



**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ/ Ή
ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΑΠΙΝΙΩΤΗ**

Υπεύθυνος

Καθηγητής : Ροβίθης Μιχαήλ , Καθηγητής Εφαρμογών

Φοιτήτριες : Ψωμά Γαρυφαλλιά

Τζεδάκη Αικατερίνη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επίκεντρο της νοσηλευτικής έρευνας είναι η συνεχής βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής προς όφελος των ασθενών, οικογενειών, κοινοτήτων, αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών.

Η νοσηλευτική έρευνα αποσκοπεί στην κατανόηση θεμελιωδών μηχανισμών που επηρεάζουν την ικανότητα ατόμων και οικογενειών να διατηρούν ή να προάγουν άριστη λειτουργία και να ελαχιστοποιούν τα αρνητικά αποτελέσματα της αρρώστιας.

Ταυτόχρονα, ενδιαφέρεται για τις εκβάσεις των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να εξασφαλίζει ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα. Ιδιαίτερο είναι το ενδιαφέρον που δείχνει στην παραγωγή γνώσης που αφορά πολιτικές και συστήματα που περιέχουν νοσηλευτική φροντίδα αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Επίσης, η νοσηλευτική έρευνα αποτελεί σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, που της παρέχει τα πιο πρόσφατα ευρήματα για σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Μπορεί να αποκαλύπτει αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες για διάφορες ομάδες πληθυσμού. Καθώς και να εξαλείφει νοσηλευτικές πράξεις που δεν είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη επιθυμητών εκβάσεων, αναγνωρίζοντας μεθόδους νοσηλευτικής φροντίδας που βελτιώνουν την κατάσταση υγείας και είναι αποτελεσματικές.

Η παρούσα νοσηλευτική έρευνα επικεντρώνεται στην ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο απινιδωτή, διερευνώντας την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική διάσταση).

Ευχαριστούμε,

τον καθηγητή μας, κ. **Ροβίθη Μιχαήλ**, για την επιστημονική και άοκνη καθοδήγησή του,

τον κ. **Μερκούρη Αναστάσιο**, καθηγητή & πρώην Προϊστάμενο του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου και

τον κ. **Αθανασάκη Εμμανουήλ**, νοσηλευτή του ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου),

για τη συνεργασία τους και την πολύτιμη βοήθειά τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον και το μεγάλο αριθμό των ερευνών για την ποιότητα ζωής, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για αυτήν. Οι περισσότεροι ορισμοί της ποιότητας ζωής εστιάζουν στην ικανοποίηση προσωπικών στόχων ή αναγκών και λαμβάνουν υπόψη τόσο τις υποκειμενικές εμπειρίες του ατόμου, όσο και τις εξωτερικές (αντικειμενικές) συνθήκες ζωής.

Διαφορές όμως δεν υπάρχουν μόνο μεταξύ των ερευνητών, αλλά και μεταξύ των επιστημών. Η κάθε επιστήμη βλέπει το ίδιο φαινόμενο από μία άλλη οπτική γωνία. Στην κοινωνιολογία η έννοια της ποιότητας της ζωής αναφέρεται περισσότερο στις εξωτερικές συνθήκες (αντικειμενική ποιότητα) και στην κοινωνικό- οικονομική κατάσταση, ενώ στην ψυχολογία αναφέρεται στην εξέλιξη και την ανάπτυξη του ανθρώπου. Στην ιατρική και τη νοσηλευτική επιστήμη το ενδιαφέρον εστιάζεται στην υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Στο χώρο της υγείας το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αξιολόγηση των περιοχών εκείνων που σχετίζονται περισσότερο με την ασθένεια ή τη θεραπεία, και γι' αυτό επικράτησε ο όρος «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (health – related quality of life, HRQL).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως «Η αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής που προσδιορίζεται από τη μειονεκτικότητα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από νόσο, τραυματισμό, θεραπεία ή την εφαρμογή κάποιας πολιτικής». Έχει επίσης οριστεί ως μία

γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενούς σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο βιώνει καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητα του στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα.

Πρέπει όμως να τονιστεί ιδιαίτερα το γεγονός, ότι η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται μόνο από την υγεία, αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η ικανοποίηση από την εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις κτλ. Η συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μέρος της ποιότητας ζωής, σχετίζεται με την κατάσταση υγείας και μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την καλύτερη φροντίδα υγείας.

Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχολογικά και κοινωνικά, λόγω της χρόνιας λήψης φαρμακευτικής αγωγής και των πολυάριθμων προβλημάτων της νόσου. Ο τρόπος ζωής των ασθενών αυτών, είτε περιπλέκεται περαιτέρω από την παρουσία του εμφυτευμένου καρδιακού απινιδωτή, είτε καλυτερεύει λόγω της ασφάλειας που προσφέρει, καταπολεμώντας τις απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών μεταβάλλεται και επηρεάζεται από την εμφύτευση της συσκευής. Ολόκληρη η κατάσταση ζωής του ασθενή αλλάζει μετά από την εμφύτευση, η οποία δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα, όπως ανησυχία και θυμό, επηρεάζοντας διάφορες διαστάσεις, όπως η πνευματική, η διανοητική, η φυσική, η συναισθηματική, η κοινωνικό- πολιτιστική.

Ο εμφυτεύσιμος καρδιακός απινιδωτής, παρά την ύπαρξη του ως μία συσκευή «αποταμίευσης ζωής», φέρει ψυχολογικές διαταραχές και κοινωνικούς περιορισμούς στους παραλήπτες.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο/ ή και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, σε ένα Δημόσιο Τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης έρευνας βασίστηκε σε περιγραφική μελέτη-συσχέτισης, για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων..

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του δείγματος η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας, η οποία σύμφωνα με τη μεθοδολογία έρευνας της Σαχίνη (1997), δεν διασφαλίζει στο κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού ότι θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Με την δειγματοληψία μη πιθανότητας τα αποτελέσματα μπορεί

να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, αλλά συνήθως τα στοιχεία δεν μπορούν να γενικευθούν για το σύνολο του πληθυσμού.

Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 120 ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής, του Δημόσιου Νοσοκομείου, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου. Επιλέχθηκαν 60 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και άλλοι 60 με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή. Το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων στην μελέτη, κυμαινόταν μεταξύ 28 έως 89 ετών, με τη μεγαλύτερη συχνότητα να εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 60 έως 75 ετών.

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων (MACNEW), όσο αφορά το φύλο προέκυψε ότι οι άνδρες ασθενείς εμφανίζουν χαμηλότερο δείκτη ποιότητα ζωής, από τις γυναίκες ασθενείς, με στεφανιαία νόσο και με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.

Όσο αφορά την ηλικία προέκυψε ότι οι ασθενείς, που έλαβαν μέρος στην έρευνα ηλικίας κάτω των 65 ετών, φέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Εισαγωγή	σελ.1
1.2 Ιστορική αναδρομή	σελ.1
1.3 Εννοιολογικός ορισμός	σελ.3
1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	σελ.4
1.5 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής	σελ.6
1.5.1 Εργαλεία Μέτρησης	σελ.9
1.5.2 Ερωτηματολόγιο MACNEW	σελ.10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

2.1 Εισαγωγή	σελ.11
2.2 Φυσιολογία της στεφανιαίας κυκλοφορίας.....	σελ.11
2.3 Παθοφυσιολογία αθηροσκλήρυνσης	σελ.12
2.4 Παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου.....	σελ.14
2.5 Μη αθηροσκληρυντικά αίτια καρδιακής ισχαιμίας.....	σελ.15
2.6 Ισχαιμία του μυοκαρδίου	σελ.16
2.7 Στηθάγχη	σελ.17
2.7.1 Διάγνωση Στηθάγχης	σελ.18
2.7.2 Θεραπεία Στηθάγχης	σελ.19
2.8 Έμφραγμα του μυοκαρδίου	σελ.20
2.9 Αρρυθμίες στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ

3.1 Εισαγωγή	σελ.22
3.2 Εμφυτεύσιμοι βηματοδότες καρδιάς	σελ.23
3.2.1 Είδη βηματοδοτών	σελ.23
3.3 Αυτόματοι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές	σελ.24
3.3.1 Είδη απινιδωτών.....	σελ.24
3.3.2 Αυτόματοι απινιδωτές	σελ. 25
3.3.3 Λειτουργία απινιδωτών	σελ.26
3.4 Μείωση θνητότητας	σελ.27
3.5 Θεραπεία με ICD	σελ.27
3.5.1 Ηλεκτροσόκ εκ των έσω για τους καρδιοπαθείς.....	σελ.28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

4.1 Εισαγωγή	σελ.29
4.2 Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο απινιδωτή	σελ.29
4.3 Ενδείξεις και οφέλη εισαγωγής καρδιακού απινιδωτή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.....	σελ.30
4.4 Ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή	σελ.31
4.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή	σελ.32
4.5.1 Ηλικία	σελ.33
4.5.2 Οικογένεια, Εργασία, Κοινωνικοοικονομικός τομέας	σελ.34
4.6 Ομάδες υποστήριξης και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας	σελ.35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΛΕΤΗ

5.1 Σκοπός έρευνας	σελ.37
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	σελ.37
5.3 Επιλογή είδους μελέτης- σχεδιασμός	σελ.37
5.4 Ερευνητικό πεδίο-χρόνος διεξαγωγής	σελ.38
5.5 Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος..	σελ.38
5.6 Επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας	σελ.38
5.7 Ερευνητικό εργαλείο	σελ.39
5.8 Δεοντολογία της έρευνας.....	σελ.40
5.9 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	σελ.42
5.10 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης - παρουσίασης αποτελεσμάτων	σελ.43
5.11 Περιορισμοί μελέτης	σελ.43
5.12 Αποτελέσματα	σελ.44
5.13 Συζήτηση	σελ.57
5.14 Συμπεράσματα μελέτης	σελ.60
5.15 Προτάσεις	σελ.60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Α1. Κάρτα Ασθενούς

Α2. Ερωτηματολόγιο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Στατιστικά Στοιχεία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Κατά τα τελευταία χρόνια, ο ανταγωνισμός, το ιλιγγιωδώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, απασχολούν τις κυβερνήσεις όλων των αναπτυγμένων κρατών (Μερκούρης 2003).

Η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη στο χώρο της υγείας είχε μεν ως συνέπεια την αύξηση του κόστους, αλλά ταυτόχρονα και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών και πολύπλοκων διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Είναι λοιπόν εύλογο να δημιουργούνται πολλά ερωτηματικά για την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας και την πραγματική επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή (Μερκούρης 2003).

1.2 Ιστορική ανάδρομη

Πότε όμως πρωτοεμφανίστηκε ο «όρος ποιότητα ζωής»; Τί σημαίνει; Πώς ορίζεται; Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα δεν είναι εύκολες και αυτό γιατί πολλοί όροι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά όπως η κατάσταση υγείας, η ευεξία, η ικανοποίηση ή η ευτυχία (Μερκούρης 2003).

Δεν υπάρχει βεβαιότητα για την προέλευση του όρου «ποιότητα ζωής». Ο Αριστοτέλης, ο μεγάλος φιλόσοφος στο σύγγραμμά του τα Ηθικά Νικομάχεια, 2300 χρόνια πριν από εμάς, είπε για την έννοια της ευδαιμονίας, την οποία την απέδιδε στον όρο ποιότητα ζωής. Τη θεωρούσε μία *«ανεμπόδιστη επιδίωξη και επίτευξη έργου για την οποία προορίζεται κάθε άνθρωπος»* και τη χαρακτήριζε ως *«το πιο άριστο, το πιο ωραίο και το πιο ευχάριστο αγαθό»* (Μερκούρης 2003).

Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής στο χώρο της υγείας άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του 1930, με την εμφάνιση κάποιων ταξινομήσεων ή εργαλείων μέτρησης για τη λειτουργικότητα των ασθενών όπως η ταξινόμηση New York Heart Association (NYHA) για την κατάταξη των καρδιολογικών ασθενών (Criteria Committee of the New York Heart Association 1939).

Ενώ το 1946, με τον ορισμό της υγείας από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως «Μία κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» έγινε μία έμμεση αναφορά στην ποιότητα ζωής (World Health Organization 1985)

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αρχικά φαίνεται να χρησιμοποιήθηκε τη δεκαετία του 1960 από οικονομολόγους όπως ο Ordway και ο Osbron. Η πρώτη όμως και σημαντική και τεκμηριωμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής θεωρείται ότι έγινε από τον Elkinton, ο οποίος το 1966 σε ένα άρθρο του αναφέρει, ότι η ποιότητα ζωής είναι:

«The harmony within the man and between a man and the world»

«Η εσωτερική αρμονία ενός ατόμου και η αρμονία μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του».

Λίγο αργότερα κατά τη δεκαετία του '70 και του '80, κάτι άρχισε να αλλάζει στη συμπεριφορά και στη στάση των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, λόγω της επίδρασης σημαντικών πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών (Guzman PM et al. 1988). Οι ασθενείς άρχισαν να ζητούν ολοένα και περισσότερη πληροφόρηση, να είναι περισσότερο απαιτητικοί και κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, και να θέλουν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων. (Vuori 1987).

Στις αρχές της επόμενης δεκαετίας, το 1991, η παγκόσμια οργάνωση υγείας επανήλθε με μία περισσότερο ξεκάθαρη και σαφή πλέον αναφορά στην ποιότητα ζωής μέσα από τη διατύπωση των στόχων του προγράμματος «υγεία για όλους»: «... Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά» (World Health Organization 1991).

1.3 Εννοιολογικός ορισμός

Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον και το μεγάλο αριθμό των ερευνών για την ποιότητα ζωής, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για αυτήν. Οι περισσότεροι ορισμοί της ποιότητας ζωής εστιάζουν στην ικανοποίηση προσωπικών στόχων ή αναγκών και λαμβάνουν υπόψη τόσο τις υποκειμενικές εμπειρίες του ατόμου, όσο και τις εξωτερικές (αντικειμενικές) συνθήκες ζωής (Μερκούρης 2003).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει ορίσει την ποιότητα ζωής ως «τις ατομικές αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή μέσα από το πρίσμα του πολιτισμικού πλαισίου όπου διαβιώνουν, και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα τους». Σύμφωνα πάντα με τον Π.Ο.Υ., η ποιότητα ζωής είναι μία ευρεία έννοια που ενσωματώνει με ένα πολύπλοκο τρόπο τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τα προσωπικά πιστεύω, καθώς και τη σχέση των ατόμων με βασικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος. Αυτή η προσέγγιση προσδίδει στην ποιότητα ζωής ένα πολυδιάστατο και υποκειμενικό χαρακτήρα που εξαρτάται από το πολιτισμικό, το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον (WHOQOL Group 1998).

Το 1982 ο Horquist όρισε την ποιότητα ως «*το βαθμό της ικανοποίησης των φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, υλικών και οργανικών αναγκών*». Ένας άλλος ορισμός που δόθηκε από τον Ferrans αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής είναι η αίσθηση ευεξίας του ατόμου, που πηγάζει από την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια σε τομείς της ζωής του, οι οποίοι είναι σημαντικοί για τον ίδιο ή την ίδια» (Ferrans 1990).

Σύμφωνα με τον Wenger (1989), η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει:

α) τη λειτουργική ικανότητα (την ικανότητα να φέρει εις πέρας τις καθημερινές δραστηριότητες, επίσης περιλαμβάνει τη φυσική, την ψυχολογική, τη διαπροσωπική, την οικογενειακή, την κοινωνική και τη νοητική λειτουργικότητα).

β) τις αντιλήψεις (προσωπική κρίση για την κατάσταση υγείας, την ευεξία και την ικανοποίηση, δηλαδή μία υποκειμενική εκτίμηση για την επίπτωση της ασθένειας και της θεραπείας στην καθημερινή ζωή και γι' αυτό έχει και μεγαλύτερη σημασία για την απόδοση στην εργασία σε σχέση με την πρώτη διάσταση)

γ) τα συμπτώματα π.χ. δύσπνοια, πόνος, ζαλάδες κ.τ.λ. (τα συμπτώματα επηρεάζονται και επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου). Οι προσδοκίες του κάθε ατόμου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υποκειμενική αντίληψη για την αντίληψη της νόσου.

Ο Farguhar (1995) πιστεύει ότι, η ποιότητα ζωής πρέπει να εκτιμηθεί σε σχέση με τις ανάγκες του ατόμου, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασία, τις καθημερινές δραστηριότητες και γενικότερα σε σχέση με την ηλικία και το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο. Η ποιότητα ζωής, αντανακλά τις εμπειρίες ζωής, τα σημαντικά γεγονότα και την παρούσα κατάσταση.

Διαφορές όμως δεν υπάρχουν μόνο μεταξύ των ερευνητών, αλλά και μεταξύ των επιστημών. Η κάθε επιστήμη βλέπει το ίδιο φαινόμενο από μία άλλη οπτική γωνία. Στην κοινωνιολογία η έννοια της ποιότητας της ζωής αναφέρεται περισσότερο στις εξωτερικές συνθήκες (αντικειμενική ποιότητα) και στην κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, ενώ στην ψυχολογία αναφέρεται στην εξέλιξη και την ανάπτυξη του ανθρώπου. Στην ιατρική και τη νοσηλευτική επιστήμη το ενδιαφέρον εστιάζεται στην υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου (Μερκούρης 2003).

Οι διαφορές όμως δεν σταματούν εδώ. Η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα ζωής διαφέρει σημαντικά από την εκτίμηση των επαγγελματιών υγείας. Είναι φυσικό λοιπόν, η αξιολόγηση της ποιότητας από τον ίδιο τον ασθενή να λαμβάνει ολόένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Ο στόχος της αυτο-αξιολόγησης αυτής είναι η χρησιμοποίησή της ως δείκτης αποτελέσματος και κριτήριο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Μπορεί βέβαια να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο ως δείκτης αποτελέσματος, αλλά και ως παράγοντας που συνεισφέρει στο αποτέλεσμα π.χ. με την αυξημένη συμμόρφωση, την καλύτερη προσαρμογή κτλ. (Μερκούρης 2003).

1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στο χώρο της υγείας το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αξιολόγηση των περιοχών εκείνων που σχετίζονται περισσότερο με την ασθένεια ή τη θεραπεία, και γι' αυτό επικράτησε ο όρος «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (health – related quality of life, HRQL). Οι όροι «ποιότητα ζωής» (quality of life), «υποκειμενική κατάσταση υγείας» (subjective health status), « λειτουργικό επίπεδο» (functional status) και «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα

ζωής» (Health –Related Quality of life) χρησιμοποιούνται σήμερα εναλλακτικά για να εκφράσουν το ίδιο πράγμα. Από όλους αυτούς όμως, ο πλέον δόκιμος όρος στο χώρο της υγείας ίσως είναι ο τελευταίος (Μερκούρης 2003).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως «Η αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής που προσδιορίζεται από τη μειονεκτικότητα, τη λειτουργική κατάσταση , τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από νόσο, τραυματισμό, θεραπεία ή την εφαρμογή κάποιας πολιτικής». Έχει επίσης οριστεί ως μία γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενούς σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο βιώνει καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητά του στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα» (Μερκούρης 2003).

Η ποιότητα ζωής που συσχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο , τις συνήθειες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, την οικονομική του κατάσταση, την ψυχολογική του κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001).

Σύμφωνα με τους Walker & Rosser (1987) η ποιότητα ζωής στον ιατρικό χώρο είναι μία έννοια που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά και περιορισμούς που περιγράφουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί και να βρίσκει ικανοποίηση από αυτό. Γι'αυτό, η ποιότητα αυτή συνεισφέρει, τόσο στην υποκειμενική, όσο και στην αντικειμενική ποιότητα ζωής.

Ένας αρκετά πρακτικός ορισμός για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής είναι αυτός που έχει δοθεί από τον Jones (1996) : *«Ποσοτικοποίηση της επίδρασης της νόσου στην καθημερινή ζωή και ευεξία με ένα επίσημο και τυποποιημένο τρόπο».*

Συμπερασματικά , θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη νόσο επεκτείνει ουσιαστικά την έννοια της υγείας. Είναι η επίδραση της νόσου και της θεραπείας στη ζωή του ανθρώπου, κάτω από μία ολιστική προσέγγιση. Χωρίς τη διάκριση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων δεν είναι δυνατή η εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Τα προβλήματα υγείας δεν περιορίζονται μόνο στα συμπτώματα και στην ανακούφισή τους. Δύο άτομα με την ίδια διάγνωση και τα ίδια συμπτώματα είναι δυνατό να έχουν προβλήματα με πολύ διαφορετική σπουδαιότητα. Αυτό οφείλεται στο ότι η επίδραση

υγείας στην προσωπική ζωή του καθενός, διαφέρει ποσοτικά και ποιοτικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Οι κλινικοί δείκτες δεν μας δίνουν πληροφορίες για την προσαρμογή του ατόμου στο καθημερινό περιβάλλον του. Σε σχέση με τους στεφανιαίους ασθενείς η αξιολόγηση του στήθαγγχικού πόνου δεν αρκεί. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής δεν υποκαθιστά τους κλινικούς δείκτες, διασφαλίζει όμως ότι η θεραπεία και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εστιάζει στον ασθενή και όχι στη νόσο, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της φροντίδας (Μερκούρης 2003).

