατάθλιψη ξεχώρισαν η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με αυτούς που είναι παντρεμένοι. Κι άλλοι ερευνητές έχουν καταδείξει παρόμοια αποτελέσματα, δίνοντας την πιθανή ερμηνεία ότι ο έγγαμος βίος συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την προσωπική ζωή και υποστήριξη.<sup>33,34</sup> Επιπλέον, μεταξύ των αποτελεσμάτων της μελέτης φάνηκε ότι όσο μικρότερη ήταν η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονταν οι ασθενείς, τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης. Η νεαρή ηλικία έχει συσχετιστεί με υψηλότερη και διαρκή κατάθλιψη σε κάποιες μελέτες,<sup>35-37</sup> αλλά όχι σε άλλες.<sup>38,39</sup> Τα αίτια για κάτι τέτοιο είναι άγνωστα, ωστόσο φαίνεται να ακολουθούν τις αντιδράσεις του γενικού πληθυσμού ως προς την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.<sup>40</sup>

Η θετική συσχέτιση του καπνίσματος με το άγχος και την κατάθλιψη, που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη είναι συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία. Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 37 σχετικών μελετών, οι 33 επιβεβαίωσαν τη σχέση καπνίσματος και άγχους/κατάθλιψης, ενώ οι τέσσερις δεν ανέφεραν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.<sup>41</sup> Στην ίδια ανασκόπηση αναφέρεται πως το κάπνισμα συνδέεται μάλλον με μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές παρά με βραχυχρόνιες, θέτοντας την υποψία πως και στην παρούσα έρευνα κάποιοι συμμετέχοντες είχαν συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης νωρίτερα από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, χωρίς να τα έχουν αναγνωρίσει ή να έχουν αναζητήσει υποστήριξη. Ωστόσο, αυτή η υπόθεση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ακόμα, με βάση τα αποτελέσματα που παρατέθηκαν, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πολυφαρμακίας και του άγχους ή/και της κατάθλιψης, με τους ασθενείς που ελάμβαναν περισσότερα φάρμακα να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Το σχετικό εύρημα φαίνεται πως δεν συνάδει με την υφιστάμενη βιβλιογραφία και μπορεί να εξηγηθεί πιθανώς με τις ακόλουθες παρατηρήσεις. Πρώτον, ο ασθενείς απαλλάσσονται από την υποχρέωση της τήρησης του πολύπλοκου θεραπευτικού τους σχήματος εντός του νοσοκομείου, αφού αυτό το έργο το αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές, κι επομένως αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ενδονοσοκομειακού άγχους ή/και κατάθλιψης.

Δεύτερον, συγχυτικοί παράγοντες, όπως η (μη) ρύθμιση της χρόνιας νόσου, η (μη) κατανόηση της σοβαρότητας της ασθένειας, η (μη) προηγούμενη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχουν εξαιρετική σημασία στην τροποποίηση του ατομικού κινδύνου για εκδήλωση άγχους ή/και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας στην κλίμακα "Beliefs and Values Scale" και των επιπέδων άγχους ή/και κατάθλιψης, όπως αξιολογήθηκαν από την κλίμακα HADS. Ωστόσο, οι ασθενείς που πίστευαν πως η ανθρώπινη επαφή μπορεί να αποτελέσει μία πνευματική εμπειρία και οι ασθενείς που ανέφεραν πως είχαν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία φαίνεται πως εκδήλωναν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους ή/και κατάθλιψης. Αναφορικά με την ανθρώπινη επαφή, αυτή μπορεί να εκληφθεί ως μία γενικότερη επικοινωνιακή διεργασία, που περιλαμβάνει τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου για τη διαχείριση των προβλημάτων του, την αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης του ανήκειν. Υπό αυτή την έννοια, οι άνθρωποι που πιστεύουν στην αξία της κοινωνικής υποστήριξης και την αναζητούν μπορεί να εκδηλώνουν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Πράγματι, στην έρευνα των Buchholz et al σε δείγμα 3.432 ασθενών που εμφάνισαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διαπιστώθηκε ότι ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη ανέφεραν χαμηλή λειτουργικότητα και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη και 12 μήνες μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε σχέση με αυτούς που είχαν μέτρια ή υψηλή κοινωνική υποστήριξη.<sup>42</sup> Επίσης, στη μελέτη των Frasure-Smith et al σε δείγμα 887 ασθενών που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, βρέθηκε πως τα υψηλά επίπεδα υποστήριξης προς αυτούς φάνηκαν να βελτιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να προστατεύουν από την αρνητική έκβαση.<sup>43</sup> Επιπλέον, σε μελέτη των Hughes et al μεταξύ 228 νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από το ευρύτερο περιβάλλον σχετίζονταν με χαμηλά επίπεδα μόνιμου ή παροδικού άγχους, ενώ η παρεχόμενη υποστήριξη από θρησκευτικούς κύκλους ειδικά, σχετιζόταν σημαντικά με τη μείωση του μόνιμου άγχους και μέτρια με το παροδικό άγχος.<sup>44</sup>