Η εννοιολογική προσέγγιση και το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διερευνάται η ποιότητα ζωής (ο ίδιος ο ασθενής, το περιβάλλον του, ο ιατρός, ο ιατρικός φάκελος) καθορίζουν την επιλογή της καταλληλότερης πηγής συλλογής στοιχείων και πληροφοριών. Τόσο οι υποκειμενικές, όσο και οι αντικειμενικές εκτιμήσεις μπορούν να αποδώσουν μετρήσεις με κάποια αξία και ο συνδυασμός περισσότερων του ενός τρόπων συλλογής στοιχείων αυξάνει ουσιαστικά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των μετρήσεων (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Μερκούρης 2003).

Πρέπει όμως να τονιστεί ιδιαίτερα το γεγονός, ότι η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται μόνο από την υγεία, αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η ικανοποίηση από την εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις κτλ. Γι' αυτό είναι σημαντικό να κατανοήσουμε, ότι η συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μέρος της ποιότητας ζωής, σχετίζεται με την κατάσταση υγείας και μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την καλύτερη φροντίδα υγείας (Μερκούρης 2003).

1.5 Μέτρηση της ποιότητας ζωής

Όπως με κάθε άλλη αφηρημένη ή πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Έτσι τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων αυτής (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Eckert & Jones 2001, James, Albarran & Tagrey 2001).

Η ποιότητα ζωής ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Ορισμένες διαστάσεις της είναι η φυσική, η συναισθηματική και η κοινωνική κατάσταση ή λειτουργικότητα, καθώς και συγκεκριμένα συμπτώματα των ατόμων (Βαλάσση- Αδάμ 2001, Μερκούρης 2003).

Μεγάλο πρόβλημα στη μέτρηση της ποιότητας ζωής πριν και μετά από μία παρέμβαση είναι η παραδοχή, ότι δεν αλλάζει το μέτρο σύγκρισης του ατόμου, δηλαδή η πορεία της ζωής του. Είναι όμως γνωστό ότι οι προσδοκίες, οι προτεραιότητες και οι απαιτήσεις των ανθρώπων αλλάζουν. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τους συνεχώς μεταβαλλόμενους στόχους που θέτουν τα άτομα, και που διαμορφώνονται από την πορεία στη ζωή και τις σημαντικές εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα αυτά (Μερκούρης 2003).

Ένα άλλο πρόβλημα που πηγάζει από τον ίδιο τον ορισμό της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ότι οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής δεν σχετίζονται μόνο με την υγεία, αλλά και με άλλους παράγοντες όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Μερκούρης 2003).

Είναι προφανές ότι δεν μπορεί να τεθεί μία διαχωριστική γραμμή μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και των άλλων. Επίσης πολλοί παράγοντες δεν είναι σαφές αν επηρεάζονται ή αν επηρεάζουν τη νόσο και σε ποιο βαθμό. Για παράδειγμα η εργασία επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας, αλλά και την επηρεάζει (Μερκούρης 2003).

Πάντως, η Staniszevska (1998) πιστεύει πως σε κάθε χρόνιο νόσημα η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τις θεραπείες, γι' αυτό η μέτρησή της, σε καρδιολογικούς ασθενείς, σύμφωνα με τον Μερκούρης (2003), μπορεί να συμβάλει στην:

- Αναγνώριση προβλημάτων και καθορισμό προτεραιοτήτων
- Διευκόλυνση επικοινωνίας με τον ασθενή
- Έλεγχο για προβλήματα που δεν είναι εμφανή
- Διευκόλυνση της συμμετοχικής κλινικής λήψης απόφασης
- Παρακολούθηση των αλλαγών ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία

Τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς ή από τον ερευνητή και μπορούν να διακριθούν σε (Μερκούρης 2003):

- *γενικά* , που βασίζονται σε γενικές ερωτήσεις και επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ υγείων ή/ και ασθενών που πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα
- *ειδικά*, για κάποιο νόσημα μετρήσεις που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικές με την επίπτωση της νόσου στην κατάσταση υγείας
- *ειδικά για μία διάσταση ή περιοχή*, που εστιάζουν σε μία πλευρά υγείας
- *εξατομικευμένες μετρήσεις*, όπου εκτιμάται η σπουδαιότητα διαφόρων παραμέτρων για το κάθε άτομο και υπολογίζεται ένας γενικός δείκτης
- *μετρήσεις ωφελιμότητας* που εφαρμόζονται κυρίως για οικονομικές αξιολογήσεις.

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, ερωτηματολόγια που εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και αντανακλούν διαφορετικές θεωρητικές απόψεις. Σημαντικό κριτήριο για την επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου είναι ο στόχος της έρευνας, αλλά και κάποιες βασικές προϋποθέσεις και συνθήκες που πρέπει να πληρεί, προκειμένου αφενός τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και αφετέρου να είναι δυνατή η ερμηνεία τους (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Μερκούρης 2003) .

Έτσι οι ιδιότητες ενός ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην επιλογή του, θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις παρακάτω (Μερκούρης 2003):

- Εγκυρότητα: μετράει το ερωτηματολόγιο την ποιότητα ζωής; (εγκυρότητα εξ όψεως ή επιφανειακή, περιεχομένου, δομής, κριτηρίου)
- Αξιοπιστία: η μέτρηση παρέχει τα ίδια αποτελέσματα όταν επαναλαμβάνεται στον ίδιο πληθυσμό και κάτω από τις ίδιες συνθήκες; Υπάρχει «συνάφεια» μεταξύ των ερωτήσεων;
- Καταλληλότητα: είναι η μέτρηση η κατάλληλη για το συγκεκριμένο πληθυσμό;

- Ανταπόκριση σε αλλαγές (Ευαισθησία): η μέτρηση μπορεί να ανιχνεύσει μικρές (αλλά κλινικά σημαντικές) διαφορές; Παρουσιάζεται συσσώρευση στις ακραίες τιμές;
- Ευκολία μέτρησης: μπορούν όλοι οι ασθενείς να το συμπληρώσουν; Πόσο χρόνο χρειάζονται;
- Χρησιμότητα- Ερμηνεία: μπορούν τα αποτελέσματα να ερμηνευθούν κλινικά; Μπορούν να αξιοποιηθούν για να βελτιωθεί η κλινική πρακτική;

1.5.1 Εργαλεία μέτρησης

Τα «εργαλεία μέτρησης» της ποιότητας της ζωής σχεδιάστηκαν με στόχο την ανίχνευση διαφορετικού τομέα το καθένα. Ορισμένα είναι πολυδιάστατα και αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Άλλα εργαλεία μέτρησης εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η οικογένεια, η κοινωνική στήριξη, ο βαθμός επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών. Άλλα αφορούν τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις προτιμήσεις, τις προσδοκίες του ατόμου, την ψυχική του υγεία, με στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών. Πολλά σχεδιάστηκαν για κοινή χρήση, άλλα για να χρησιμεύσουν σε μία μόνο έρευνα (Staniszewska 1998, Βαλάσση-Αδάμ 2001).

Μερικά από τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών είναι (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Μερκούρης 2003):

- ❖ Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index, KPI)
- ❖ Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status)
- ❖ Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living)
- ❖ Ο Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life)

- ❖ Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (McGill Pain Questionnaire)
- ❖ Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile)
- ❖ Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire)
- ❖ Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale)
- ❖ Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (Sickness Impact Profile)
- ❖ Επισκόπηση Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey)
- ❖ Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol)
- ❖ Επισκόπηση Υγείας EQ-15D
- ❖ Το Ερωτηματολόγιο Macnew

Για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακό νόσημα μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα όργανα μέτρησης. Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο MACNEW, το οποίο και περιγράφεται εν συντομία στη συνέχεια (Μερκούρης 2003).

1.5.2 Ερωτηματολόγιο MACNEW

Το ερωτηματολόγιο Macnew (heart diseases health-related quality of life questionnaire) είναι ερωτηματολόγιο ειδικό για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής καρδιολογικών ασθενών (Μερκούρης 2003).

Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: την ψυχολογική, τη φυσική και την κοινωνική κατάσταση των ασθενών και περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις. Αφορά τη συχνότητα κάποιων συμπτωμάτων, συναισθημάτων, συμβάντων ή καταστάσεων που βίωσε ο ασθενής τη χρονική περίοδο των τελευταίων δύο εβδομάδων (πριν από την πραγματοποίηση της συνέντευξης) (Μερκούρης 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

2.1 Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος είναι η κυριότερη αιτία θανάτου στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, ειδικά στις Η.Π.Α. . Αντίθετα, είναι λιγότερο συχνή στην Ασία, την Αφρική, τη Νότιο και Κεντρική Αμερική (Κουρλαμπά και συν. 2006).

Τις τελευταίες δεκαετίες η θνησιμότητα από τη νόσο αυτή έχει βαθμιαία ελαττωθεί λόγω, της εισαγωγής νέων φαρμάκων, των παρεμβατικών & χειρουργικών μεθόδων θεραπείας, της έγκαιρης διαπίστωσης και της πρόληψης των παραγόντων κινδύνου που την προκαλούν (Μουτσόπουλος 1996, Κουρλαμπά και συν. 2006).

Το κλινικό εύρος της στεφανιαίας νόσου επεκτείνεται από τη σιωπηλή (ασυμπτωματική) ισχαιμία μέχρι τη χρόνια στηθάγχη, την ασταθή στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, την ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο (Μουτσόπουλος 2003).

2.2 Φυσιολογία της στεφανιαίας κυκλοφορίας

Η καρδιά είναι αερόβιο όργανο, το οποίο για να διατηρήσει την κανονική του λειτουργία, έχει ανάγκη από συνεχή παροχή οξυγόνου. Οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη μυοκαρδιακή κατανάλωση οξυγόνου είναι η καρδιακή συχνότητα, η συσταλτικότητα και η τοιχωματική τάση. Σημαντικό ρόλο, στη μυοκαρδιακή κατανάλωση οξυγόνου, παίζει και η μάζα του μυοκαρδίου, όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο περισσότερο οξυγόνο απαιτεί (Μουτσόπουλος 1996, Μουτσόπουλος 2003).

Το στεφανιαίο αγγειακό δίκτυο έχει την ικανότητα να αυτορυθμίζεται και να εξισώνει την παροχή οξυγόνου προς τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου. Υπό φυσιολογικές συνθήκες η αντίσταση των στεφανιαίων αγγείων καθορίζεται από τα αρτηρίδια και επηρεάζεται από νευρικούς και μεταβολικούς παράγοντες (Μουτσόπουλος 2003, Nicholas M. 2004).

Οι στεφανιαίες αρτηρίες νευρώνονται τόσο από το συμπαθητικό, όσο και από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (X. Μουτσόπουλος 1996). Η ενεργοποίηση των

συμπαθητικών ή των παρασυμπαθητικών νευρώνων μεταβάλλει τη στεφανιαία ροή αίματος, προκαλώντας μεταβολές του αγγειακού τόνου (αγγειοσύσπαση ή αγγειοδιαστολή) (Μουτσόπουλος 2003).

Η ικανότητα των στεφανιαίων αγγείων να μεταβάλλουν την αιματική ροή, μεταβάλλοντας τον αγγειακό τόνο, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ακεραιότητα και τη φυσιολογική λειτουργία του ενδοθηλίου τους. Το ενδοθήλιο παράγει διάφορες ισχυρές αγγειοδιασταλτικές ουσίες, όπως είναι ο ενδοθηλιογενής παράγοντας χάλασης και η προστακυκλίνη. Από το ενδοθήλιο παράγονται και αγγειοσυσπαστικοί παράγοντες, με πιο αξιοσημείωτη την ενδοθηλίνη, οι οποίοι είναι πιθανό να παίζουν ρόλο στη ρύθμιση του αγγειακού τόνου (Μουτσόπουλος 2003).

Εκτός από την επίδρασή του στον τόνο των αγγείων, το ενδοθήλιο έχει και μερικές άλλες λειτουργίες με σημαντικές επιδράσεις στην αιματική ροή και στην αιμάτωση των ιστών. Τέτοιες λειτουργίες είναι: α) η διατήρηση μη θρομβωτικής επιφάνειας μέσω αναστολής της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, β) ο έλεγχος της θρόμβωσης και της ινωδόλυσης και γ) η διαμόρφωση της φλεγμονώδους αντίδρασης των αγγείων (Μουτσόπουλος 2003).

Οι διαταραχές αυτών των φυσιολογικών ιδιοτήτων του ενδοθηλίου (δυσλειτουργία του ενδοθηλίου) παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης και θρόμβωσης (Μουτσόπουλος 2003).

2.3 Παθοφυσιολογία αθηροσκλήρυνσης

Τα κλινικά σύνδρομα της στεφανιαίας καρδιοπάθειας οφείλονται, κατά το μέγιστο μέρος, σε αθηροσκλήρυνση των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών (Μουτσόπουλος 1996).

Αθηροσκλήρυνση είναι η πάχυνση και σκλήρυνση των μέσων και μεγαλύτερου μεγέθους αρτηριών και η στένωση του αυλού τους από αθηροσκληρυντικές πλάκες (Μουτσόπουλος 2003).

Η εξεργασία αυτή υπάρχει σε όλες σχεδόν τις ηλικίες και στα δύο φύλα, αλλά η έκταση της διαφέρει σε κάθε συγκεκριμένο άτομο και κατά ένα μέρος εξαρτάται από το γενετικό υπόστρωμα, τους παράγοντες κινδύνου και τις τοπικές αιμοδυναμικές συνθήκες (Μουτσόπουλος 2003).

Το εναρκτήριο γεγονός είναι η βλάβη του αγγειακού ενδοθηλίου. Η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, το κάπνισμα και οι αιμοδυναμικές διαταραχές, προκαλούν βλάβη του ενδοθηλίου, η οποία οδηγεί σε ελάττωση της εξαρτώμενης από το ενδοθήλιο αγγειοδιαστολής, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία αυτού, που ευνοεί τη θρόμβωση. Η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση μακροφάγων και λιπιδίων στη θέση της αγγειακής βλάβης. Η απελευθέρωση ενζύμων και τοξικών ουσιών από τα μακροφάγα προκαλεί απόπτωση του ενδοθηλίου, η οποία συνεπάγεται την προσκόλληση αιμοπεταλίων στη θέση της βλάβης. Έτσι ο αυλός του αγγείου γίνεται στενότερος και η ροή του αίματος στο αγγείο ελαττώνεται, λόγω δημιουργίας αθηροσκληρυντικής πλάκας. Η κατά 70% ελάττωση της διαμέτρου του αυλού μίας στεφανιαίας αρτηρίας είναι γενικά αρκετή για να περιορίζεται η ροή αίματος όταν αυξάνονται οι απαιτήσεις (π.χ. κατά τη σωματική προσπάθεια) και η κατά 90% στένωση μπορεί να περιορίζει τη ροή και στην ηρεμία. Η αδυναμία της πάσχουσας στεφανιαίας αρτηρίας να αυξάνει τη ροή αίματος κάτω από αυτές τις συνθήκες προκαλεί την κλινική εικόνα της σταθερής στηθάγχης (Μουτσόπουλος 1996, Μουτσόπουλος 2003, Nicholas M. 2004).

Οι αθηροσκληρυντικές πλάκες είναι επιρρεπείς σε σχηματισμό ρωγμών ή σε ρήξη, ιδιαίτερα όταν αυξάνονται οι δυνάμεις διάσχισης στο αγγείο (η πίεση μέσα στον αυλό). Τη βαρύτητα της ρήξης της πλάκας και την έκταση της θρόμβωσης αντικατοπτρίζει, κλινικά, το φάσμα των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, όπως είναι η στηθάγχη και το έμφραγμα του μυοκαρδίου (Μουτσόπουλος 2003, Nicholas M. 2004).

Η διαπίστωση της ύπαρξης αθηροσκληρυντικών αλλοιώσεων στις στεφανιαίες αρτηρίες μπορεί να γίνει με στεφανιαία αρτηριογραφία (στεφανιογραφία). Μετά από την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας σε μία στεφανιαία αρτηρία, οι αθηροσκληρυντικές πλάκες διακρίνονται σαν στενότερες περιοχές καθώς το σκιαγραφικό υγρό μετακινείται προς την περιφέρεια της αρτηρίας (Μουτσόπουλος 1996, The Darmouth Atlas Of Health Care In Michigan 1997).

2.4 Παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν οδηγήσει στην αναγνώριση διαφόρων παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σε ένα άτομο. Όσο περισσότεροι τέτοιοι παράγοντες σχετίζονται με ένα άτομο, τόσο περισσότερες είναι και οι πιθανότητες να αναπτύξει τη νόσο (Μουτσόπουλος 1996).

Η θνησιμότητα των ανδρών από στεφανιαία νόσο είναι πολύ μεγαλύτερη από των γυναικών πριν την ηλικία των 50 χρονών, λόγω των προστατευτικών επιδράσεων των οιστρογόνων στις γυναίκες. Ενώ τείνει να εξισωθεί στην ηλικία των 50 χρονών, μεταξύ των δύο φύλων, ίσως εξαιτίας της αύξησης του κινδύνου μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες (Μουτσόπουλος 1996, Μουτσόπουλος 2003).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η προχωρημένη ηλικία και το ανδρικό φύλο, σε συνδυασμό με το οικογενειακό ιστορικό, θεωρούνται μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου. Με την αύξηση της ηλικίας ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου αυξάνεται (Μουτσόπουλος 2003).

Η υπέρταση, που καθορίζεται ως συστολική πίεση του αίματος υψηλότερη 140 mm Hg ή ως διαστολική υψηλότερη από 90 mm Hg, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Επίσης ο σακχαρώδης διαβήτης, αποτελεί και αυτός έναν από τους κινδύνους, ο οποίος συχνά συνυπάρχει και με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση (Μουτσόπουλος 2003).

Το κάπνισμα έχει δυσμενείς επιδράσεις στα λιπίδια, στους παράγοντες πήξης και στη λειτουργία των αιμοπεταλίων και συνοδεύεται από διπλασιασμό έως τριπλασιασμό του κινδύνου στεφανιαίας νόσου (Μουτσόπουλος 2003).

Η συγκέντρωση της χοληστερίνης στον ορό, αποτελεί άλλο ένα από τους σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Όσο υψηλότερη είναι η συγκέντρωση της χοληστερίνης στον ορό, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου διατρέχει το άτομο. Αντίθετα η συγκέντρωση των τριγλυκεριδίων στον ορό αποτελεί μικρότερο παράγοντα κινδύνου, όχι όμως όταν σχετίζεται με την παχυσαρκία και το σακχαρώδη διαβήτη (Μουτσόπουλος 1996).

Πίνακας: Παράγοντες Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου

<p><u>Μη Τροποποιήσιμοι</u></p> <p>Μεγάλη ηλικία Ανδρικό φύλο Οικογενειακό ιστορικό</p> <p><u>Τροποποιήσιμοι, Αυτοτελείς Παράγοντες Κινδύνου</u></p> <p>Υπερλιπιδαιμία Υπέρταση Σακχαρώδης διαβήτης (δυσανεξία γλυκόζης) Κάπνισμα</p> <p><u>Άλλοι Τροποποιήσιμοι Παράγοντες Κινδύνου</u></p> <p>Παχυσαρκία Καθιστική ζωή Αυξημένη λιποπρωτεΐνη α Αυξημένο ινωδογόνο</p>
--

2.5 Ισχαιμία του μυοκαρδίου

Η ισχαιμία του μυοκαρδίου είναι η κατάσταση ελαττωμένης αιμάτωσης, κατά την οποία η παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο δεν επαρκεί για την κάλυψη των μεταβολικών του απαιτήσεων. Αποτέλεσμα της ανισορροπίας αυτής είναι οι εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου (Μουτσόπουλος 2003).

Κύρια αίτια ισχαιμίας του μυοκαρδίου είναι η αθηροσκλήρυνση, δηλαδή αλλοίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου και μείωση της ικανότητας του αγγείου να διαστέλλεται. Έτσι, η πρώτη διαπιστώσιμη διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας είναι η ελάττωση της χάλασης (διαστολική λειτουργία) του μυοκαρδίου, η οποία ακολουθείται από ελάττωση της συστολής (συστολική λειτουργία) (Παπαθανασίου και συν. 2005).

Ο ασθενής παρουσιάζει έντονο θωρακικό πόνο, καθώς στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσιάζονται αλλοιώσεις. Όταν η ισχαιμία είναι παροδική, η διάρκεια της δυσλειτουργίας μπορεί να είναι μικρή, ενώ μεγαλύτερης διάρκειας ισχαιμία μπορεί να προκαλέσει καταπληξία, αδράνεια ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επίσης, όσο μεγαλύτερη είναι η περίοδος

της ισχαιμίας, τόσο μεγαλύτερη είναι και η περιοχή της νέκρωσης του μυοκαρδίου (Παπαθανασίου και συν. 2005).

2.6 Μη αθηροσκληρυντικά αίτια καρδιακής ισχαιμίας

Η αθηροσκλήρυνση είναι η πιο συχνή νόσος των στεφανιαίων αρτηριών, αλλά όχι και η μοναδική. Διάφορες μη αθηροσκληρυντικές διαταραχές μπορούν να προσβάλουν τις στεφανιαίες αρτηρίες προκαλώντας οξεία στεφανιαία ανεπάρκεια. Η οξεία εμβολή μιας αρτηρίας μπορεί να αποκλείσει τη ροή του αίματος προκαλώντας ισχαιμία και έμφραγμα του μυοκαρδίου, λόγω της δημιουργίας θρόμβων (Μουτσόπουλος 2003, Παπαθανασίου και συν. 2005).

Πηγές δημιουργίας τέτοιων θρόμβων είναι η μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, οι τοιχωματικοί θρόμβοι του αριστερού κόλπου ή της αριστερής κοιλίας, θρόμβοι από προσθετικές βαλβίδες, τα ενδοκαρδιακά νεοπλάσματα κ.ά. (Μουτσόπουλος 2003).

Οι ταυματισμοί του θωρακικού τοιχώματος είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε κάκωση και τοπική θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών. Η ακτινοβολία του μεσοθωρακίου μπορεί να προκαλέσει ίνωση των στεφανιαίων αρτηριών και μυοκαρδιακό έμφραγμα. Επίσης κατά τη διάρκεια καθετηριασμού της καρδιάς, σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να συμβεί διάσχιση μίας στεφανιαίας αρτηρίας (Μουτσόπουλος 2003).

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι δυνατόν να προσβληθούν από διάφορες μορφές αρτηρίτιδας, όπως συφιλιδική, αρτηρίτιδα του Takayasu, οζώδη πολυαρθρίτιδα, συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο και γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα. Τα σύνδρομα αυτά μπορεί να προκαλέσουν στένωση, απόφραξη ή θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών (Μουτσόπουλος 2003).

Σε διάφορες αιματολογικές διαταραχές, όπως ιδιοπαθή πολυερυθραιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, μπορεί να συμβεί αυτόματη τοπική στεφανιαία θρόμβωση, ενώ διάφορες συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων είναι δυνατόν να προδιαθέτουν στεφανιαία ανεπάρκεια. Ακόμα, η χρήση κοκαΐνης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ισχαιμία και έμφραγμα του μυοκαρδίου με διάφορους μηχανισμούς, όπως του σπασμού και της θρόμβωσης των στεφανιαίων αρτηριών, και να επιταχύνει την αθηροσκλήρυνση (Μουτσόπουλος 2003).

2.7 Στηθάγχη

Η στηθάγχη περιγράφεται ως η σπλαχνική δυσφορία, που οφείλεται σε παροδική ισχαιμία του μυοκαρδίου. Η στηθάγχη είναι αποτέλεσμα της στένωσης μίας στεφανιαίας αρτηρίας που περιορίζει τη ροή αίματος στην αρτηρία αυτή και εμφανίζεται όταν αυξάνονται οι μυοκαρδιακές απαιτήσεις σε οξυγόνο, λόγω σωματικής ή συναισθηματικής υπερέντασης (Μουτσόπουλος 2003).

Συνήθως οι ασθενείς αναφέρονται σε οπισθοστερνική δυσφορία που είναι δυνατόν να ακτινοβολεί τη ράχη, την κάτω γνάθο, στα άνω άκρα ή στο επιγάστριο. Η δυσφορία μπορεί να συνοδεύεται από δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία ή αίσθημα παλμών. Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν τη δυσφορία σύμφωνα με το επίπεδο της προσπάθειας που καταβάλλουν για την άνοδο μίας σκάλας ή μερικών σκαλοπατιών, ή βάρδιση σε ανωφέρεια. Η στηθάγχη που προκαλείται λόγω κόπωσης, κατά την προσπάθεια, συνήθως εμφανίζεται βαθμιαία, διαρκεί λιγότερο από 15 λεπτά και υποχωρεί με την ανάπαυση ή με φαρμακευτική αγωγή (νιτρογλυκερίνη) (Μουτσόπουλος 2003, Κουρλαμπά και συν. 2006).

Η στηθάγχη μπορεί να χαρακτηριστεί ως σταθερή, όταν η πορεία της είναι χρόνια και μπορεί να προβλεφθεί η ένταση της προσπάθειας που θα προκαλέσει τη θωρακική δυσφορία, ενώ ασταθής, όταν μεταβάλλεται σημαντικά ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των επεισοδίων ή όταν προκαλείται από όλο και μικρότερη προσπάθεια. Οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και θανάτου (Μουτσόπουλος 1996, Μουτσόπουλος 2003).

Η εμφάνιση σταθερής στηθάγχης αναγκάζει τον άρρωστο να σταματήσει την προσπάθεια και το ενόχλημα υποχωρεί σε λίγα λεπτά (3-5 min). Όταν εμφανίζεται ασταθής στηθάγχη, ο σπασμός των στεφανιαίων αρτηριών, που είναι η πιο συνηθισμένη αιτία, παρέρχεται αυτόματα, ή με την χορήγηση νιτροδών πάλι σε λίγα λεπτά. Σε παρατεταμένο σπασμό (πάνω από 30 λεπτά) και σε θρόμβωση επισυμβαίνει νέκρωση μυοκαρδίου (Κουρλαμπά και συν. 2006)

2.7.1 Διάγνωση στηθάγχης

Η διάγνωση της στηθάγχης είναι εύκολη όταν ο ασθενής παρουσιάζει τα συνηθισμένα συμπτώματα αυτής. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασθενών που δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα αυτά, οι οποίοι κατά το ισχαιμικό επεισόδιο είναι δυνατόν να εμφανίσουν μόνο δύσπνοια κατά την προσπάθεια ή άτυπο θωρακικό πόνο ή και κανένα σύμπτωμα (σιωπηλή ισχαιμία) (Μουτσόπουλος 2003).

Όταν η διάγνωση δεν είναι εμφανής, τότε ο ασθενής υποβάλλεται σε δοκιμασία κόπωσης με άσκηση ή φάρμακα, στα πλαίσια της οποίας αναπαράγονται τα συμπτώματα αυτού και καταγράφονται τα αντικειμενικά σημεία της ισχαιμίας. Η δοκιμασία κόπωσης είναι δυνατόν να φανεί χρήσιμη σε περιπτώσεις χρόνιας σταθερής στηθάγχης, ενώ οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για τη δοκιμασία αυτή, αν προηγουμένως δεν σταθεροποιηθούν τα συμπτώματά τους (Μουτσόπουλος 2003).

Τα δύο σπουδαιότερα στοιχεία πρόβλεψης της επιβίωσης των ασθενών με χρόνια στεφανιαία νόσο είναι η λειτουργία της αριστερής κοιλίας, με τη μέτρηση του κλάσματος εξώθησης, και η έκταση του μυοκαρδίου που κινδυνεύει. Το μειωμένο κλάσμα εξώθησης συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών, καρδιακής ανεπάρκειας και θανάτου. Η παρουσία μεγάλης σε έκταση περιοχής του μυοκαρδίου η οποία διατρέχει κίνδυνο, μπορεί να διαπιστωθεί με την ανεύρεση μεγάλων ή πολλών αλλοιώσεων στο υπερηχογράφημα ή στο σπινθιρογράφημα κόπωσης (Μερκούρης 2003).

Η στεφανιογραφία με καθετηριασμό της καρδιάς επιτρέπει τη οπτική εκτίμηση της έκτασης και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία διατρέχουν ένα μικρό ποσοστό κινδύνου, όμως ωφέλημα στοιχεία συλλέγονται από αυτή σε περιπτώσεις στηθάγχης. Στοιχεία που αφορούν τη διάγνωση, όταν είναι αδύνατη η διάγνωση με αναίμακτες μεθόδους, είτε για να προσδιορισθεί η ανατομία των στεφανιαίων. Ο καρδιακός καθετηριασμός ενδείκνυται σε ασθενείς με στηθάγχη, στους οποίους τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με φάρμακα, υπάρχει ελαττωμένη λειτουργική ικανότητα της αριστερής κοιλίας και οι προγνωστικοί δείκτες που προκύπτουν από κλινικά γνωρίσματα ή αναίμακτες δοκιμασίες, είναι δυσμενείς (Μουτσόπουλος 2003).

Επίσης, συχνά αξιολογείται το στάδιο λειτουργικότητας των καρδιολογικών ασθενών, σύμφωνα με την ταξινόμηση του New York Heart Association (NYHA), η οποία περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες αξιολόγησης. Αυτό το σύστημα αφορά τα συμπτώματα, τις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής του ασθενή.

Πίνακας: Στάδια- Κατηγορίες NYHA

Κατηγορία	Κύρια συμπτώματα
Κατηγορία I (ήπια)	Κανένας περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας. Η συνηθισμένη σωματική δραστηριότητα δεν προκαλεί την αδικαιολόγητη κούραση, τον παλμό, ή τη δύσπνοια (συντομία της αναπνοής).
Κατηγορία II (ήπια)	Μικρός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας. Άνετη σε ανάπαυση, αλλά η συνηθισμένη σωματική δραστηριότητα οδηγεί στην κούραση, τον παλμό, ή τη δύσπνοια.
Κατηγορία III (μέτρια)	Χαρακτηρισμένος περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας. Άνετη σε ανάπαυση, αλλά η λιγότερο από συνηθισμένη δραστηριότητα προκαλεί την κούραση, τον παλμό, ή τη δύσπνοια.
Κατηγορία IV (αυστηρή)	Ανίκανος να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα χωρίς ταλαιπωρία. Συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας σε ανάπαυση. Εάν οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα αναλαμβάνεται, η ταλαιπωρία αυξάνεται.

2.7.2 Θεραπεία στηθάγχης

Η αντιμετώπιση της στηθάγχης αντανακλάται στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, στις αλλαγές του τρόπου ζωής, στη φαρμακευτική θεραπεία και στην επαναγγείωση. Ταυτόχρονα, πρέπει να αντιμετωπίζονται και οι παθολογικές καταστάσεις που πιθανότατα να συμβάλλουν στην εμφάνιση της στηθάγχης, όπως αναιμία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπερθυρεοειδισμός. Ιδιαίτερα μεγάλης σημασίας είναι ο έλεγχος της υπέρτασης και του διαβήτη, της υπερλιπιδαιμίας και της διακοπής του καπνίσματος, όπως και η τακτική δραστηριότητα, η άσκηση, στο επίπεδο που γίνεται αυτή ανεκτή (Κουρλαμπά και συν. 2006).

Η επαναγγείωση παίζει σημαντικό θεραπευτικό ρόλο στις περιπτώσεις των ασθενών με στηθαγικά συμπτώματα, που δεν ελέγχονται αποτελεσματικά με τη συντηρητική θεραπεία

και των ασθενών με δείκτες υψηλού βαθμού κινδύνου. Μέθοδοι επαναγγείωσης των πάσχων στεφανιαίων αρτηριών είναι η χειρουργική επαναγγείωση, όπως αορτοστεφανιαία παράκαμψη (coronary artery bypass graft surgery, CABG), και οι τεχνικές επαναγγείωσης με διαδερματικό καθετηριασμό, όπως διαδερματική αγγειοπλαστική (percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA) και ανάλογες με αυτήν (Μερκούρης 2003, Μουτσόπουλος 2003).

- **Καρδιοχειρουργική Επέμβαση/ Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη- CABG (Coronary Artery Bypass Graft Surgery):**

Είναι γνωστό ότι η στεφανιαία νόσος οφείλεται σε στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών. Η εγχειρητική τεχνική παράκαμψης των στεφανιαίων στενώσεων ονομάζεται αορτοστεφανιαία παρακάμψη. Η παράκαμψη (υπερπήδηση), με φλεβικά ή αρτηριακά μοσχεύματα, γίνεται συνήθως από την αορτή προς την στεφανιαία αρτηρία μετά την στένωση (το ένα άκρο της φλέβας ή της αρτηρίας συρράπτεται στην αορτή και το άλλο στην στεφανιαία αρτηρία μετά την στένωση) (Μερκούρης 2003).

Η εγχείρηση στεφανιαίας παρακάμψεως γίνεται με σκοπό τη βελτίωση της επιβιώσεως του αρρώστου και τη βελτίωση των συμπτωμάτων του.

- **Αγγειοπλαστική- PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty):**

Εφαρμόζεται στην θεραπεία της στεφανιαίας νόσου και η αρχή της στηρίζεται στη διάταση της στενωμένης αρτηρίας με ειδικό μπαλόνι και τοποθέτηση εν συνεχεία ειδικού μεταλλικού σκελετού σαν νάρθηκας (stent) για να κρατάει τη στεφανιαία αρτηρία ανοικτή (Μερκούρης 2003).

2.8 Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη ενός κλάδου των στεφανιαίων αρτηριών λόγω ρήξης ή διάβρωσης της αθηρωματικής πλάκας και δημιουργίας θρόμβου, ο οποίος αποφράσσει πλήρως την υπεύθυνη στεφανιαία αρτηρία με αποτέλεσμα τη

διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου (Ράπτη 1996) .

Το έμφραγμα τού μυοκαρδίου προσβάλλει συνήθως τούς άνδρες (με αναλογία 5 προς 1 σε σχέση με τις γυναίκες) στην ηλικία μεταξύ 50 και 70 ετών και αποτελεί την πιο βαριά εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου (Ράπτη 1996).

Χαρακτηρίζεται κυρίως από την ύπαρξη οπισθοστερνικού πόνου, μεγάλης έντασης, που αντανakλάται προς τον τράχηλο, στο αριστερό άνω άκρο ή και στα δύο άκρα. Συνοδά συμπτώματα χωρίς όμως μεγάλη ειδικότητα είναι ναυτία, εμετός, ζάλη, εφίδρωση, δύσπνοια και αδυναμία. Αίσθημα παλμών αναφέρεται κυρίως όταν ο ασθενής παρουσιάζει σαν επιπλοκή, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία (Ράπτη 1996, Μουτσόπουλος 1996, Σπανοδήμος & Τσαγκλής 2004).

2.8.1 Αρρυθμίες στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Ο Μουτσόπουλος (2003) αναφέρει ότι οι καρδιακές αρρυθμίες είναι οι πιο συχνές επιπλοκές που παρατηρούνται στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι οποίες μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή να συνεπάγονται μεγάλο αιμοδυναμικό κίνδυνο. Οι αρρυθμίες με συμπτώματα απαιτούν πάντοτε θεραπεία, ενώ οι ασυμπτωματικές μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά.

Η αντιμετώπιση των αρρυθμιών πραγματοποιείται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και με άλλες μεθόδους χρόνιας αντιμετώπισης αυτών, όπως εμφύτευση τεχνητού καρδιακού βηματοδότη, η καρδιοανάταξη, ο απινιδισμός, και η εμφύτευση τεχνητού καρδιακού απινιδωτή (Μουτσόπουλος 2003, National Institute for Clinical Excellence 2000).

Η εμφύτευση τεχνητού καρδιακού βηματοδότη είναι μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση καταστάσεων, όπου η αυτόχθων διέγερση της καρδιάς έχει διαταραχθεί με αποτέλεσμα την εμφάνιση βραδυαρρυθμιών, οι οποίες μπορεί να προκαλούν ζάλη, κόπωση, δύσπνοια ή λιποθυμικά επεισόδια. Ενώ η καρδιοανάταξη, ο απινιδισμός, και η εμφύτευση ακόμα τεχνητού καρδιακού απινιδωτή είναι αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας των κολπικών και κοιλιακών ταχυαρρυθμιών, που προκαλούν αιμοδυναμική αστάθεια (Singh 1997, Cesario & William 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Οι εμφυτεύσιμοι καρδιακοί απινιδωτές (ICDs), είναι συσκευές που ανιχνεύουν και θεραπεύουν κοιλιακές ταχυαρρυθμίες. Η ταχυαρρυθμία είναι ένας γενικός όρος ο οποίος χαρακτηρίζει πολλές ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού όπου η καρδιά χτυπά με πάνω από 100 σφίξεις το λεπτό (Flemme et al. 2001).

Ο σκοπός των απινιδωτών είναι να ανιχνεύουν γρήγορα τον ακανόνιστο ρυθμό και να εισαγάγουν την κατάλληλη θεραπεία ώστε να επαναφέρουν το ρυθμό σε φυσιολογικά πλαίσια (Tagney 2004).

Αν ο καρδιακός ρυθμός γίνει πολύ γρήγορος (κοιλιακή ταχυκαρδία), ο απινιδωτής θα προσδώσει ριπές γρήγορης βηματοδότησης για να επαναφέρει το φυσιολογικό ρυθμό αυτό λέγεται αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση. Σε περιπτώσεις που ο ρυθμός είναι πολύ γρήγορος και μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του ασθενή (κοιλιακή μαρμαρυγή), ο απινιδωτής δίνει ένα ηλεκτρικό σοκ (απινίδωση) για να επαναφέρει τα καρδιακά κύτταρα (Fridlynd et al. 2000).

Ο απινιδωτής εμφυτεύεται στο στήθος του ασθενή με μια μικρή χειρουργική επέμβαση. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στην καρδιά μέσω μιας φλέβας όπως και των βηματοδοτών (Herrmann et al. 1997).

Υπάρχουν δύο τύποι απινιδωτών (Herrmann et al. 1997):

- Μονοεστιακοί απινιδωτές αναλύουν το ηλεκτρικό σήμα της δεξιάς κοιλίας και εισάγουν την κατάλληλη θεραπεία.
- Διπλοεστιακοί απινιδωτές που αναλύουν το σήμα ταυτόχρονα από την δεξιά κοιλία και τον δεξιό κόλπο, ώστε να ανιχνεύεται καλύτερα η καρδιακή λειτουργία.

Ενώ οι θεραπείες που εισάγονται είναι οι ίδιες με τις αντίστοιχες των μονοεστιακών απινιδωτών, στους διπλοεστιακούς γίνεται καλύτερος διαχωρισμός των κοιλιακών ταχυκαρδιών από τις υπερκοιλιακές και τις κολπικές ταχυκαρδίες. (Eckert et al. 2002).

3.2 Εμφυτεύσιμοι βηματοδότες καρδιάς

Ένα βηματοδοτικό σύστημα αποτελείται από:

1. Μια γεννήτρια παλμών με μπαταρία και ειδικό κύκλωμα για την παροχή ηλεκτρικής ενέργειας και χρονισμού.
2. Ένα ή δυο ηλεκτρόδια βηματοδότησης, βιοσυμβατά καλώδια που μεταφέρουν ηλεκτρικούς παλμούς από το βηματοδότη στην καρδιά (λειτουργία βηματοδότησης) και αντίστροφα πληροφορίες για τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς στο βηματοδότη (λειτουργία αίσθησης) (Curtis, Langberg & Tracy 2001).

3.2.1 Είδη βηματοδοτών

Βηματοδότες μιας εστίας που χρησιμοποιούν ένα ηλεκτρόδιο τοποθετημένο στο δεξιό κόλπο (άνω τμήμα της καρδιάς) ή στη δεξιά κοιλία (κάτω τμήμα της καρδιάς).

Βηματοδότες δυο εστιών που χρησιμοποιούν δυο ηλεκτρόδια, ένα στο δεξιό κόλπο και ένα στη δεξιά κοιλία, ώστε να επαναφέρεται η φυσιολογική αλληλουχία της καρδιακής λειτουργίας (Gradaus et al. 2003).

Οι ηλεκτρικοί παλμοί που μεταφέρονται στην καρδιά είναι συντονισμένοι ώστε οι κόλποι και οι κοιλίες να συγχρονίζονται μεταξύ τους (Van Den Broek et al. 2006).

Οι περισσότεροι βηματοδότες σήμερα περιέχουν έναν ή δυο αισθητήρες για να ανιχνεύουν τις μεταβολικές ανάγκες του ασθενή και να αυξάνουν ή να μειώνουν την καρδιακή συχνότητα όποτε χρειάζεται (Kamphuis et al. 2004).

Η συνήθης διαδικασία εμφύτευσης είναι να τοποθετηθεί αρχικά το/τα ηλεκτρόδια δια μέσω μιας φλέβας στην καρδιά. Η γεννήτρια τοποθετείται υποδόρια στην άνω θωρακική περιοχή πλησίον της κλείδας και συνδέεται με το /τα ηλεκτρόδια. Η διαδικασία είναι σχετικά απλή και πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία (Pelletier D. et al. 2002).