Αναφορικά με τη σχέση έντονων πνευματικών εμπειριών και ειδικά των επιθανάτιων εμπειριών που αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη με το άγχος και την κατάθλιψη

των ασθενών, τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν λιγότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Κάτι τέτοιο συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων μελετών, που αναφέρουν πως ασθενείς με επιθανάτιες εμπειρίες εκδηλώνουν χαμηλότερο άγχος και φοβικό άγχος<sup>45</sup> μετά την εμπειρία τους. Κάτι τέτοιο πιθανώς οφείλεται στο ότι δίνεται στα άτομα αυτά η εντύπωση ή ακόμα και η απόδειξη πως η συνείδησή τους (ή το πνεύμα τους) είναι κάτι διαφορετικό από το σώμα τους και συνεπώς δεν πεθαίνουν μαζί, αλλά μπορεί να επιβιώσει μετά τον θάνατο. Η προοπτική της μεταφυσικής πορείας συνδέεται με λιγότερο άγχος για τον θάνατο και λιγότερο φόβο για τη χρόνια νόσο και τις επιπλοκές της.<sup>45</sup>

### Περιορισμοί

Η μελέτη είχε συγχρονικό σχεδιασμό, ο οποίος δεν προσφέρει εικόνα σχετικά με την εξέλιξη αφενός της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των στεφανιαίων ασθενών και αφετέρου του άγχους και της κατάθλιψής τους σε βάθος χρόνου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας, δηλαδή σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας κι ήταν άμεσα προσβάσιμοι στην ερευνητική ομάδα. Το δείγμα ήταν μικρό (172 ασθενείς), αν και θεωρήθηκε επαρκές για τη διασφάλιση της στατιστικής ισχύος των αποτελεσμάτων. Γι' αυτούς τους λόγους η γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο των στεφανιαίων ασθενών δεν είναι δυνατή. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (διάγνωση, συννοσηρότητες) δεν είναι ισοσκελώς καταμεμημένα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γι' αυτό και πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι που περιορίζουν την αποδοχή των αποτελεσμάτων μόνο στο συγκεκριμένο δείγμα. Επιπρόσθετα, η συλλογή των δεδομένων έγινε στο νοσοκομειακό περιβάλλον, κατά το τέλος της νοσηλείας τους, λίγο πριν λάβουν εξιτήριο και έτσι υπήρχαν κάποιες εξωτερικές μεταβλητές, όπως θόρυβος, διακοπές από άλλους, η ανακούφιση της θετικής έκβασης, οι οποίες ενδέχεται να άσκησαν κάποιου είδους επιρροή στις απαντήσεις που δόθηκαν. Αδυναμία της παρούσας μελέτης εκτιμάται πως είναι η μη καταγραφή πληροφοριών για το αν η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου έγινε για πρώτη φορά στην παρούσα νοσηλεία τους, αν είχαν εκδηλώσει ξανά στεφανιαίο επεισόδιο, ακόμα και για το πόσο υποστηρικτικό είναι το περιβάλλον τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους. Αυτοί οι παράγοντες, ενδεχομένως, είναι συγχυτικοί και δυσκολεύουν την ερμηνεία των συσχετίσεων ή την απουσία αυτών.