Για να αλλάξουν οι παράμετροι του βηματοδότη σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή, χρησιμοποιείται ένας προγραμματιστής ο οποίος μεταφέρει δεδομένα από και προς το βηματοδότη ασύρματα με ραδιοσυχνότητες χωρίς να χρειάζεται χειρουργική ή επεμβατική ενέργεια (Hamilton & Carroll 2004).

3.3 Αυτόματοι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές

Σε ασθενείς με επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής, τα οποία ανατάσσονται με ηλεκτρικό shock και δεν προλαμβάνονται με φαρμακευτική θεραπεία, συνιστάται η υποδόρια εμφύτευση ενός μικρού απινιδωτή, μεγέθους ίσου με το μέγεθος που είχε τα πρώτα χρόνια η γεννήτρια ενός βηματοδότη, με τον οποίο παρακολουθείται ο καρδιακός ρυθμός και γίνεται αυτόματη ανάταξη της κοιλιακής ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής (Coombs & Ersser 2004).

Ο απινιδωτής εμφυτεύεται στο στήθος του ασθενή με μια μικρή χειρουργική επέμβαση. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στην καρδιά μέσω μιας φλέβας όπως και των βηματοδοτών. (Kamphuis et al. 2004).

3.3.1 Είδη απινιδωτών

Όπως και στους βηματοδότες, υπάρχουν δύο τύποι απινιδωτών (Kuhlkamp 2002):

- Μονοεστιακοί απινιδωτές που αναλύουν το ηλεκτρικό σήμα της δεξιάς κοιλίας και εισάγουν την κατάλληλη θεραπεία.
- Διπλοεστιακοί απινιδωτές που αναλύουν το σήμα ταυτόχρονα από τη δεξιά κοιλία και το δεξιό κόλπο, ώστε να ανιχνεύεται καλύτερα η καρδιακή λειτουργία. Ενώ οι θεραπείες που εισάγονται είναι οι ίδιες με τις αντίστοιχες των μονοεστιακών απινιδωτών, στους διπλοεστιακούς γίνεται καλύτερος διαχωρισμός των κοιλιακών ταχυκαρδιών από τις υπερκοιλιακές και τις κολπικές ταχυκαρδίες. Διάφορες μελέτες έχουν υποδείξει την κλινική εφαρμογή των αυτόματων απινιδωτών, σώζουν περισσότερες ζωές από ότι τα αντιταχυκαρδικά φάρμακα. Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και οι απινιδωτές παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη μείωση του ποσοστού του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Μια πιο πρόσφατη μελέτη κατέδειξε την υπεροχή των ICD έναντι της συμβατικής φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζοντας μείωση της θνησιμότητας κατά 31% με τη χρήση απινιδωτών (Carroll & Hamilton 2005).

Η εξάπλωση της χρήσης των εμφυτεύσιμων απινιδωτών έχει αλλάξει ριζικά στην αντιμετώπιση των κοιλιακών ταχυαρρυθμιών. Η αρρυθμική θνητότητα εξαλείφεται σχεδόν

απόλυτα, ότι δηλαδή έχει γίνει παλαιότερα με τους βηματοδότες και το βραδυαρρυθμικό αιφνίδιο θάνατο. Η ολική πρόγνωση, όμως, κι εδώ εξαρτάται από τη βαρύτητα της υποκείμενης οργανικής καρδιοπάθειας, κάτι που θα πρέπει να συνεκτιμάται πάντοτε στην καθημερινή κλινική πράξη (Herrmann et al. 1997).

3.3.2 Αυτόματοι απινιδωτές

Σωτήρια η χρήση εμφυτεύσιμων ρυθμιστών απινιδωτών σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Κάθε χρόνο σχεδόν 250.000 Αμερικανοί και πολλοί από άλλες χώρες παθαίνουν κατά τη διάρκεια των φυσιολογικών δραστηριοτήτων τους ανακοπή της καρδιάς (αιφνίδια διακοπή της καρδιακής λειτουργίας, η οποία προκαλείται συνήθως από ταχεία χαοτική αρρυθμία γνωστή ως κοιλιακός ινιδισμός ή μαρμαρυγή) (Newman D. et al. 2003).

Ο καλούμενος εξωτερικός απινιδωτής, μια συσκευή που έχει συμβάλλει σημαντικά στην επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας και μπορεί να σταματήσει την κοιλιακή μαρμαρυγή με ένα ισχυρό σωτήριο ηλεκτρικό σοκ (Irvine et al. 2002).

Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου οδήγησε στην ανάπτυξη προσφάτως μικρών φορητών απινιδωτών, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ανεκπαίδευτα παρευρισκόμενα άτομα για τη σωτηρία ατόμων που έχουν πάθει οξεία καρδιακή ανακοπή. Τέτοιες συσκευές είναι ή θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε όλο και περισσότερα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία για κάθε ενδεχόμενο (Irvine et al. 2002).

Τον περασμένο Νοέμβριο η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων ενέκρινε τον πρώτο φορητό απινιδωτή για το σπίτι. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει απινιδωτής άμεσα διαθέσιμος, μια ενδεχόμενη καρδιακή ανακοπή μπορεί να αποβεί μοιραία. Έτσι σε περισσότερες από 95% των περιπτώσεων τα θύματα ανακοπής χάνουν τη ζωή τους πριν προλάβουν να φθάσουν στο νοσοκομείο (Herrmann et al. 1997).

Αντί να εξαρτώνται από την άμεση ύπαρξη εξωτερικής συσκευής, μπορούν τώρα να εμφυτεύονται στο στήρνο πολλών ασθενών υψηλού κινδύνου καρδιορρυθμιστές απινιδωτές μικρού μεγέθους. Μέχρι προσφάτως εμφυτεύσιμοι ρυθμιστές απινιδωτές ICD (implantable cardioverter defibrillators) εγκρίνονταν για σχετικώς επιλεγμένες ομάδες ατόμων, οι οποίοι είχαν επιζήσει καρδιακής ανακοπής, είχαν πάθει διαρκή κοιλιακή ταχυκαρδία (με ταχύ αλλά οργανωμένο καρδιακό ρυθμό) ή για άτομα, τα οποία είχαν διαγνωσθεί ότι διέτρεχαν μεγάλο

κίνδυνο να πάθουν καρδιακή ανακοπή ύστερα από ηλεκτροφυσιολογική εξέταση (επιθετική μέθοδο, με την οποία προκαλούνται σκοπίμως διαταραχές στο ρυθμό (Luderitz et al. 1994).

Με βάση αυτά τα κριτήρια εμφυτεύονταν στις ΗΠΑ περίπου 80.000 ICD το χρόνο. Αναμένεται όμως επέκταση της χρησιμοποίησής τους. Τρεις κύριοι καρδιολογικοί οργανισμοί εξέδωσαν κοινές οδηγίες για την επέκταση κατά πολύ των ενδείξεων για την εμφύτευση απινιδωτή. Τα νέα κριτήρια θα επεκτείνουν πιθανώς τα οφέλη των ICD σε περίπου 3 έως 4 εκατομμύρια Αμερικανούς (Irvine et al. 2002).

3.3.3 Λειτουργία απινιδωτών

Οι απινιδωτές εγκαθίσταται στο στήθος του ασθενούς σε χειρουργείο, ενώ αυτός ευρίσκεται σε βαθιά νάρκωση. Το τμήμα της συσκευής που περιλαμβάνει τον απινιδωτή, μια μικρή οβάλ μονάδα με μπαταρία που μοιάζει με βηματοδότη, εμφυτεύεται κάτω από το δέρμα, κάτω από το οστό του κολάρου. (Hamilton et al. 2007).

Λεπτά καλώδια που είναι συνδεδεμένα με τη συσκευή εισάγονται σε φλέβα πλησίον του αριστερού ώμου και προωθούνται με προσοχή προς τα κάτω, στο μυ της καρδιάς, όπου αισθάνονται τους ρυθμούς της καρδιάς. Το τμήμα της μονάδας του απινιδωτή, υπό κανονικές συνθήκες, αντέχει επί διάστημα 4 έως 6 ετών και κατόπιν εξάγεται και εμφυτεύεται νέο τμήμα. Τα καλώδια παραμένουν συνήθως στη θέση τους χωρίς να αλλάξουν. Η συσκευή πρέπει να ελέγχεται κάθε 3 έως 6 μήνες από καρδιολόγο. Εάν συμβεί κοιλιακή ταχυκαρδία ο ICD παρέχει μια σειρά παλμών χρονομετρημένων με ακρίβεια, ώστε να επιβραδύνει το ρυθμό της καρδιάς. Τυπικώς, οι ασθενείς δεν αισθάνονται αυτήν τη ρύθμιση. Ωστόσο, εάν η αρρυθμία διαρκεί ή επιδεινωθεί προς κοιλιακή αρρυθμία, η συσκευή παρέχει μια κολοσσιαία διέγερση –παρομοιάζεται συχνά με κλωτσιά στο στήθος– για να σταματήσει το επεισόδιο (Hamilton et al. 2007).

Ο παραδοσιακός ICD ενός θαλάμου ρυθμίζει μόνο αρρυθμίες που ξεκινούν από τις κοιλίες (τους δύο κάτω θαλάμους της καρδιάς). Επιπλέον της επιβράδυνσης ενδεχόμενου γρήγορου ρυθμού της καρδιάς, μερικοί ICD μπορούν να λειτουργούν σαν βηματοδότες για να επιταχύνουν το ρυθμό της καρδιάς που είναι ενδεχομένως πολύ βραδύς (Casario et al. 2006).

Πρόοδοι στην τεχνολογία έχουν οδηγήσει σε συσκευές με ευρύτερες δυνατότητες. Μονάδες με δύο θαλάμους μπορούν να ρυθμίζουν τις κοιλίες και τους κόλπους (τους άνω θαλάμους της καρδιάς). Μια συσκευή που εγκρίθηκε προσφάτως, γνωστή ως απινιδωτής

επανασυγχρονισμού, μπορεί να βοηθήσει τις κοιλίες να λειτουργούν μαζί πιο αποτελεσματικά (Casario et al. 2006).

Αυτός είναι ο πρώτος απινιδωτής που μπορεί να ενισχύσει την ισχύ άντλησης της καρδιάς. Μια άλλη συσκευή –μια εξωτερική φορητή μονάδα που υπάρχει σε ένα γιλέκο το οποίο φοριέται από τον ασθενή– μπορεί να προειδοποιεί το άτομο που τη φοράει ότι έχει ανώμαλους ρυθμούς και μπορεί να παρέχει κατ' επιλογήν ένα σοκ, εάν ο ασθενής το αποφασίσει, ή ένα αυτόματο σοκ, εάν ο ασθενής χάσει τις αισθήσεις του (Coombs & Ersser 2004).

3.4 Μείωση θνητότητας

Οι οδηγίες για νέους ICD βασίστηκαν σε δοκιμές εμφύτευσης αυτόματου απινιδωτή σε πολλά ιατρικά κέντρα. Στη δοκιμή ενεγράφησαν 1.232 ασθενείς με ιστορικό μιας τουλάχιστον καρδιακής προσβολής και με κακή καρδιακή λειτουργία βασισμένη σε κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας 30% ή μικρότερο. (Αντιθέτως προς την ανακοπή της καρδιάς, η εμβολή της καρδιάς διεγείρεται από ελάττωση της ποσότητας του οξυγόνου που φθάνει στην καρδιά εξαιτίας κάποιου θρόμβου ή αρτηριακής στένωσης. Το κλάσμα εξώθησης αναφέρεται στο πόσο αίμα αντλεί η καρδιά από τις κοιλίες της σε κάθε κτύπο της· φυσιολογικό είναι 55% ή μεγαλύτερο.) Ύστερα από 2 χρόνια, ο ρυθμός θανάτων μεταξύ των 742 ασθενών, οι οποίοι ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή και είχαν ICD ήταν 14,2% σε σύγκριση προς 19,8% στους 490 ασθενείς, οι οποίοι ακολουθούσαν μόνο φαρμακευτική αγωγή – μείωση της θνητότητας κατά 33% (Pelltier et al. 2002)

Ωστόσο, τα στοιχεία υποδηλώνουν μια πιθανή αδυναμία για τη θεραπεία με ICD επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας – της ανικανότητας της καρδιάς να αντλεί επαρκές αίμα προς τους πνεύμονες και προς τον υπόλοιπο οργανισμό. Για άγνωστους λόγους η ανεπάρκεια της καρδιάς επιδεινώθηκε σε σχεδόν 20% της ομάδας του ICD σε σύγκριση προς περίπου 15% στους ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν μόνο φάρμακα. Ωστόσο, ο θετικός αντίκτυπος της χρησιμοποίησης του ICD στην επιβίωση, ήταν τόσο σημαντικός που η μελέτη διακόπηκε νωρίς, ώστε τα ευρήματα να μπορούν να δημοσιευθούν και να εφαρμοσθούν (Kuhikamp et al. 2002).

3.5 Θεραπεία με ICD

Η θεραπεία με ICD εξακολουθεί να είναι η καθιερωμένη αγωγή αναφοράς σε άτομα με κίνδυνο για καρδιακή ανακοπή (Rogers 2007).

Οι ICD τώρα συστήνονται για εκείνους, οι οποίοι έχουν κλάσμα εξώθησης 30% ή μικρότερο, ένα μήνα ύστερα από καρδιακή εμβολή ή 3 μήνες ύστερα από εγχείρηση παράκαμψης – μπάι πας – στεφανιαίας αρτηρίας ή έπειτα από αγγειοπλαστική (Curtis et al. 2001).

Για εκείνους με καρδιακή ανεπάρκεια ο απινιδωτής επανασυγχρονισμού μπορεί να προσφέρει πλεονεκτήματα σε σύγκριση προς τον συμβατικό απινιδωτή, επειδή επιπλέον της παράτασης της ζωής μπορεί να περιορίζει τα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, όπως η κόπωση και το λαχάνιασμα. Ωστόσο, η εμφύτευση αυτής της συσκευής είναι περισσότερο επικίνδυνη και δαπανηρή. Επομένως, πρέπει να θεωρείται ενδεδειγμένη για άτομα με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, τα οποία δεν έχουν ικανοποιητική φαρμακευτική φροντίδα και τα οποία χρειάζονται επιπλέον θεραπεία με ICD (Herrmann et al. 1997).

3.5.1 Ηλεκτροσόκ εκ των έσω για τους καρδιοπαθείς

Επεκτείνεται η εμφύτευση απινιδωτή. Μόνο στις ΗΠΑ κάθε χρόνο 250.000 άνθρωποι παθαίνουν ανακοπή καρδιάς, ενώ στη συντριπτική πλειονότητά τους τα περιστατικά αποβαίνουν μοιραία, λόγω της μη έγκαιρης διακομιδής του ασθενούς στο νοσοκομείο (Gradaus et al. 2003).

Τώρα, ένας νέος τύπος απινιδωτή - καρδιορρυθμιστή, που μπορεί να εμφυτευθεί στο στήθος πολλών ασθενών υψηλού κινδύνου, υπόσχεται να σώσει χιλιάδες ζωές. Εάν συμβεί κοιλιακή ταχυκαρδία ο απινιδωτής παρέχει μια σειρά παλμών χρονομετρημένων με ακρίβεια, ώστε να επιβραδύνει τον ρυθμό της καρδιάς. Ωστόσο, αν η αρρυθμία διαρκεί ή επιδεινωθεί, η συσκευή παρέχει μια κολοσσιαία διέγερση, που παρομοιάζεται με κλωτσιά στο στήθος, για να σταματήσει το επεισόδιο (Van Den Broek et al. 2006).

Επιπλέον, μερικοί εμφυτεύσιμοι απινιδωτές μπορούν να λειτουργούν σαν βηματοδότες για να επιταχύνουν τον ρυθμό της καρδιάς. Μέχρι πρόσφατα εμφυτεύονταν στις ΗΠΑ 80.000 απινιδωτές τον χρόνο, με βάση όμως τα νέα κριτήρια η χρήση τους πρόκειται να επεκταθεί θεαματικά, με ευεργετικά αποτελέσματα για 4 εκατομμύρια ανθρώπους (Singh 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ /Η ΕΜΦΥΤΕΥΜΕΝΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

4.1 Εισαγωγή

Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής στο χώρο της υγείας άρχισε ουσιαστικά τη δεκαετία του 1930. Η ποιότητα ζωής στον ιατρικό χώρο είναι μία έννοια που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά και περιορισμούς που περιγράφουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί και να βρίσκει ικανοποίηση από αυτό. (Μερκούρης 2003).

Η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται μόνο από την υγεία, αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η ικανοποίηση από την εργασία, τις κοινωνικές σχέσεις κτλ. Γι' αυτό είναι σημαντικό να κατανοήσουμε, ότι η συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μέρος της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Μερκούρης 2003).

4.2 Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο απινιδωτή

Περίπου 75.000 ± 100.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο φέρουν εμφυτεύσιμο καρδιακό απινιδωτή. Ο εμφυτεύσιμος καρδιακός απινιδωτής, παρά την ύπαρξη του ως μία συσκευή «αποταμίευσης ζωής», φέρει ψυχολογικές διαταραχές και κοινωνικούς περιορισμούς στους παραλήπτες. Η εμφύτευση του έχει παρουσιαστεί να προσκρούεται ενάντια στην ποιότητα ζωής, καθώς και η συχνή εμφάνιση κλονισμών συνδέεται με μειωμένη ποιότητα ζωής (Bilge et al. 2006).

Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών μεταβάλλεται και επηρεάζεται από την εμφύτευση της συσκευής. Ολόκληρη η κατάσταση ζωής του ασθενή αλλάζει μετά από την εμφύτευση, η οποία δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα, όπως ανησυχία και θυμό,

επηρεάζοντας διάφορες διαστάσεις, όπως η πνευματική, η διανοητική, η φυσική, η συναισθηματική, η κοινωνικο-πολιτιστική. (Flemme et al. 2001).

Εκτός αυτού και οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχολογικά και κοινωνικά, λόγω της χρόνιας λήψης φαρμακευτικής αγωγής και των πολυάριθμων προβλημάτων της νόσου. Ο τρόπος ζωής των ασθενών αυτών, ή περιπλέκεται περαιτέρω από την παρουσία του εμφυτευμένου καρδιακού απινιδωτή, ή καλυτερεύει λόγω της ασφάλειας που προσφέρει, καταπολεμώντας τις απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες (Bilge et al. 2006).

Οι Herrmann et al. (1997), σε έρευνα που πραγματοποίησαν, αναφέρουν ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, χωρίς εμφυτευμένο απινιδωτή, σε σχέση με τους ασθενείς με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή. Την ίδια άποψη υποστηρίζουν και οι Pelletier et al. (2002), αναφέροντας ότι οι παραλήπτες μπορούν να δεχθούν και να υποστούν την αρνητική επίδραση της συσκευής στην καθημερινότητά τους.

4.3 Ενδείξεις και οφέλη εισαγωγής καρδιακού απινιδωτή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Οι απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου, σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη. Σχεδόν σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες το 40% των θανάτων προκαλούνται από τις απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες. Ο καλύτερος τρόπος για την καταπολέμηση των αρρυθμιών είναι η εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή (Sears et al. 2001, Carrolla et al. 2002).

Αρκετοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο διστάζουν να ακολουθήσουν τη θεραπεία εμφύτευσης απινιδωτή, λόγω διαφόρων ζητημάτων που μπορεί να λάβουν μέρος μετά την εμφύτευση. Τέτοια ζητήματα είναι ο φόβος για τη συσκευή, δυσλειτουργία αυτής, ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα στο σπίτι, στις οικογενειακές σχέσεις, αλλαγή τρόπου ζωής κ.τ.λ. Μέσα από μελέτες, η κύρια αιτία που προκύπτει για την άρνηση της συσκευής είναι ο φόβος για τους κλονισμούς, η ανησυχία ότι ο κλονισμός μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή χωρίς προειδοποίηση (Ahmad et al. 2000, Young et al. 2003).

Μόνο μερικοί ασθενείς απορρίπτουν τη θεραπεία με απινιδωτή. Οι περισσότεροι ασθενείς δέχονται τη θεραπεία αυτή ως μέθοδο εκλογής για την ευημερία τους. Οι ασθενείς αυτοί είναι λιγότερο ανήσυχοι από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο που απορρίπτουν την εμφύτευση, ίσως επειδή η συσκευή τους παρέχει μία αίσθηση ασφάλειας, μας αναφέρουν οι Ahmad et al. (2000) στην έρευνα τους.

Η εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή χαρακτηρίζεται αναγκαία σε υψηλού κινδύνου ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Οι πιο συνηθισμένες ενδείξεις για εισαγωγή καρδιακού απινιδωτή είναι , ένα ή περισσότερα επεισόδια αρρυθμιών, απειλητικά για τη ζωή, η συχνή εμφάνιση επεισοδίων ταχυαρρυθμίας, παρά τη φαρμακευτική αγωγή, η εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου και ιδιοπαθών καρδιακών αρρυθμιών (Eckert et al. 2002).