## Συμπεράσματα

Κάποια από τα ευρήματα της μελέτης είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, όπως: (α) οι τάσεις θρησκευτικότητας είναι πιο δυναμικές σε γυναίκες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, (β) οι ασθενείς με ΣΔ έχουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών/πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν ανέφεραν προηγούμενο ιστορικό, είτε ο ΣΔ υποδηλώνει τη μακρύτερη πορεία με χρόνια νόσο είτε τη συννοσηρότητα, (γ) το ενδονοσοκομειακό άγχος είναι μικρότερο σε έγγαμους και μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, (δ) το ενδονοσοκομειακό άγχος και κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο σε καπνιστές και όσους αναφέρουν πως βιώνουν καθημερινά στρες, (ε) οι ασθενείς που πίστευαν στην αξία της ανθρώπινης επαφής βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και (στ) οι ασθενείς που είχαν βιώσει στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία, όπως επιθανάτια εμπειρία βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Αντίθετο προς τα συνήθη ευρήματα της βιβλιογραφίας ήταν ότι η πολυφαρμακία συνδεόταν με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευομένων στεφανιαίων ασθενών, αποτέλεσμα που εκτιμήθηκε με επιφύλαξη και αποδόθηκε σε συγχυτικούς παράγοντες, που δεν διερευνήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη (Beliefs and Values Scale & HADS) φαίνεται να ανιχνεύουν

αποτελεσματικά τις μεταβλητές που μετρούν. Το πρώτο μετρά εσωτερικότερες πτυχές του θρησκευτικού βιώματος και της πνευματικότητας, χωρίς να αποτιμά τη θρησκευτική πίστη και την εκκλησιαστικότητα. Η HADS αξιολογεί αποτελεσματικά το νοσοκομειακό άγχος ή/και την κατάθλιψη των στεφανιαίων ασθενών, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ειδικούς, προκειμένου να ανιχνευθούν έγκαιρα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, που συνήθως δεν γίνονται αντιληπτά στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

## Κατευθύνσεις για την καθημερινή πρακτική

Η θρησκευτικότητα αποτελεί σημαντική πτυχή της ζωής των στεφανιαίων ασθενών και γενικά συνδέεται με την ψυχική τους υγεία. Οι θρησκευτικές/πνευματικές ανάγκες των ασθενών είναι χρήσιμο να αξιολογούνται, να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κι εν γένει να ικανοποιούνται στο μέτρο του δυνατού. Σε αυτό το πλαίσιο, οι κλινικοί θα ήταν χρήσιμο να είναι ενήμεροι για τις βασικές αρχές της θρησκείας των θρησκευομένων ασθενών, χωρίς να υπεισέρχονται σε ειδικές λεπτομέρειες. Αντίθετα, αν η προσέγγισή τους χαρακτηρίζεται από ευρύτητα πνεύματος και προθυμία κατανόησης, θα υποστηρίξουν τους ασθενείς να εκφράσουν τις ουσιαστικές τους ανάγκες και τις αγωνίες, να αναζητήσουν θεραπεία και να συμμορφωθούν σε αυτή και να εκδηλώσουν ενδεχομένως μικρότερο παροδικό ή διαρκές άγχος και κατάθλιψη.

## ABSTRACT

### The Effect of Religiosity of Patients with Coronary Artery Disease on In-Hospital Anxiety and Depression

Maria Gkoudinouidi,<sup>1</sup> Vassiliki Karra,<sup>2</sup> Theodoros Xanthos,<sup>3</sup> Konstantinos Ekmektzoglou,<sup>4</sup> Anna Korompeli,<sup>5</sup> Evangelia Kouskouni<sup>6</sup>

<sup>1</sup>RN, MSc, Cardiological Unit, Sismanogleio General Hospital, Athens,

<sup>2</sup>PhD, MSc, MHCM, Director of Surgical Nursing Services, Sismanogleio General Hospital, Athens, Athens, Greece,

<sup>3</sup>MD, MSc, PhD, FAcadMed, FHEA, FCP, FESC, FERC, Professor Physiology & Pathophysiology, European University Cyprus,

<sup>4</sup>MD, PhD, School of Medicine, European University Cyprus, Cyprus,

<sup>5</sup>RN, MSc, PhD, Clinical Instructor, University ICU, Ag. Anargyroi General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens,

<sup>6</sup>Professor of Pathology, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

**Introduction:** Religious faith and spirituality often seem to affect physical and psychological functioning of patients with chronic diseases. **Objective:** To investigate the relationship between religiosity/spirituality of coronary patients with anxiety and depression that they may experience during their hospitalization. **Methods:** A cross-sectional study was conducted involving 172 patients {n=23 (13.4%) female and n=149 (86.6%) male} with coronary artery disease, who were hospitalized in a general hospital of Attica region with an acute coronary syndrome diagnosis. HADS scale was used for the investigation of hospital anxiety and depression and the Belief and Values Scale was used to evaluate the patients' religious faith and spirituality. **Results:** Moderate levels of religiosity/spirituality and no to moderate levels of anxiety and depression were found in coronary patients. No statistically significant correlations were found between the