4.4 Ψυχολογικές επιπτώσεις σε ασθενείς με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή

Παρά τα οφέλη της, η θεραπεία με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή έχει δυσμενή φυσικά, κοινωνικά και ψυχολογικά αποτελέσματα. Σημαντική είναι η εξέταση των αποτελεσμάτων αυτών, στον τρόπο που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Ahmad et al. 2000).

Μέσα από πολλές έρευνες προκύπτει ότι τα πιο συχνά και κοινά συμπτώματα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή είναι η καταθλιπτική διάθεση, ο θυμός, ανησυχία και αβεβαιότητα (Flemme et al. 2001).

Στην αρχή επικρατεί φόβος, φόβος για την αλλαγή του τρόπου ζωής, φόβος για σωματικές αλλαγές , φόβος για αλλαγές στις κοινωνικές δραστηριότητες, φόβος για τυχόν επιπλοκές, φόβος για το μέλλον (Flemme et al. 2001).

Η εμφύτευση του καρδιακού απινιδωτή πολλές φορές μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα ζωής των παραληπτών, λόγω της ασφάλειας που του παρέχει, αλλά επίσης μπορεί να υπάρξουν και δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους λόγω της εμφάνισης των κλονισμών. Αυξημένα επίπεδα ανησυχίας παρατηρούνται και σε ότι αφορά την ασφάλεια των συσκευών αυτών, όπως στην αναγγελία μία πιθανής δυσλειτουργίας. (Van Den Broek.et al. 2006, Groeneveld et al. 2007, Ozasa N. et al. 2007).

Η εμφάνιση των κλωνισμών μπορεί να οδηγήσει σε ενόχληση και ανησυχία του παραλήπτη. Ελάχιστες πληροφορίες είναι διαθέσιμες για συμπτώματα συστημάτων που προειδοποιούν τους παραλήπτες για ένα επικείμενο κλωνισμό. Η εμπειρία του κλωνισμού μπορεί να περιλάβει συμπτώματα, όπως η ναυτία και η συγκοπή (Herrmann et al. 1997, Pelletier et al. 2002).

Η μεγάλη συχνότητα των κλωνισμών παίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς, οι υψηλοί βαθμοί ανησυχίας και κατάθλιψης είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη συχνότητα εμφάνισής τους. Έτσι ο φόβος για επαναλαμβανόμενους κλωνισμούς έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή δραστηριοτήτων, αλλαγή στην καθημερινότητα, που συμβάλει στην αλλαγή της ποιότητας ζωής (Herrmann et al. 1997, Eckert et al. 2002, Ozasa et al. 2007).

Με την εμφύτευση της συσκευής επηρεάζεται και η ποιότητα του ύπνου των ασθενών, με την οποία σχετίζονται και οι απροειδοποίητες εμφανίσεις των κλωνισμών. Σε έρευνα των Serber et al. (2003), οι ασθενείς που δέχονται κυρίως κλωνισμούς κατά τη διάρκεια της νύκτας, παρουσιάζονται να έχουν χαμηλή ποιότητα ύπνου σε σχέση με εκείνους που δέχονταν κλωνισμούς κατά τη διάρκεια της μέρας. Επίσης προκύπτει ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες, οι οποίοι εμφανίζουν, με μικρή διαφορά από τις γυναίκες, κατάθλιψη και ανησυχία (Smith et al. 2000, Vitiello et al. 2002, Serber et al. 2003).

Πρόσφατες έρευνες (Flemme et al. 2001, Pelletier et al. 2002), αναφέρουν ότι μετά από την περίοδο ενός έτους οι ασθενείς παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση, ενώ το αίσθημα της αβεβαιότητας και του φόβου, για την κατάσταση ζωής, μειώθηκε, εφόσον έλαβαν την εμπειρία αυτή, της εμφύτευσης, ως ένα αίσθημα ασφάλειας, ένα αίσθημα ευγνωμοσύνης και πεποίθησης για το μέλλον. Αντίθετα αποτελέσματα είχαν οι Bilge et al. (2006), όπου στην έρευνα τους, τα αποτελέσματα κατάθλιψης και ανησυχίας βρέθηκαν υψηλότερα στους ασθενείς που είχαν εμφυτευμένο απινιδωτή για περισσότερο από πέντε έτη και κυρίως σε αυτούς που δέχτηκαν τους περισσότερους κλωνισμούς.

4.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή

Η ζωή των ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή αλλάζει φυσικά, κοινωνικά, ψυχολογικά. Ορισμένοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών αυτών είναι η ηλικία, το οικογενειακό περιβάλλον, το εργασιακό περιβάλλον, το μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες κ.τ.λ. (Ahmad et al. 2000).

4.5.1 Ηλικία

Ερευνητές μας αναφέρουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην προσαρμογή ασθενών διαφορετικών ηλικιών, στην καθημερινότητα, μετά την εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή (Hamilton & Carroll 2004, Elliott 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Hamilton & Carroll (2004), αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και εμφάνιζαν ελαφρώς μεγαλύτερη ανησυχία, στη χρονική διάρκεια των πρώτων 6 με 12 μηνών, σε σχέση με τους νεότερους παραλήπτες, οι οποίοι είχαν καλύτερη φυσική κατάσταση και έδειξαν μεγαλύτερη αποδοχή στη συσκευή.

Μετά το πέρασμα του πρώτου έτους, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, 67-84 ετών, βλέπουν την συσκευή ως ευεργέτη για την επέκταση της ζωής τους. Επίσης, οι νεότεροι παραλήπτες, ηλικίας 21- 61 ετών, βελτιώνονται στην φυσική τους κατάσταση, στα επίπεδα ανησυχίας και ειδικά στην αποδοχή της συσκευής (Linde 2000, Elliott 2005).

Η Linde (2000) τονίζει ότι η αποδοχή αυτή, εν μέρει, οφείλεται σε ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας, η οποία είναι αναγκαία.

Σύμφωνα με μελέτες που αξιολογούν την ηλικία των παραληπτών, σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους, βρίσκουν ότι οι νεότεροι ασθενείς, ηλικίας 19-49 ετών, έχουν ανησυχίες για τη σωματική άσκηση, την κοινωνική και τη σεξουαλική ζωή. Μερικοί έχουν δυσκολία στη συναισθηματική προσαρμογή, με αυξημένα τα επίπεδα ανησυχίας και φόβου, καθώς

παρουσιάζουν και αυξημένες διαταραχές στον ύπνο, μειωμένη ενέργεια και κοινωνική απομόνωση (Linde 2000, Serber 2003, Hamilton & Carroll 2004).

4.5.2 Οικογένεια, Εργασία, Κοινωνικο-οικονομικός τομέας

Η αλλαγή του τρόπου ζωής ασθενών μετά την εμφύτευση του απινιδωτή, έδωσε έμφαση στην έλλειψη ελέγχου και σε συναισθήματα, όπως φόβος, αδυναμία, ανησυχία, ανασφάλεια (Eckert et al. 2002).

Σύμφωνα με τους Eckert et al. (2002), οι παραλήπτες αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι, από τις οικογένειές τους. Ενώ, οι Flemme et al. (2001) συσχετίζουν την εμφάνιση ανησυχίας με την υπερπροστατευτική οικογένεια. Πολλές φορές ένα πρόσωπο, λόγω της ασθένειάς του, μπορεί να αισθανθεί ότι χάνει το ρόλο του μέσα στην οικογένεια, επικρατώντας σε αυτόν το αίσθημα της απώλειας θέσης και της έλλειψης ανεξαρτησίας (J. James et al. 2001).

Η συσκευή έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, κυρίως στη λειτουργία του ατόμου κανονικά στην κοινωνία, όπως γίνεται αυτό αντιληπτό από αυτό. Οι ασθενείς αισθάνονται χαμηλό αυτοσεβασμό, κοινωνικές διακρίσεις και συγκρίσεις από τα άλλα άτομα, όπως και απώλεια ανεξαρτησίας και κοινωνική απομόνωση (Ahmad et al. 2000, Sears et al. 2001, James et al. 2001).

Σημαντικά ζητήματα ακόμα που τους απασχολούν είναι η συναισθηματική υγεία και η οικονομική θέση. Αρκετοί ασθενείς αγωνιούν για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του προβλήματος της υγείας τους (Ahmad et al. 2000, Sears et al. 2001).

Έρευνες μας αποκαλύπτουν ότι υπάρχουν περιορισμοί και στην οδήγηση. Οι ασθενείς που πριν οδηγούσαν ταξί, φορτηγά, ιδιωτικά αεροπλάνα, ταχύπλοα κ.τ.λ., ενημερώνονται να μην οδηγούν για αποφυγή ατυχημάτων ή τραυματισμών, λόγω πιθανής εμφάνισης κλονισμών. Αυτό πολλές φορές έχει ως συνέπεια την απώλεια εργασία, ή την πρόωρη συνταξιοδότηση των ασθενών που φέρουν απινιδωτή, καθώς και έλλειψη εμπιστοσύνης στην οδήγηση από τα οικογενειακά μέλη (Ahmad et al. 2000, Pelletier et al. 2002, James et al. 2001).

Οι νέοι παραλήπτες, ηλικίας 7 έως 18 ετών, είναι σε θέση να επιστρέψουν στο σχολείο, ενώ συνήθως διακατέχονται από αίσθημα κατάθλιψης και συχνά παρουσιάζουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Sears et al. 2001).

4.6 Ομάδες υποστήριξης και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Η εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή είναι μέθοδος εκλογής για κάθε ασθενή, για τη θεραπεία των ταχυαρρυθμιών. Η μέθοδος όμως αυτή φέρει συνέπειες στην ευημερία των ασθενών, η χειρουργική επέμβαση, η υποβολή του ασθενούς για τις απαραίτητες εξετάσεις, η πιθανή εισαγωγή στο νοσοκομείο, η μετεγχειρητική φροντίδα κ.τ.λ.. Η καρδιακή χειρουργική επέμβαση αυξάνει την ανησυχία και την κατάθλιψη των ασθενών (Herrmann et al. 1997).

Οι ασθενείς σήμερα, πέρα μίας επιτυχούς χειρουργικής επέμβασης, έχουν ανάγκη καλύτερης ψυχικής επαφής, περισσότερης πληροφόρησης και αμεσότερης σχέσης. Όλο και περισσότεροι ασθενείς επιλέγουν οι ίδιοι το χειρουργικό «περιβάλλον» της εμπιστοσύνης τους με αντικειμενικότερα κριτήρια, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους στον ίδιο βαθμό που αναμένουν την αύξηση της διάρκειας της (Μερκούρης 2003).

Η προεγχειρητική βελτίωση της κοινωνικής και φυσικής κατάστασης του ασθενή αλλά και της συναισθηματικής του ευεξίας εν όψει του χειρουργείου, σχετίζονται άμεσα με την επιδιωκόμενη μετεγχειρητική βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Η ύπαρξη ενός σωστά εκπαιδευμένου νοσηλευτή- συντονιστή είναι απαραίτητη, που θα φροντίζει συνολικά και συστηματικά για την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων, τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν και παράγοντα χάραξης πολιτικής στην υγεία, στο τόσο ευαίσθητο αυτό τομέα (Μερκούρης 2003).

Σύμφωνα με τους Eckert et al. (2002) το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει, να καθησυχάσει και να ενθαρρύνει τους παραλήπτες, αναγνωρίζοντας τις ανησυχίες και τους φόβους τους. Επίσης πρέπει να είναι ικανό να προετοιμάσει τους νέους παραλήπτες και τις οικογένειες τους, με την παροχή εκπαιδευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Διδακτικά βίντεο και γραπτό υλικό μπορεί να είναι χρήσιμα για την εκπαίδευση αυτών (Eckert et al. 2002).

Τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρύνονται, για την ομαλή συνέχιση των μεταξύ τους σχέσεων. Οι παραλήπτες καρδιακού απινιδωτή και οι οικογένειές τους μπορούν να ωφεληθούν από τη μεταξύ τους συζήτηση, για τυχόν φόβους και ανησυχίες που τους απασχολούν, με τη βοήθεια ομάδων υποστήριξης, που μπορούν να τους προσφέρουν και συναισθηματική υποστήριξη (Linde 2000, Eckert et al. 2002).

Οι διαβουλεύσεις με την ψυχιατρική πρέπει να είναι ένα μέρος της θεραπείας για τους ασθενείς με απινιδωτή, ειδικά για εκείνους που αποτελούν τις ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή με τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και ανησυχίας (Bilge et al. 2006). Γι' αυτό οι παραλήπτες πρέπει να ενθαρρύνονται και να συζητούν τις ανησυχίες τους με τους υπεύθυνους ιατρούς. Λόγω των κοινών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς, μπορούν και μεταξύ τους να συζητούν τις ανησυχίες τους, στηρίζοντας και συμβουλευοντας ο ένας τον άλλο (Groeneveld et al. 2007).

Από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, γενικά το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με εμφυτευμένο απινιδωτή, μετά το πέρασμα του ενός έτους, εμφανίζονται να αντιμετωπίζουν και να αισθάνονται καλά σε γενικές γραμμές με τη συσκευή. Εντούτοις, μερικοί ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων και των νεότερων, λόγω της αυξημένης συχνότητας των κλονισμών, χρειάζονται ειδική υποστήριξη (Linde 2000).

Η δημιουργία ομάδων, από επαγγελματίες υγείας, αφιερωμένων στην ειδική υποστήριξη όλων των ασθενών είναι αναγκαία. Οι ομάδες αυτές εκτός από ιατρούς και ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν φυσικοθεραπευτές, φυσιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς (Linde 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΛΕΤΗ

5.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο/ ή και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, όσον αφορά το Δημόσιο Νοσοκομείο, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου Κρήτης.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που πρόκειται να εξετασθούν είναι:

1. Ποιοι οι φυσικοί περιορισμοί που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.
2. Ποια η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.
3. Ποια η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.

5.3 Επιλογή είδους μελέτης- σχεδιασμός

Σύμφωνα με την Α.Σαχίνη *«Τα σχέδια συσχέτισης ενδιαφέρονται για αλληλοσχετιζόμενες μεταβλητές, παρατηρώντας πόση αλλαγή μίας μεταβλητής σχετίζεται με αλλαγή στην άλλη μεταβλητή»* (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης έρευνας βασίστηκε σε περιγραφική μελέτη-συσχέτισης για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

5.4 Ερευνητικό πεδίο-χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στο Δημόσιο Νοσοκομείο, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου, το οποίο θεωρείται ίδρυμα που παρέχει Πρωτοβάθμια-Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη και στα νησιά της Δωδεκανήσου και απασχολεί 818 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με τη ΔΥΠΕ Κρήτης 2006.

Η συλλογή των δεδομένων για την έρευνα διήρκεσε έξι μήνες, κατά το διάστημα Απριλίου έως Σεπτεμβρίου 2007.

5.5 Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν όλοι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο /ή με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας, οι οποίοι πληρούσαν ορισμένα κριτήρια, βρίσκονταν μεταξύ του II και του IV Σταδίου ΝΥΗΑ (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Ο πληθυσμός πρόσβασης ήταν το σύνολο των ασθενών της καρδιολογικής κλινικής, του Δημόσιου Νοσοκομείου, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου, με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.

Το δείγμα είναι 120 ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής, του Δημόσιου Νοσοκομείου, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου. Επιλέχθηκαν 60 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και άλλοι 60 με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.

5.6 Επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του δείγματος η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας, η οποία σύμφωνα με τη μεθοδολογία έρευνας της Σαχίνη (1997), δεν διασφαλίζει στο κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού ότι θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Με την δειγματοληψία μη πιθανότητας τα αποτελέσματα μπορεί

να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, αλλά συνήθως τα στοιχεία δεν μπορούν να γενικευθούν για το σύνολο του πληθυσμού.

Η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας χωρίζεται σε δύο τύπους δειγματοληψίας, στη δειγματοληψία ευκολίας και στη σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία. Από τους δύο τύπους δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και όχι στην ανάλυση των αιτιάσεων που επιδρούν και καθορίζουν το συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον.

Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας, καθώς και τα συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής του δείγματος στη μελέτη που καθορίστηκαν σύμφωνα με τον σκοπό της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που η έρευνα καλείται να απαντήσει.

5.7 Ερευνητικό εργαλείο

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MAC NEW, το οποίο είναι πολύτιμο εργαλείο για και τη σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Παρατίθεται στο Παράρτημα Α) (Hofer et al. 2004).

Το ερωτηματολόγιο καρδιακών παθήσεων, MacNew, σχεδιάστηκε για τη μέτρηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας της ζωής και την αξιολόγηση το πώς οι καθημερινές

δραστηριότητες και η σωματική, συναισθηματική, και κοινωνική λειτουργία επηρεάζονται από τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις και τη θεραπεία της (Hofer et al. 2004).

Το ερωτηματολόγιο MACNEW (heart disease health- related quality of life questionnaire) είναι ερωτηματολόγιο ειδικό για καρδιολογικούς ασθενείς και βασίζεται σε παλαιότερο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (Oldridge et al. 1991).

Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: την ψυχολογική (psychological), τη φυσική (physical), και την κοινωνική (social) κατάσταση των ασθενών και περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις. Η βαθμολογία γίνεται με κλίμακα Likert 7 σημείων (Ποτέ, Σπάνια, Λίγες φορές, Μερικές φορές, Συχνά, Πολύ συχνά και συνεχώς) και μετράει τη συχνότητα κάποιων συμπτωμάτων, συναισθημάτων, συμβάντων ή καταστάσεων που βίωσε ο ασθενής τη χρονική περίοδο των τελευταίων δύο εβδομάδων (πριν από τη πραγματοποίηση της συνέντευξης) (Μερκούρης 2003).

Έχει μεταφραστεί ήδη σε 9 γλώσσες, ενώ σε εξέλιξη είναι η μετάφραση σε άλλες πέντε. Η αξιοπιστία συνοχής (Cronbach alpha) έχει βρεθεί 0.94 για τη συναισθηματική, 0.89 για τη φυσική και 0.84 για την κοινωνική διάσταση, ενώ οι τρεις περιοχές που καλύπτει εξηγούν το 63% της μεταβλητότητας. Επίσης, η εγκυρότητα συσχέτισης με άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής έχει αξιολογηθεί ως πολύ καλή (Lim LL-Y et al. 1993).

Το σημαντικό, όμως πλεονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι ότι έχει αναπτυχθεί ειδικά για ασθενείς με στεφανιαία νόσο, και φαίνεται να υπερτερεί έναντι των άλλων ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (Dempster et al. 1996).

Η μετάφραση, η προσαρμογή, καθώς και ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα έχουν γίνει με τη συνεργασία των ερευνητών που ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο. Σε πιλοτική έρευνα που έγινε σε Έλληνες ασθενείς (N=30) η αξιοπιστία (Cronbach alpha) κυμάνθηκε από 0.83 έως 0.92 για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου (Μερκούρης 2003).

5.8 Δεοντολογία της έρευνας

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont, όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (2004), «Μεθοδολογία Έρευνας», οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

α. Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη. Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιουδήποτε είδους πίεση. Ο απαιτούμενος χρόνος ήταν αρκετός. Οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και δεν προσέλαβαν την προσωπικότητα των ατόμων.

β. Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. «Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη» (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Στη συγκεκριμένη έρευνα οι ασθενείς πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα των ερευνητών. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Ενημερώθηκαν ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν.

γ. Δικαίωμα αυτοαπόφασης. «Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει ότι τα δυνητικά υποκείμενα έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στην τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιουδήποτε είδους» (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για τη συμπλήρωσή του ή όχι.

δ. Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. «Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Έπειτα από συνεννόηση με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ο αριθμός μητρώου διατηρήθηκε για να εξασφαλισθεί η ορθότητα του δείγματος, ενώ η εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων επισημάνθηκε αρκετές φορές.

5.9 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για τη συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε επίσκεψη στους ασθενείς του ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου).

Οι ασθενείς ρωτήθηκαν προφορικά εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι ασθενείς συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους έγιναν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την σωστή συμπλήρωσή του, ενώ σε άλλους η συμπλήρωση έγινε μέσω συνέντευξης, από τους ερευνητές.

Σε κάθε ασθενή συμπληρώθηκε εκτός από το ερωτηματολόγιο και η ατομική «κάρτα ασθενούς», που περιέχει στοιχεία όπως: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον ασφαλιστικό φορέα, το μορφωτικό επίπεδο, στοιχεία που αφορούν το καρδιολογικό πρόβλημα των ασθενών κ.τ.λ. (Παρατίθεται στο Παράρτημα Α). Η «κάρτα του ασθενούς»

δημιουργήθηκε από τους ερευνητές, διότι προσφέρει στοιχεία που βοηθούν στην καλύτερη ερμηνεία και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Ο μέσος χρόνος που χρειάστηκε για την συμπλήρωση της «κάρτας του ασθενούς» ήταν περίπου 5 λεπτά και του ερωτηματολογίου σε κάθε ασθενή ήταν περίπου 15 λεπτά, ενώ παράλληλα δίνονταν από τους ερευνητές οι απαραίτητες διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες των ασθενών.

5.10 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης - παρουσίασης αποτελεσμάτων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 14 (Statistical Package of Social Sciences 14th edition, SPSS) και ακολουθήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης (κατανομή συχνοτήτων, εκατοστιαίες αναλογίες, μέση τιμή, διάμεση τιμή, τυπική απόκλιση), καθώς και απλές στατιστικές δοκιμασίες t-test, ANOVA, χ^2 -test, T-test).

Τα αποτελέσματα πρόκειται να παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα που σύμφωνα με την Σαχίνη (1997), είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

5.11 Περιορισμοί μελέτης

Όπως σε κάθε μελέτη, έτσι και στη συγκεκριμένη, αντιμετωπίστηκαν διάφορες δυσκολίες και περιορισμοί.

Στη συγκεκριμένη μελέτη εφαρμόστηκε σκόπιμη δειγματοληψία, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής.

Ως μέγεθος δειγματοληψίας θεωρείται φτωχή μέθοδος προσέγγισης του δείγματος διότι μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και υπάρχει πιθανότητα το δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό.

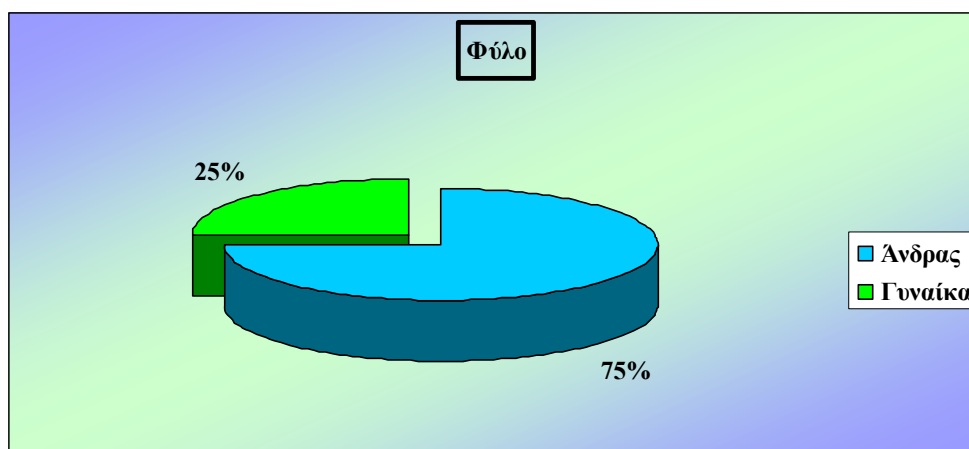
5.12 Αποτελέσματα

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 120 ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής, του Δημόσιου Νοσοκομείου, ΠΑΓΝΗ (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου), του Νομού Ηρακλείου. Επιλέχθηκαν 60 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και άλλοι 60 με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν από 28 έως 89 ετών, εκείνες με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν από 60 έως 75 ετών.

A1. Σύμφωνα με την «Κάρτα Ασθενούς», (βλέπε παράρτημα A1), που συμπληρώθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο, από τους ασθενείς, έχουμε τα εξής δημογραφικά στοιχεία:

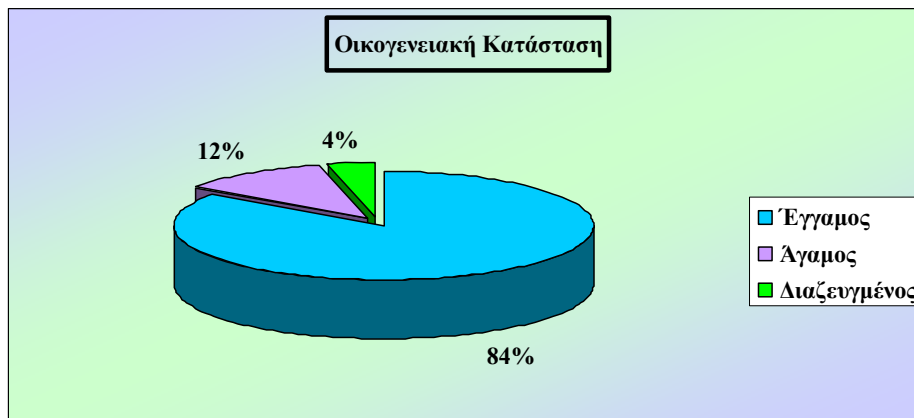
Φύλο:

Η πλειοψηφία (75%) των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν άνδρες, ενώ το 25% των ασθενών, με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, ήταν γυναίκες.



Οικογενειακή Κατάσταση:

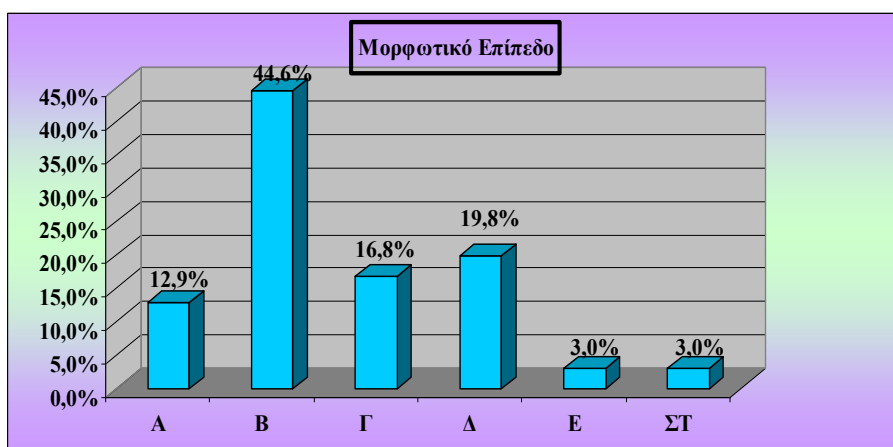
Το 84% των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, ήταν έγγαμοι, το 12% ήταν άγαμοι, ενώ το 4% διαζευγμένοι.



Μορφωτικό Επίπεδο:

Το 44,6% του πληθυσμού που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν Απόφοιτοι Δημοτικού, το 19,8% ήταν Απόφοιτοι Λυκείου, το 16,8% ήταν Απόφοιτοι Γυμνασίου, το 12,9% ήταν χωρίς Στοιχειώδη Μόρφωση.

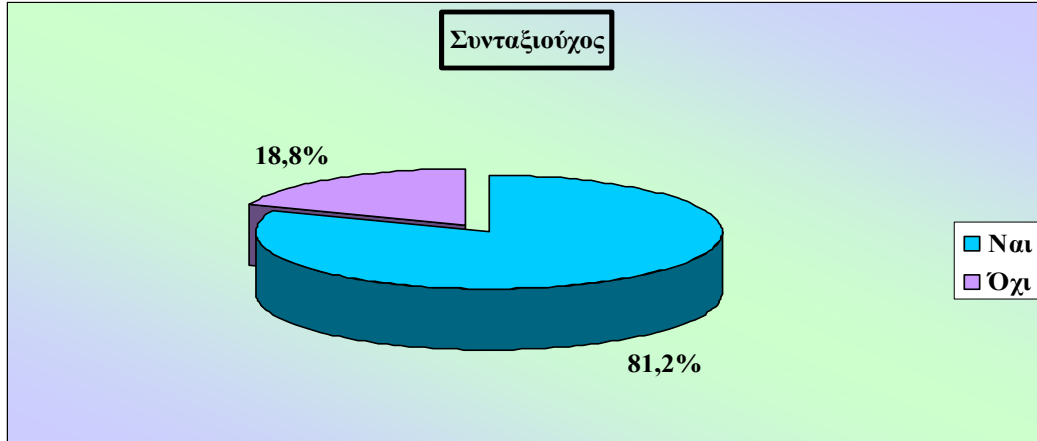
Οι Απόφοιτοι ΤΕΙ ήταν σε ποσοστό 3%, ομοίως και οι Απόφοιτοι ΑΕΙ, σε ποσοστό 3%.



- Α. Χωρίς Στοιχειώδη Μόρφωση
- Β. Απόφοιτος Δημοτικού
- Γ. Απόφοιτος Γυμνασίου
- Δ. Απόφοιτος Λυκείου
- Ε. Απόφοιτος ΤΕΙ
- ΣΤ. Απόφοιτος ΑΕΙ

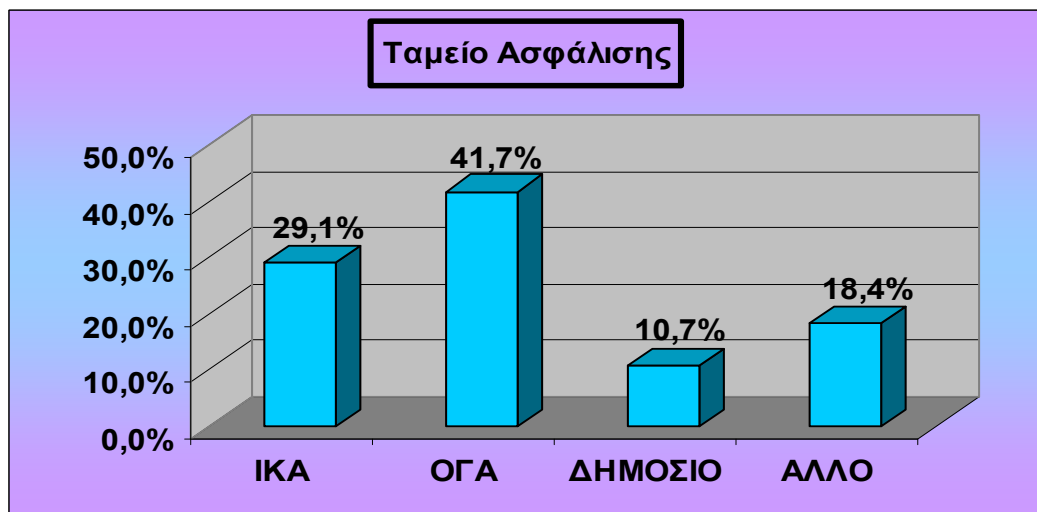
Συνταξιούχος:

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 81,2%, των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι ήταν συνταξιούχοι, ενώ το 18,8% στην ερώτηση αυτή απάντησε ότι ακόμα εργάζονταν.



Ταμείο Ασφάλισης:

Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ υπερίσχυαν σε ποσοστό 41,7%, το 29,1% ήταν ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, το 10,7% του Δημοσίου, ενώ το 18,4% των ασθενών ανήκαν σε κάποιο άλλο ασφαλιστικό ταμείο.



Διάγνωση:

Η πλειοψηφία των ασθενών (46,7%), που έλαβαν μέρος στην έρευνα, έπασχαν από στεφανιαία νόσο. Το 27,5% των ασθενών απάντησε ότι η διάγνωση, για το καρδιολογικό τους πρόβλημα, ήταν καρδιακή ανεπάρκεια. Αρρυθμίες εμφάνιζε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών της τάξης του 0,8%.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου Νόσος	1	0,8	0,8	0,8
Στεφανιαία Νόσος	56	46,7	46,7	47,5
Καρδιακή Ανεπάρκεια	33	27,5	27,5	75,0
Διατακτική Μυοκαρδιοπάθεια	10	8,3	8,3	83,3
Αρρυθμίες	1	0,8	0,8	84,2
Άλλο	19	15,8	15,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Κλάσμα Εξώθησης:

Σπουδαίο στοιχείο πρόβλεψης της επιβίωσης των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι η λειτουργία της αριστερής κοιλίας, με τη μέτρηση του κλάσματος εξώθησης.

Το κλάσμα εξώθησης στους περισσότερους ασθενείς (29,4%) κυμαινόταν στο 30,0%, αμέσως μετά, σε ποσοστό ίσο με 25,7%, έρχονται οι ασθενείς με κλάσμα εξώθησης ίσο με 25%. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών (0,9%) παρουσίαζε μειωμένο κλάσμα εξώθησης (18%), το οποίο συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών, καρδιακής ανεπάρκειας και θανάτου.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18,0%	1	0,8	0,9	0,9
20,0%	6	5,0	5,5	6,4
25,0%	28	23,3	25,7	32,1
30,0%	32	26,7	29,4	61,5
35,0%	12	10,0	11,0	72,5
40,0%	15	12,5	13,8	86,2
45,0%	1	0,8	0,9	87,2
50,0%	9	7,5	8,3	95,4
60,0%	3	2,5	2,8	98,2
70,0%	2	1,7	1,8	100,0
Total	109	90,8	100,0	
Missing System	11	9,2		
Total	120	100,0		

Στάδιο NYHA (New York Heart Association):

Σύμφωνα με την αξιολόγηση, της λειτουργικότητας των ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα, κατά NYHA και τα στατιστικά αποτελέσματα, βρέθηκε ότι το 59,3% των ασθενών βρίσκονταν στο 3^ο Στάδιο NYHA, το 29,6% στο 2^ο Στάδιο NYHA, ενώ μόνο το 11,1% βρισκόταν στο 4^ο Στάδιο.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	32	26,7	29,6	29,6
3	64	53,3	59,3	88,9
4	12	10,0	11,1	100,0
Total	108	90,0	100,0	
Missing System	12	10,0		
Total	120	100,0		

Καρδιοχειρουργική Επέμβαση- CABG (Coronary Artery Bypass Graft Surgery):

Το 26,6% των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είχε υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση/ αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ενώ το 73,4% δεν είχε υποβληθεί.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	21	17,5	26,6	26,6
Όχι	58	48,3	73,4	100,0
Total	79	65,8	100,0	
Missing System	41	34,2		
Total	120	100,0		

Αγγειοπλαστική- PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty):

Μόνο 45% των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική, ενώ το 55% δεν είχε υποβληθεί.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	45	37,5	45,0	45,0
Όχι	55	45,8	55,0	100,0
Total	100	83,3	100,0	
Missing System	20	16,7		
Total	120	100,0		

Βηματοδότης – Απινιδωτής:

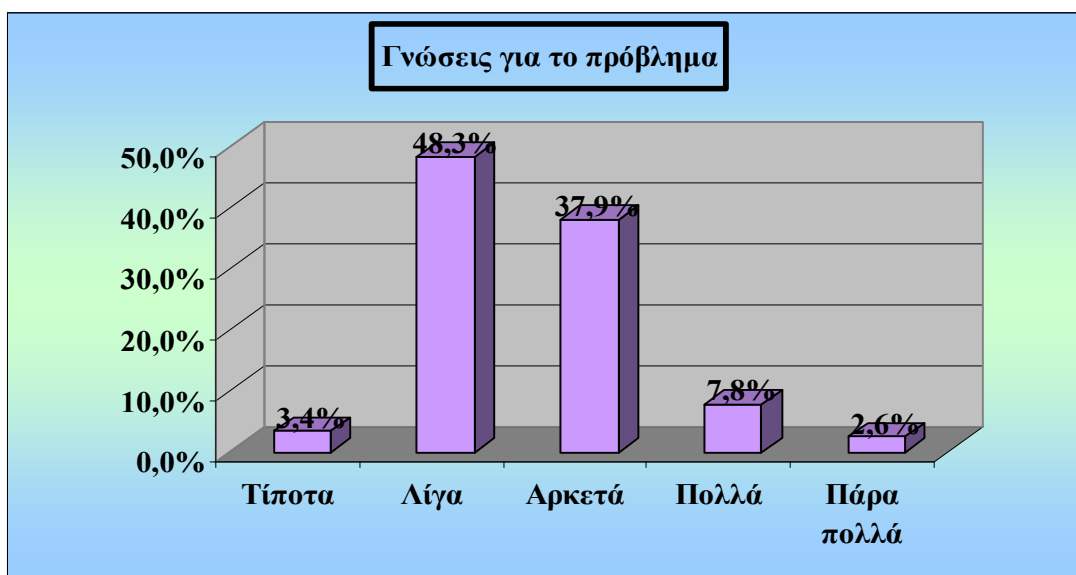
Στη μελέτη, μόνο το 52,9% των ασθενών έφερε εμφυτευμένο βηματοδότη- απινιδωτή, ενώ το 47,1% των ασθενών δεν έφερε εμφυτευμένο βηματοδότη- απινιδωτή, απλά έπασχε από στεφανιαία νόσο.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	45	37,5	52,9	52,9
Όχι	40	33,3	47,1	100,0
Total	85	70,8	100,0	
Missing System	35	29,2		
Total	120	100,0		

Γνώσεις για το πρόβλημα:

Οι περισσότεροι ασθενείς (ποσοστό 48,3%), είχαν ελάχιστες γνώσεις για το καρδιολογικό πρόβλημα που παρουσίαζαν, ενώ το 3,4% δε γνώριζε τίποτα.

Μόνο το 2,6% των ασθενών απάντησαν ότι γνώριζαν πάρα πολλά σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν, το 7,8% των ασθενών πολλά, ενώ το 37,9% αρκετά.



A2. Το ερωτηματολόγιο, MACNEW, αναλύει τρεις διαστάσεις: τη ψυχολογική (psychological), τη φυσική (physical), και την κοινωνική (social) κατάσταση των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, σε 27 ερωτήσεις.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με το πώς αισθάνθηκαν τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Στην ερώτηση 1 (παράρτημα A2), για το ποσό συχνά αισθανθήκαν ανυπόμονοι ή θυμωμένοι, το 20% των ασθενών απάντησε «πολύ συχνά». Ποσοστό 20,8% των ασθενών απάντησε «μερικές φορές» ότι αισθάνθηκαν ανυπόμονοι ή θυμωμένοι, ενώ ίδιος αριθμός ασθενών (20,8%) απάντησε «σπάνια».

Η πλειοψηφία (52,5%) του πληθυσμού των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, σύμφωνα με την ερώτηση 2 (παράρτημα A2), δεν αισθάνθηκε «ποτέ» ότι δεν άξιζε ή ότι ήταν ανεπαρκής. Μικρότερο ποσοστό ασθενών, 7,5%, αισθάνθηκε «λίγες φορές» ότι δεν άξιζε ή ότι ήταν ανεπαρκής, ενώ «συχνά» απάντησε μόνο το 4,2% των ατόμων.

Από τους ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα και σύμφωνα με την ερώτηση 3 (παράρτημα A2), μόνο ένα μικρό ποσοστό 6,7% αισθάνθηκε πολύ σίγουρο και βέβαιο ότι θα μπορούσε να τα καταφέρει με το πρόβλημα της καρδιάς του. Ενώ οι περισσότεροι ασθενείς (38,3%) απάντησαν ότι δεν ήταν καθόλου σίγουροι και βέβαιοι ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν με το καρδιολογικό τους πρόβλημα.

Στην ερώτηση 4 (παράρτημα A2), για το πόσο συχνά αισθάνθηκαν αποθαρρημένοι ή απογοητευμένοι, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά των ασθενών (το 25,8% των ασθενών απάντησε «ποτέ», το 27,5% «σπάνια»), δεν έφεραν τέτοια συναισθήματα. Αντίθετα με το 7,5% των ασθενών που ανέφερε ότι αισθανόντουσαν «συχνά» αποθαρρημένοι και απογοητευμένοι.

Συμφωνά με την ερώτηση 5 (παράρτημα A2), το 1,7% των ασθενών αισθανόντουσαν «συνεχώς» ήρεμοι και χωρίς ένταση, ενώ το 10,8% «συχνά». Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό (30.0%) των ασθενών αισθανθήκαν «λίγες φορές» ηρεμία και απουσία έντασης.

Το 25,8% των ασθενών που έλαβε μέρος στην έρευνα ανέφερε ότι «σπάνια» αισθάνθηκε εξαντλημένο ή με πεσμένη ενέργεια (ερώτηση 6- παράρτημα Α2). Σε αντίθεση με το 9,2% των ασθενών όπου αισθανόντουσαν εξαντλημένοι και με πεσμένη ενέργεια «πολύ συχνά» και το 19,2% των ασθενών που απάντησε μερικές «μερικές φορές».

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 8 (παράρτημα Α2), προκύπτει ότι το 25% των ασθενών αισθάνθηκε «σπάνια» ανησυχία ή δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμίσει. Σε αντίθεση με το 12,5% των ασθενών απάντησε ότι «πολύ συχνά» αισθανόντουσαν ανήσυχoi και είχαν δυσκολία στην προσπάθειά τους να ηρεμίσουν.