HADS subscales and the Beliefs and Values Scale ( $p > 0.001$ ), although individuals who have experienced strong spiritual experiences experienced less anxiety and depression in hospital. There were found statistically significant correlations ( $p < 0.001$ ) with gender, religious beliefs, patients' age with Belief and Values Scale. There were also statistically significant correlations ( $p < 0.001$ ) of HADS subscales with family status, age, smoking habits, stress and medication. **Conclusion:** Highly religious coronary patients are less likely to experience anxiety and depression during hospitalization, though confounders seem to interfere and make it difficult to interpret this relationship. Further research is required in order to explore the impact of religiosity on psychological distress of hospitalized coronary patients.

**Key-words:** *Religiosity, spirituality, coronary disease, anxiety, depression, hospital.*

✉ **Corresponding Author:** Maria Gkoudinou, 1 Sismanogliou street, GR-151 26 Marousi, Greece, Tel: (+30) 6972-262 215, e-mail: mariagoudis@yahoo.gr

## Βιβλιογραφία

1. Κιούλος Κ. Αλληλεπίδραση της θρησκευτικότητας με παραμέτρους ψυχικής υγείας. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2014, Αθήνα. Διαθέσιμη στη <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/39129>. Τελευταία πρόσβαση στις 23/8/2018
2. Μπέγζος Μ. Εισαγωγή στη θρησκαιολογία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2006
3. Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα Εγκυκλοπαίδεια (1996). Τόμος 49, Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, Αθήνα, 2006
4. Meador KG, Koenig HG, Hughes DC, Blazer DG, Turnball J, George LK. Religious affiliation and major depression. *Hospit Commun Psychiatry* 1992, 43:1204–1208
5. Koenig HG, McCulloch M, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, Oxford, England, 2001
6. Aukst-Margetic B, Margetic B. Religiosity and Health Outcomes: a Review of Literature. *Colleg Antropologic* 2005, 29:365–371
7. Ellison CG, George LK. Religious involvement, social ties, and social support in a south-eastern community. *J Sci Study Relig* 1994, 33:46–61
8. Fontana D. *Ψυχολογία-θρησκεία-πνευματικότητα*. Εκδόσεις Σαββάλα, Αθήνα, 2003
9. McLean CD, Susi B, Phifer N, Schulz L, Franco M. Patient preference for physician and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 2003, 18:38–43
10. Newberg AB, Lee BY. The relationship between religion and health. In: McNamara P (ed) *Where God and Science meet? The Psychology of religious experience*, Praeger Publications, London, 2006
11. Weber S, Pargament K. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2014, 27:358–363
12. Ironson G, Solomon GF, Balbin EG, O' Cleirigh C, George A, Kumar M et al. The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Ann Behav Med* 2002, 24:34–48
13. Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Therap Hlth Med* 2002, 8:64–73
14. Fitchett G, Rybarczyk BD, deMarco GA, Nicholas JJ. The role of religion in medical rehabilitation outcomes: a longitudinal study. *Rehabil Psychol* 1999, 44:333–353
15. Ginting H, Naring G, Kwankkebon L, Becker E. Spirituality and negative emotions in individuals with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 2015, 30:537–545
16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Research Method* 2007, 39:175–191
17. King M, Jones L, Barnes K, Low J, Walker C, Wilkinson S et al. Measuring spiritual belief: development and standardization of a Beliefs and Values Scale. *Psycholog Med* 2006, 36:417–425
18. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scandinav* 1983, 67:361–370
19. Μιχόπουλος Ι, Καλκαβούρα Χ, Μιχαλοπούλου Π, Φινέτη Κ, Καλέμη Γ, Ψαρρά ΜΛ και συν. Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 2007, 18:217–224
20. Πολυκανδριώτη Μ, Γουδέβενος Ι, Μιχάλης Λ, Πατσιλινάκος Σ, Νικολάου Β, Όλυμπος Χ και συν. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2012, 29:33–43
21. Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Qualitat Life Research* 1994, 3:7–12
22. Ινστιτούτο Πολιτικής Κοινωνιολογίας. Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS). Πορίσματα έρευνας πεδίου 4ου Κύματος- Ελλάδα-Ευρώπη 2009. Μία πρώτη ανάγνωση, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2010. Διαθέσιμο στην