Στην ερώτηση 9 (παράρτημα Α2), οι ασθενείς ρωτήθηκαν τι εντάσεως λαχάνιασμα είχαν ενώ έκαναν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν, οι ασθενείς δε φάνηκε να παρουσιάζουν ιδιαίτερο πρόβλημα όσον αφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, καθώς οι απαντήσεις που δόθηκαν κυμαινόντουσαν στις ακόλουθες κατηγορίες, «μέτριο», «λίγο», «πολύ λίγο», με αντίστοιχα ποσοστά 22,9%, 18,6%, 18,6%. Το 7,6% των ασθενών είχε «έντονο» λαχάνιασμα κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, ενώ το 4,2% των ασθενών χαρακτήρισε το λαχάνιασμα αυτό «υπερβολικό».

Όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών (ερώτηση 10- παράρτημα Α2), το 26,7% απάντησε ότι «μερικές φορές» ήταν δακρυσμένοι και έτοιμοι να κλάψουν, καθώς και το 15,8% των ασθενών απάντησε «συχνά». Το 18,3% ανέφερε ότι δεν αισθάνθηκε το συναίσθημα αυτό, αφού «σπάνια» δάκρυσαν ή έκλαψαν.

Σημαντικό είναι, ότι οι περισσότεροι ασθενείς (33,3%), σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα της ερώτησης 11 (παράρτημα Α2), παρόλα τα προβλήματα της καρδιάς τους, δεν αισθάνθηκαν «ποτέ» εξαρτώμενοι από τους άλλους. Στην ερώτηση αυτή, μόνο το 5% των ασθενών απάντησε ότι «πολύ συχνά» αισθανόταν εξαρτημένο από τους άλλους λόγω του καρδιολογικού του προβλήματος, σε αντίθεση με το 18,3% των ασθενών που απάντησε «λίγες φορές».

Σχετικά με τις κοινωνικές δραστηριότητες (ερώτηση 12- παράρτημα Α2), το 43,7% των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, απάντησε ότι «ποτέ» δεν περιορίστηκαν ή δεν ήταν σε θέση να κάνουν τις καθημερινές τους κοινωνικές δραστηριότητες, λόγω του καρδιολογικού τους προβλήματος.

Το 10,1% αναφέρει ότι περιορίστηκε «μερικές φορές», ενώ το 5% των ασθενών απάντησε ότι «συνεχώς» αισθανόταν ότι δεν ήταν σε θέση να κάνει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Τα αποτελέσματα στην ερώτηση 13 (παράρτημα A2) όσο αφορά την εμπιστοσύνη των άλλων ως προς τους ασθενείς, έδειξαν ότι παρέμεινε η ίδια όπως και στο παρελθόν, πριν από το πρόβλημα τις καρδιάς τους. Καθώς το 70,6% των ασθενών απάντησε ότι «ποτέ» δεν αισθάνθηκαν ότι οι άλλοι δεν τους είχαν εμπιστοσύνη όπως τους είχαν και στο παρελθόν πριν από το καρδιολογικό τους πρόβλημα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (4,2%) ασθενών απάντησε «μερικές φορές».

Όσον αφορά την (ερώτηση 14- παράρτημα A2), το 43,7% των ασθενών απάντησε ότι δεν αισθάνθηκαν «ποτέ» πόνο στο στήθος, ενώ έκαναν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το 10,1% των ασθενών απάντησε ότι κάνοντας τις καθημερινές τους δραστηριότητες αισθάνθηκε «μερικές φορές» πόνο στο στήθος, ενώ το 5% δεν μπορούσε να κάνει με ευκολία τις καθημερινές δραστηριότητες αφού αισθανόταν πόνο συνεχώς.

Το 21,7% των ασθενών αναφέρει ότι «λίγες φορές» αισθάνθηκαν αβέβαιοι για τον εαυτό τους ή τους έλειπε αυτοπεποίθηση, σύμφωνα με την (ερώτηση 15- παράρτημα A2). Ενώ σε μεγαλύτερο ποσοστό 36,7% ανερχόταν οι απαντήσεις των ασθενών όπου «σπάνια» αισθάνθηκαν αβέβαιοι και με ελλειπή αυτοπεποίθηση.

Επίσης, το 15,1% των ασθενών ανέφερε ότι αισθανόταν συνεχώς ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια (ερώτηση 16- παράρτημα A2), ενώ το 18,5% των ασθενών «μερικές φορές». Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 21%, ανέφερε ότι δεν αισθάνθηκε «ποτέ» τέτοιου είδους ενόχληση.

Οι ασθενείς ρωτήθηκαν αν αισθάνθηκαν αγωνία ή φόβο (ερώτηση 18- παράρτημα A2). Επικράτησε το 35% των ασθενών, απαντώντας ότι «σπάνια» αισθάνθηκαν τα αισθήματα αυτά. Σε αντίθεση με το 6,7% των ασθενών που ανέφεραν ότι τους κυριάρχησαν συναισθήματα αγωνίας και φόβου «πολύ συχνά»

Κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και σύμφωνα με την ερώτηση 19 (παράρτημα A2), το 32,8% των ασθενών δεν εμφάνισε «ποτέ» αίσθημα ζάλης, ενώ το 31,9% των ασθενών «λίγες φορές».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης 20 (παράρτημα A2), οι ασθενείς, σε ποσοστό 16,9%, περιορίζονταν «πολύ συχνά» από το καρδιολογικό τους πρόβλημα. «Συχνό» περιορισμό ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν ασθενείς, σε ποσοστό 16,1%. Σε αντίθεση με το 21,2% του πληθυσμού, που απάντησε ότι λίγες φορές έχει περιοριστεί λόγω του καρδιολογικού του προβλήματος.

Το 21,8% των ασθενών αναφέρει ότι «συχνά» αισθάνθηκε αβέβαιο ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορούσε να κάνει, (ερώτηση 21- παράρτημα A2), ενώ ίδιο ποσοστό (21,8%) ασθενών απάντησε ότι «σπάνια» αισθάνθηκαν αβέβαιοι.

Συγκεκριμένα, όσο αφορά ασκήσεις- σπορ (ερώτηση 17- παράρτημα A2), το 31,1% των ασθενών απάντησε ότι «πολύ συχνά», δεν ήταν σε θέση να κάνει ασκήσεις ή σπορ, λόγω του καρδιολογικού τους προβλήματος. Σε αντίθεση με το 14,3% που δεν ανέφεραν να είχαν ιδιαίτερο πρόβλημα, απαντώντας «λίγες φορές», όπως και το 6,7% των ασθενών που απάντησαν «σπάνια».

Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα της ερώτησης 22 (παράρτημα A2) προκύπτει ότι οι οικογένειες των ασθενών, μετά τη διάγνωση του καρδιολογικού τους προβλήματος, εμφανιζόντουσαν πιο υπερπροστατευτικές. Αφού, το 53,8% των ασθενών απάντησαν «πολύ συχνά» και το 17,6% «συνεχώς», ότι αισθανόντουσαν τα μέλη της οικογένειάς τους να είναι πιο υπερπροστατευτικά ως προς αυτούς.

Ενώ στις περισσότερες οικογένειες επικρατούσε ένα υπερπροστατευτικό κλίμα οι ίδιοι ασθενείς, σε ποσοστό 73,5%, ανέφεραν ότι «ποτέ» δεν αισθάνθηκαν ότι ήταν βάρος στους άλλους (ερώτηση 23- παράρτημα A2). Μόνο ένα μικρό ποσοστό 4,3% των ασθενών είχε το αίσθημα αυτό, απαντώντας «μερικές φορές» στην ερώτηση αυτή.

Συμπληρωματικά, τα αποτελέσματα έδειξαν (ερώτηση 24- παράρτημα A2) ότι η πλειοψηφία, σε ποσοστό 32,8%, των ασθενών, συνέχισε να κάνει πράγματα με τους άλλους ανθρώπους χωρίς να τους επηρεάζει το καρδιολογικό τους πρόβλημα. Ενώ το 17,6% στην ίδια ερώτηση απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθανθήκαν ότι δεν έκαναν πράγματα με τους άλλους ανθρώπους, λόγω του προβλήματος της καρδιάς τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης 25 (παράρτημα A2), η πλειοψηφία των ασθενών δε μετέβαλε την κοινωνική τους δραστηριότητα, λόγω του καρδιολογικού

προβλήματος, απαντώντας «σπάνια». Μόνο ένα ποσοστό, της τάξης του 5,9%, «πολύ συχνά» αισθανόταν ότι δεν ήταν σε θέση να έχει κοινωνική δραστηριότητα.

Γενικά, οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι όντως αισθανόταν σωματικό περιορισμό (ερώτηση 26- παράρτημα A2), λόγω του καρδιολογικού προβλήματος, το 16% απάντησε «πολύ συχνά» και το 18,5% αυτών «συχνά». Ενώ το 17,5% των ασθενών «σπάνια» αισθάνθηκε κάποιο σωματικό περιορισμό.

Στην ερώτηση 27 (παράρτημα A2) οι ασθενείς ρωτήθηκαν αν αισθάνθηκαν ότι το καρδιολογικό τους πρόβλημα έχει περιορίσει ή επηρεάσει τη σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Το 26,9% των ασθενών, στην ερώτηση αυτή, απάντησε ότι «συνεχώς» περιοριζόταν η σεξουαλική τους δραστηριότητα, το 13,4% των ασθενών απάντησε «μερικές φορές», ενώ το 11,8% ότι «σπάνια» είχαν προβλήματα στη σεξουαλικότητα.

Γενικά, όσον αφορά την προσωπική τους ζωή (ερώτηση 7- παράρτημα A2) το μεγαλύτερο ποσοστό (29,4%) των ασθενών αισθανόταν «πολύ συχνά» ικανοποιημένο και ευτυχισμένο, το 10,9% των ασθενών αισθάνθηκε «λίγες φορές» ικανοποιημένο από την προσωπική του ζωή. Μόνο το 5% των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν «πλήρως» ικανοποιημένοι.

Γενικά συμπεράσματα που αφορούν τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή που προκύπτουν, από τη στατιστική ανάλυση της κάρτας του ασθενούς και του ερωτηματολογίου MACNEW, είναι:

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων (MACNEW), όσον αφορά το φύλο καθώς και τις τρεις διαστάσεις (σωματική-συναισθηματική-κοινωνική) συνολικά, προέκυψε ότι οι άνδρες (μέση τιμή= 5,0) ασθενείς εμφανίζουν χαμηλότερο δείκτη ποιότητα ζωής, από τις γυναίκες ασθενείς (μέση τιμή= 4,2), με στεφανιαία νόσο και με εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, P-Value=0,005.

Μεγαλύτερα ποσοστά συναισθηματικής επίπτωσης στην ποιότητα ζωής τους εμφανίζουν οι άνδρες ασθενείς (μέση τιμή= 5,2) , με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο απινιδωτή, σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς(μέση τιμή= 4,5), P-Value= 0,009.

Σε φυσικό επίπεδο οι άνδρες (μέση τιμή= 4,8) φέρουν μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης των δραστηριοτήτων τους, σε σχέση με τις γυναίκες (μέση τιμή= 4,0), P-Value= 0,0011.

Καλύτερη ποιότητα κοινωνικής ζωής, εμφανίζουν οι γυναίκες (μέση τιμή= 4,1), αφού το καρδιολογικό τους πρόβλημα δεν τις επηρεάζει τόσο, όσο τους άνδρες (μέση τιμή= 4,8), P-Value= 0,007.

T-Test
Group Statistics

	Άνδρες	Γυναίκες	
	Μέση Τιμή (& St. Deviation)	Μέση Τιμή (& St. Deviation)	P Value
MacNew Physical a	4,8 (1,0)	4,0 (1,4)	0,011
MacNew Emotional a	5,2 (0,8)	4,5 (1,2)	0,009
MacNew Social a	4,8 (1,0)	4,1 (1,3)	0,007
MacNew Total a	5,0 (0,8)	4,2 (1,2)	0,005

Student Test Equal Variances not assumed

Όσον αφορά την ηλικία καθώς και τις τρεις διαστάσεις (σωματική-συναισθηματική-κοινωνική) συνολικά του ερωτηματολογίου MACNEW, προέκυψε ότι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ηλικίας κάτω των 65 ετών (μέση τιμή= 4,4), φέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (μέση τιμή= 5,2), P- Value< 0,001.

Σε φυσικό επίπεδο, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (μέση τιμή= 5,1) εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα ζωής τους, που πηγάζουν από το καρδιολογικό τους πρόβλημα, σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών (μέση τιμή= 4,1) , P- Value< 0,001.

Οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (μέση τιμή= 5,4) φέρουν μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης του δείκτη ποιότητας ζωής, λόγω αρνητικής συναισθηματικής επίπτωσης, σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών (μέση τιμή= 4,8), P-Value< 0,001.

Καλύτερη ποιότητα κοινωνικής ζωής, εμφανίζουν οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών (μέση τιμή= 4,2), αφού το καρδιολογικό τους πρόβλημα δεν τους επηρεάζει τόσο, όσο τους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (μέση τιμή= 5,1), P- Value< 0,001.

T-Test
Group Statistics

	< 65 ετών	> 65 ετών	
	Μέση Τιμή (& St. Deviation)	Μέση Τιμή (& St. Deviation)	P Value
MacNew Physical a	5,1 (0,8)	4,1 (1,1)	< 0,001
MacNew Emotional a	5,4 (0,8)	4,8 (1,0)	< 0,001
MacNew Social a	5,1 (0,8)	4,2 (1,1)	< 0,001
MacNew Total a	5,2 (0,8)	4.4 (1,1)	< 0,001

Student Test Equal Variances not assumed

Ένα όργανο μέτρησης πρέπει να πληρεί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις και συνθήκες, προκειμένου αφενός τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και αφετέρου να είναι δυνατή η ερμηνεία τους.

Μέσα από τη στατιστική ανάλυση, βρέθηκε ότι ο δείκτης αξιοπιστίας, για την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου MACNEW ανέρχεται σε 0,830.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,830	0,884	14

5.13 Συζήτηση

Η ποιότητα ζωής έχει πλέον αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός δείκτης αποτελέσματος της φροντίδας υγείας και βρίσκεται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Βαλάση-Αδάμ 2001, Μερκούρης 2003).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα καρδιολογικά προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, που πάσχουν από αυτά. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη μείωση του δείκτη της ποιότητας ζωής, ειδικά των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή (The Dartmouth Atlas Of Health Care In Michigan 1997, Herrmann et al 1997, Flemme et al. 2001, Pelletier et al. 2002, Elliott 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου δείγματος, προέκυψε ότι οι άνδρες ασθενείς εμφανίζουν χαμηλότερο δείκτη ποιότητα ζωής. Το καρδιολογικό τους πρόβλημα, τους περιορίζει τόσο κοινωνικο-σωματικά, όσο και συναισθηματικά, σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς, με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν έρευνες των Smith et al. (2000) , Vitiello et al. (2002), Serber et al. (2003). Από τις οποίες προκύπτει ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες, οι οποίοι εμφανίζουν, με μικρή διαφορά από τις γυναίκες, κατάθλιψη και ανησυχία.

Μέσα από πολλές έρευνες προκύπτει ότι τα πιο συχνά και κοινά συμπτώματα σε στεφανιαίους ασθενείς είναι η καταθλιπτική διάθεση, ο θυμός, η ανησυχία και η αβεβαιότητα (Flemme et al. 2001).

Στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς φέρουν συμπτώματα θυμού, έντασης, καθώς και σημεία περιορισμού των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, λόγω του καρδιολογικού τους προβλήματος.

Σε άλλη σχετική έρευνα, που διεξήχθη σε Νοσοκομείο του Michigan (1997), αναφέρεται ότι η διάγνωση, η πρόγνωση, καθώς και η επιλογή αποτελεσματικής θεραπείας, για τη στεφανιαία νόσο, προκαλεί άγχος, φόβο, θυμό σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα.

Λόγω τις μεγάλης αύξησης του ποσοστού εμφάνισης συναισθηματικών προβλημάτων των ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα, διάφορες έρευνες αναζητούν κατά καιρούς την αιτία απ' όπου αυτά πηγάζουν. Υποθετικά μπορεί να αναφερθεί ότι, οι ασθενείς της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν αισθήματα θυμού, έντασης και αγωνίας, λόγω της καρδιοχειρουργική επέμβασης που θα υποβληθούν ή που είχαν υποβληθεί και της αβεβαιότητας, που αισθάνονται για το μέλλον, σε διαστάσεις τόσο κοινωνικές όσο και σωματικές. Όπως αναφέρουν και οι Herrmann et al (1997) σε έρευνα τους, η καρδιολογική χειρουργική επέμβαση αυξάνει την ανησυχία και την κατάθλιψη των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών που πρόκειται να υποβληθούν σε εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή.

Ερευνητές αναφέρουν ότι, ενώ ο εμφυτεύσιμος καρδιακός απινιδωτής έχει βελτιώσει εντυπωσιακά τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από απειλητικές αρρυθμίες για τη ζωή, έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνα τους έδειξαν ότι, ενώ οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση εμφύτευσης καρδιακού απινιδωτή αρχικά φάνηκε να προσαρμόζονται με τη συσκευή, στη συνέχεια εμφάνισαν σύγχυση και ψυχολογική καταπόνηση (Herrmann et al. 1997, Carroll et al. 2002).

Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μελέτη, που διεξήχθη στο Νοσοκομείο «Karolinska», της Στοκχόλμης, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση καρδιακού απινιδωτή, τα οποία έδειξαν ότι οι παραλήπτες παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποδοχή στη συσκευή μετά το πέρασμα του πρώτου έτους, από την εμφύτευση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, 67-84 ετών, βλέπουν την συσκευή ως ευεργέτη για την επέκταση της ζωής τους, καθώς και οι νεότεροι παραλήπτες, ηλικίας 21- 61 ετών, βελτιώνονται στην φυσική τους κατάσταση και στα επίπεδα ανησυχίας, ειδικά στην αποδοχή της συσκευής. (Linde 2000).

Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών και κυρίως οι άνδρες, εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα κοινωνικά και φυσικά, που πηγάζουν από το καρδιολογικό τους πρόβλημα, σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών.

Σε σχετικές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, των Hamilton & Carroll (2004) και του Elliott (2005), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι και εμφάνιζαν ελαφρώς μεγαλύτερη ανησυχία, σε σχέση με τους νεότερους

ασθενείς, οι οποίοι είχαν καλύτερη φυσική κατάσταση και έδειξαν μεγαλύτερη προσοχή στο καρδιολογικό τους πρόβλημα.

Οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών, της μελέτης αυτής, φέρουν μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης του δείκτη ποιότητας ζωής, λόγω αρνητικής συναισθηματικής επίπτωσης, σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών.

Αντίθετα, σε παρόμοια μελέτη που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, που διεξήχθη στη Φλόριντα και δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2001, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι «νέοι» καρδιολογικοί ασθενείς, που εμφάνιζαν κυρίως αρρυθμίες ή έφεραν εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, διακατέχονται από αισθήματα κατάθλιψης και συχνά παρουσιάζουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Sears et al. 2001).

Από τη στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου Macnew και σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών, στην παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι οικογένειες των ασθενών, μετά τη διάγνωση του καρδιολογικού τους προβλήματος, εμφανίζονται πιο υπερπροστατευτικές προς αυτούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει το γεγονός ότι, ενώ στις περισσότερες οικογένειες επικρατούσε ένα υπερπροστατευτικό κλίμα, η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ότι «ποτέ» δεν αισθάνθηκε βάρος στους άλλους. Συνέχισε να κάνει πράγματα με τους άλλους ανθρώπους, ενώ ένιωθε κάποιο περιορισμό λόγω του καρδιολογικού τους προβλήματος.

Αντίθετα αποτελέσματα είχαν οι Eckert et al. (2002) σε έρευνα τους, όπου οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι, από τις οικογένειες τους.

Ωστόσο πολλές μελέτες υποστηρίζουν και συσχετίζουν την εμφάνιση ανησυχίας με την υπερπροστατευτική οικογένεια. Πολλές φορές ένα πρόσωπο, λόγω της ασθένειάς του, μπορεί να αισθανθεί ότι χάνει το ρόλο του μέσα στην οικογένεια, επικρατώντας σε αυτό το αίσθημα της απώλειας θέσης και η έλλειψη ανεξαρτησίας (Ahmad et al. 2000, Flemme et al. 2001, James et al. 2001, Pelletier et al. 2002).

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός, ότι ο χαμηλός δείκτης ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή, κυρίως των ανδρών ηλικίας άνω των 65 ετών, πιθανώς να πηγάζει από την άγνοια τους για το

καρδιολογικό τους πρόβλημα. Καθώς και οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι είχαν πολύ λίγες γνώσεις, όσο αφορά το καρδιολογικό τους πρόβλημα.

Οι ασθενείς σήμερα πέρα μίας επιτυχούς χειρουργικής επέμβασης, έχουν την ανάγκη καλύτερης ψυχικής επαφής, περισσότερης πληροφόρησης και αμεσότερης σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας (Μερκούρης 2003).