- [http://ekke.gr/announcements/ESS4\\_results.pdf](http://ekke.gr/announcements/ESS4_results.pdf). Τελευταία πρόσβαση 1/9/2018
23. Τσιρώνης Χ. Οι έρευνες για τη θρησκευτικότητα στη σύγχρονη Ελλάδα. Επιστημολογικά προλεγόμενα, 2012. Διαθέσιμο στη <http://ejournals.lib.auth.gr/culres/article/view/2715> Τελευταία πρόσβαση 8/6/2018
  24. Special Eurobarometer 225. Social Values, science and technology, 2010. Διαθέσιμο στη [https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S448\\_63\\_1\\_EBS225](https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S448_63_1_EBS225). Τελευταία πρόσβαση 2/9/2018
  25. Pew Research Center. The gender gap in religion around the world, 2016. Διαθέσιμο στη <http://www.pewforum.org/2016/03/22/the-gender-gap-in-religion-around-the-world/>. Τελευταία πρόσβαση στις 5/9/2018
  26. Saroglou V. Late adulthood and religiosity. In: Vassileiadis P (ed) *Great Orthodox Christian Encyclopedia*. Στρατηγικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2010:197–198
  27. Landis BJ. Uncertainty, spiritual well-being, and psychological adjustment to chronic illness. *Iss Ment Hlth Nurs* 1996, 17:217–231
  28. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KW, Oprandi AM et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004, 2:356–361
  29. Moxey A, McEvoy M, Bowe S, Attia J. Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Austr J Ag* 2011, 30:82–88
  30. Ροβίθης Μ, Επιτροπάκη Ε, Ρεσιδάκη Φ, Τσικαλά Σ, Ρίκος Ν. Άγχος και κατάθλιψη σε νοσηλευόμενους με στεφανιαία νόσο ή/και με συσκευή βηματοδότησης. *Νοσηλευτική* 2017, 56:138–148
  31. Lauck s, Johnson JL, Ratner PA. Self-care behavior and factors associated with patients outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009, 8:190–199
  32. Campbell M, Torrance C. Coronary angioplasty: impact on risk factors and patients understanding of the severity of their condition. *Austr J Advanc Nurs* 2005, 22:26–31
  33. Gulliksson M, Burell G, Lundin L, Toss H, Svardsudd K. Psychosocial factors during the first year after a coronary heart disease event in cases and referents. Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). *BMC Cardiovascular Disorders* 2007, 7:36
  34. Royans LM, Pressler SJ. Depressive symptoms and heart failure: examining the sociodemographic variables. *Clin Nurse Special* 2009, 23:138–144
  35. Dickens C, Percival C, McGowan L, Douglas J, Tomenson B, Cotter L et al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psycholog Med* 2004, 34:1083–1092
  36. Van Melle JP, deJonge P, Spijkerman TA. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004, 66:814–822
  37. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am College Cardiol* 2003, 42:1801–1807
  38. Versteeg H, Roest AM, Denollet J. Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: the role of personality. *Gen Hosp Psychiatry* 2015, 37:1–6
  39. Kang H, Stewart R, Bae ky, Kim SW, Shin IS, Hong YJ et al. Predictors of depressive disorders following acute coronary syndrome: results from K-DEPACS and EsDEPACS. *J Affect Disord* 2015, 181:1–8
  40. Norlund F, Lissaker C, Wallert J, Held C, Olsson EM. Factors associated with emotional distress in patients with myocardial infarction: results from the SWEDEHEART registry. *Eur J Prevent Cardiol* 2018, 25:910–920
  41. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafa MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicot Tobacco Rev* 2017, 19:3–13
  42. Bucholz E, Strait K, Dreyer R, Geda M, Spatz E, Bueno H et al. Effect of low perceived social support on health outcomes in young patients with acute myocardial infarction: results from the VIRGO Study. *J Am Heart Assoc* 2014, 3:e00125
  43. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M et al. Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000, 101:191–192
  44. Hughes J, Tomlinson A, Blumenthal J, Davidson J, Sketch M, Watkins L. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Med* 2004, 28:179–188
  45. Greyson B. Near-death experiences: clinical implications. *Arch Clin Psychiatry (Sao Paulo)* 2007, 34:49–57