Πρωταρχικό ρόλο για τη σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση των καρδιολογικών ασθενών, έχουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό, κάνουν λόγο για τον ιδιαίτερο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, που μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο/ ή εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή (Tagney et al. 2004, Nicholas M. 2004).

5.14 Συμπεράσματα μελέτης

- Διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο καρδιακό απινιδωτή και διαπιστώθηκε ότι κυρίως οι άνδρες έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης της ποιότητας ζωής. Εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα όσο αφορά το φυσικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο.
- Όσο αφορά την ηλικία, προέκυψε ότι οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών φέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών.
- Οι οικογένειες των ασθενών παρουσιάζονται περισσότερο υπερπροστατευτικές απέναντι τους, μετά από τη διάγνωση του καρδιολογικού τους προβλήματος.
- Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι ελλείψεις γνώσεις τους όσον αφορά το καρδιολογικό τους πρόβλημα.

5.15 Προτάσεις

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και εμφυτευμένο απινιδωτή είναι σημαντικός τομέας που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης. Το σπουδαιότερο και σημαντικότερο ρόλο στην καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών, φέρουν οι επαγγελματίες υγείας.

Η δημιουργία ομάδων, από επαγγελματίες υγείας, αφιερωμένων στην ειδική υποστήριξη όλων των ασθενών είναι αναγκαία. Οι ομάδες αυτές εκτός από ιατρούς και νοσηλευτές, θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν φυσικοθεραπευτές, φυσίατρος και κοινωνικούς λειτουργούς.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, που λαμβάνουν μέρος στην φροντίδα των ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα, θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και ειδικά καταρτισμένοι, έτσι ώστε να είναι ικανοί και να μπορούν να αντιμετωπίσουν κάθε είδους πρόβλημα (σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό), που μπορεί να παρουσιαστεί, καθώς και να αναπτυχθεί κλίμα εμπιστοσύνης.

Ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένο και καταρτισμένο, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει, να καθησυχάσει και να ενθαρρύνει τους ασθενείς, αναγνωρίζοντας τις ανησυχίες και τους φόβους τους που σχετίζονται με το καρδιολογικό τους πρόβλημα. Επίσης πρέπει να είναι ικανό να προετοιμάσει τους νέους παραλήπτες και τις οικογένειές τους, με την παροχή εκπαιδευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Διδακτικά βίντεο και γραπτό υλικό μπορεί να είναι χρήσιμα για την εκπαίδευση αυτών.

Τα οικογενειακά μέλη πρέπει να ενθαρρύνονται, για την ομαλή συνέχιση των μεταξύ τους σχέσεων. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να ωφεληθούν από τη μεταξύ τους συζήτηση, για τυχόν φόβους και ανησυχίες που τους απασχολούν, με τη βοήθεια ομάδων υποστήριξης, που μπορούν να τους προσφέρουν επίσης και συναισθηματική υποστήριξη.

Σε όσους ασθενείς όπου η θεραπεία για την αποκατάσταση της υγείας τους, χρήζει χειρουργικής επέμβασης το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να ενημερώσει

και να εξηγήσει το είδος και τη διαδικασία της. Επίσης η ενημέρωση όσο αφορά την προεγχειριστική και τη μετεγχειριστική πορεία των ασθενών, καθώς και των πιθανών επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν, είναι απαραίτητη. Το κλίμα εμπιστοσύνης που υπάρχει μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη και γρηγορότερη αποκατάσταση της υγείας τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η συζήτηση μεταξύ ομάδων ασθενών υψηλού δείκτη ποιότητας ζωής με ομάδες ασθενών χαμηλού δείκτη ποιότητας ζωής μπορεί ακόμα να βοηθήσει. Η πρώτη ομάδα μπορεί να συμβάλλει στην προσαρμογή και στην ενθάρρυνση των ασθενών της δεύτερης ομάδας, για την καλύτερη αντιμετώπιση του καρδιολογικού τους προβλήματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΚΑΡΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- ΚΛΙΝΙΚΗ/ΙΑΤΡΕΙΟ: _____ Α. Μ. ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____
- Ονοματεπώνυμο: _____
- Δ/ση κατοικίας: _____

- Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____
- Ηλικία: ___ έτη Φύλο: άντρας γυναίκα
- Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος άγαμος διαζευγμένος χήρος
- Μορφωτικό επίπεδο: αγράμματος δημοτικό γυμνάσιο
λύκειο - τεχν. σχολή ανώτερη ανώτατη
- Συνταξιούχος: Ναι Όχι Επάγγελμα: _____
- Ταμείο ασφάλισης: ΙΚΑ ΟΓΑ Δημόσιο Άλλο _____
- Άλλα χρόνια/συνοδά νοσήματα: _____

- Ημερομηνία διάγνωσης καρδιολογικού προβλήματος: ___ / ___ / _____
- Διάγνωση: _____
- Κλάσμα εξώθησης: _____ Στάδιο NYHA: _____
- Λόγος επίσκεψης στο ιατρείο/κλινική: _____
- CABG: Ναι Όχι , αν ναι:
Επέμβαση: _____ Ημερ/νία επέμβασης: ___ / ___ / ___
- PTCA: Ναι Όχι , αν ναι:
Επέμβαση: _____ Ημερ/νία επέμβασης: ___ / ___ / ___
- Βηματοδότης: Ναι Όχι , αν ναι:
Τύπος: _____ Ημερ/νία εμφύτευσης: ___ / ___ / ___
- Για το πρόβλημα της υγείας σας θα λέγατε ότι γνωρίζετε:
1 2 3 4 5
τίποτα λίγα αρκετά πολλά πάρα πολλά

Σχόλια, παρατηρήσεις: _____

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να πραγματοποιήσουμε μια έρευνα, για να διερευνήσουμε την ποιότητα ζωής που έχουν οι ασθενείς με καρδιολογικό πρόβλημα.

Η έρευνα αυτή θα μας βοηθήσει στον εντοπισμό προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι καρδιολογικοί ασθενείς σε σχέση με την καθημερινότητά τους. Θεωρούμε τη βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική.

Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική. Εάν δεχτείτε να συμμετάσχετε, μπορείτε να σταματήσετε οποτεδήποτε θέλετε εάν εσείς το κρίνετε σκόπιμο.

MACNEW-Ελληνική έκδοση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις για το πώς αισθανόσαστε ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ 2 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ.

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε το κουτάκι που συμφωνεί με την απάντησή σας.

1. Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανυπόμονος ή θυμωμένος;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

2. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

3. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά αισθανθήκατε πολύ σίγουρος και βέβαιος ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε με το πρόβλημα της καρδιάς σας;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

4. Γενικά, πόσο συχνά αισθανθήκατε αποθαρρημένος ή απογοητευμένος τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

5. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ήρεμος και χωρίς ένταση;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

6. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε εξαντλημένος ή με πεσμένη ενέργεια;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

7. Πόσο ευτυχισμένος, ικανοποιημένος ή ευχαριστημένος ήσασταν με την προσωπική σας ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

- ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ, ΔΥΣΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ
- ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
- ΠΛΗΡΩΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ, ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΔΕΝ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑ

8. Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανήσυχος ή ότι είχατε δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμίσετε;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

9. Τι εντάσεως λαχάνιασμα είχατε ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες τις τελευταίες 2 εβδομάδες.

- ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΕΝΤΟΝΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΑΡΚΕΤΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΜΕΤΡΙΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΛΙΓΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ
- ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ

10. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε δακρυσμένος ή έτοιμος να κλάψετε;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

11. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είσαστε περισσότερο εξαρτώμενος από άλλους από ότι ήσασαν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

12. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν ήσασαν σε θέση να κάνετε τις συνηθισμένες σας κοινωνικές δραστηριότητες;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

13. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι οι άλλοι δεν σας έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως σας είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

14. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε πόνο στο στήθος ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

15. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος για τον εαυτό σας ή ότι σας έλειπε αυτοπεποίθηση;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

16.Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

17.Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί στο να κάνετε ασκήσεις ή σπορ λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΑΡΚΕΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΜΕΤΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

18.Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αγωνία ή φόβο;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

20. Γενικά τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί λόγω του προβλήματος της καρδιάς σας;

- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΑΡΚΕΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΜΕΤΡΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ
- ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΣ

21. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορείτε να κάνετε;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

22. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι η οικογένεια σας είναι υπερπροστατευτική προς εσάς;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

23. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είστε βάρος στους άλλους;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

24. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν κάνετε πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

25. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν είσαστε σε θέση να έχετε κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

27. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι το πρόβλημα της καρδιάς έχει περιοριστεί ή επηρεάσει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;

- ΣΥΝΕΧΩΣ
- ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
- ΣΥΧΝΑ
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΛΙΓΕΣ ΦΟΡΕΣ
- ΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΤΕ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Στατιστικά στοιχεία

1. Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανυπόμονος ή θυμωμένος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	7	5,8	5,8	5,8
	Πολύ συχνά	24	20,0	20,0	25,8
	Συχνά	17	14,2	14,2	40,0
	Μερικές φορές	25	20,8	20,8	60,8
	Λίγες φορές	17	14,2	14,2	75,0
	Σπάνια	25	20,8	20,8	95,8
	Ποτέ	5	4,2	4,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

2. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	1	0,8	0,8	0,8
	Πολύ συχνά	4	3,3	3,3	4,2
	Συχνά	5	4,2	4,2	8,3
	Μερικές φορές	8	6,7	6,7	15,0
	Λίγες φορές	9	7,5	7,5	22,5
	Σπάνια	30	25,0	25,0	47,5
	Ποτέ	63	52,5	52,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

3. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, πόσο συχνά αισθανθήκατε πολύ σίγουρος και βέβαιος ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε με το πρόβλημα της καρδιάς σας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	1	0,8	0,8	0,8
	Πολύ συχνά	8	6,7	6,7	7,5
	Συχνά	10	8,3	8,3	15,8
	Μερικές φορές	18	15,0	15,0	30,8
	Λίγες φορές	21	17,5	17,5	48,3
	Σπάνια	46	38,3	38,3	86,7
	Ποτέ	16	13,3	13,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

4. Γενικά, πόσο συχνά αισθανθήκατε αποθαρρημένος ή απογοητευμένος τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	3	2,5	2,5	2,5
	Πολύ συχνά	7	5,8	5,8	8,3
	Συχνά	9	7,5	7,5	15,8
	Μερικές φορές	15	12,5	12,5	28,3
	Λίγες φορές	22	18,3	18,3	46,7
	Σπάνια	33	27,5	27,5	74,2
	Ποτέ	31	25,8	25,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

5. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ήρεμος και χωρίς ένταση;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	2	1,7	1,7	1,7
	Πολύ συχνά	7	5,8	5,8	7,5
	Συχνά	13	10,8	10,8	18,3
	Μερικές φορές	34	28,3	28,3	46,7
	Λίγες φορές	36	30,0	30,0	76,7
	Σπάνια	24	20,0	20,0	96,7
	Ποτέ	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

6. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε εξαντλημένος ή με πεσμένη ενέργεια;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συνεχώς	3	2,5	2,5	2,5
Πολύ συχνά	11	9,2	9,2	11,7
Συχνά	16	13,3	13,3	25,0
Μερικές φορές	23	19,2	19,2	44,2
Λίγες φορές	21	17,5	17,5	61,7
Σπάνια	31	25,8	25,8	87,5
Ποτέ	15	12,5	12,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

8. Γενικά, πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ανήσυχος ή ότι είχατε δυσκολία στην προσπάθεια να ηρεμίσετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συνεχώς	2	1,7	1,7	1,7
Πολύ συχνά	15	12,5	12,5	14,2
Συχνά	12	10,0	10,0	24,2
Μερικές φορές	23	19,2	19,2	43,3
Λίγες φορές	30	25,0	25,0	68,3
Σπάνια	30	25,0	25,0	93,3
Ποτέ	8	6,7	6,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

10. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε δακρυσμένος ή έτοιμος να κλάψετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συνεχώς	7	5,8	5,8	5,8
Πολύ συχνά	11	9,2	9,2	15,0
Συχνά	19	15,8	15,8	30,8
Μερικές φορές	32	26,7	26,7	57,5
Λίγες φορές	19	15,8	15,8	73,3
Σπάνια	22	18,3	18,3	91,7
Ποτέ	10	8,3	8,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

11. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είσαστε περισσότερο εξαρτώμενος από άλλους από ότι ήσασαν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	5	4,2	4,2	4,2
	Πολύ συχνά	6	5,0	5,0	9,2
	Συχνά	7	5,8	5,8	15,0
	Μερικές φορές	14	11,7	11,7	26,7
	Λίγες φορές	22	18,3	18,3	45,0
	Σπάνια	26	21,7	21,7	66,7
	Ποτέ	40	33,3	33,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

12. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν ήσασαν σε θέση να κάνετε τις συνηθισμένες σας κοινωνικές δραστηριότητες;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	6	5,0	5,0	5,0
	Πολύ συχνά	9	7,5	7,6	12,6
	Συχνά	5	4,2	4,2	16,8
	Μερικές φορές	12	10,0	10,1	26,9
	Λίγες φορές	14	11,7	11,8	38,7
	Σπάνια	21	17,5	17,6	56,3
	Ποτέ	52	43,3	43,7	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

13. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι οι άλλοι δεν σας έχουν πια την ίδια εμπιστοσύνη όπως σας είχαν στο παρελθόν πριν το πρόβλημα της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	5	4,2	4,2	4,2
	Πολύ συχνά	3	2,5	2,5	6,7
	Συχνά	2	1,7	1,7	8,4
	Μερικές φορές	5	4,2	4,2	12,6
	Λίγες φορές	5	4,2	4,2	16,8
	Σπάνια	15	12,6	12,6	29,4
	Ποτέ	84	70,0	70,6	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

14. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε πόνο στο στήθος ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	6	5,0	5,0	5,0
	Πολύ συχνά	9	7,5	7,6	12,6
	Συχνά	5	4,2	4,2	16,8
	Μερικές φορές	12	10,0	10,1	26,9
	Λίγες φορές	14	11,7	11,8	38,7
	Σπάνια	21	17,5	17,6	56,3
	Ποτέ	52	43,3	43,7	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

15. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος για τον εαυτό σας ή ότι σας έλειπε αυτοπεποίθηση;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	1	0,8	0,8	0,8
	Πολύ συχνά	7	5,8	5,8	6,7
	Συχνά	10	8,3	8,3	15,0
	Μερικές φορές	11	9,2	9,2	24,2
	Λίγες φορές	26	21,7	21,7	45,8
	Σπάνια	44	36,7	36,7	82,5
	Ποτέ	21	17,5	17,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

16. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ενόχληση από πόνο ή κούραση στα πόδια;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	5	4,2	4,2	4,2
	Πολύ συχνά	18	15,0	15,1	19,3
	Συχνά	18	15,0	15,1	34,5
	Μερικές φορές	22	18,3	18,5	52,9
	Λίγες φορές	16	13,3	13,4	66,4
	Σπάνια	15	12,5	12,6	79,0
	Ποτέ	25	20,8	21,0	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

17. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί στο να κάνετε ασκήσεις ή σπορ λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	21	17,5	17,6	17,6
	Πολύ συχνά	37	30,8	31,1	48,7
	Συχνά	21	17,5	17,6	66,4
	Μερικές φορές	10	8,3	8,4	74,8
	Λίγες φορές	17	14,2	14,3	89,1
	Σπάνια	8	6,7	6,7	95,8
	Ποτέ	5	4,2	4,2	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

18. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αγωνία ή φόβο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	1	0,8	0,8	0,8
	Πολύ συχνά	8	6,7	6,7	7,5
	Συχνά	11	9,2	9,2	16,7
	Μερικές φορές	20	16,7	16,7	33,3
	Λίγες φορές	22	18,3	18,3	51,7
	Σπάνια	42	35,0	35,0	86,7
	Ποτέ	16	13,3	13,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

19. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ζάλη;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	3	2,5	2,5	2,5
	Πολύ συχνά	4	3,3	3,4	5,9
	Συχνά	7	5,8	5,9	11,8
	Μερικές φορές	9	7,5	7,6	19,3
	Λίγες φορές	38	31,7	31,9	51,3
	Σπάνια	19	15,8	16,0	67,2
	Ποτέ	39	32,5	32,8	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

20. Γενικά τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί λόγω του προβλήματος της καρδιάς σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	10	8,3	8,5	8,5
	Πολύ συχνά	20	16,7	16,9	25,4
	Συχνά	19	15,8	16,1	41,5
	Μερικές φορές	18	15,0	15,3	56,8
	Λίγες φορές	25	20,8	21,2	78,0
	Σπάνια	12	10,0	10,2	88,1
	Ποτέ	14	11,7	11,9	100,0
	Total	118	98,3	100,0	
Missing	System	2	1,7		
Total		120	100,0		

21. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε αβέβαιος ως προς το πόση άσκηση ή σωματική δραστηριότητα μπορείτε να κάνετε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	8	6,7	6,7	6,7
	Πολύ συχνά	16	13,3	13,4	20,2
	Συχνά	26	21,7	21,8	42,0
	Μερικές φορές	21	17,5	17,6	59,7
	Λίγες φορές	17	14,2	14,3	73,9
	Σπάνια	26	21,7	21,8	95,8
	Ποτέ	5	4,2	4,2	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

22. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι η οικογένεια σας είναι υπερπροστατευτική προς εσάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	21	17,5	17,6	17,6
	Πολύ συχνά	64	53,3	53,8	71,4
	Συχνά	16	13,3	13,4	84,9
	Μερικές φορές	6	5,0	5,0	89,9
	Λίγες φορές	6	5,0	5,0	95,0
	Σπάνια	5	4,2	4,2	99,2
	Ποτέ	1	0,8	0,8	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

23. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι είστε βάρους στους άλλους;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	2	1,7	1,7	1,7
	Πολύ συχνά	1	0,8	0,9	2,6
	Συχνά	4	3,3	3,4	6,0
	Μερικές φορές	5	4,2	4,3	10,3
	Λίγες φορές	6	5,0	5,1	15,4
	Σπάνια	13	10,8	11,1	26,5
	Ποτέ	86	71,7	73,5	100,0
	Total	117	97,5	100,0	
Missing	System	3	2,5		
Total		120	100,0		

24. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν κάνετε πράγματα με άλλους ανθρώπους λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	2	1,7	1,7	1,7
	Πολύ συχνά	8	6,7	6,7	8,4
	Συχνά	7	5,8	5,9	14,3
	Μερικές φορές	21	17,5	17,6	31,9
	Λίγες φορές	18	15,0	15,1	47,1
	Σπάνια	39	32,5	32,8	79,8
	Ποτέ	24	20,0	20,2	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

25. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι δεν είσατε σε θέση να έχετε κοινωνική δραστηριότητα λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	3	2,5	2,5	2,5
	Πολύ συχνά	7	5,8	5,9	8,4
	Συχνά	7	5,8	5,9	14,3
	Μερικές φορές	10	8,3	8,4	22,7
	Λίγες φορές	14	11,7	11,8	34,5
	Σπάνια	47	39,2	39,5	73,9
	Ποτέ	31	25,8	26,1	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

26. Γενικά τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο έχετε περιοριστεί σωματικά λόγω του προβλήματος της καρδιάς;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	6	5,0	5,0	5,0
	Πολύ συχνά	19	15,8	16,0	21,0
	Συχνά	22	18,3	18,5	39,5
	Μερικές φορές	20	16,7	16,8	56,3
	Λίγες φορές	22	18,3	18,5	74,8
	Σπάνια	21	17,5	17,6	92,4
	Ποτέ	9	7,5	7,6	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

27. Πόσο συχνά τις τελευταίες 2 εβδομάδες αισθανθήκατε ότι το πρόβλημα της καρδιάς έχει περιοριστεί ή επηρεάσει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	32	26,7	26,9	26,9
	Πολύ συχνά	30	25,0	25,2	52,1
	Συχνά	9	7,5	7,6	59,7
	Μερικές φορές	16	13,3	13,4	73,1
	Λίγες φορές	11	9,2	9,2	82,4
	Σπάνια	14	11,7	11,8	94,1
	Ποτέ	7	5,8	5,9	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing System		1	0,8		
Total		120	100,0		

7. Πόσο ευτυχισμένος, ικανοποιημένος ή ευχαριστημένος ήσασταν με την προσωπική σας ζωή τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου ικανοποιημένος	3	2,5	2,5	2,5
	Πολύ λίγο	4	3,3	3,4	5,9
	Λίγο	13	10,8	10,9	16,8
	Αρκετά	30	25,0	25,2	42,0
	Πολύ	35	29,2	29,4	71,4
	Πάρα πολύ	28	23,3	23,5	95,0
	Πλήρως ικανοποιημένος	6	5,0	5,0	100,0
	Total	119	99,2	100,0	
Missing	System	1	0,8		
Total		120	100,0		

9. Τι εντάσεως λαχάνιασμα είχατε ενώ κάνατε τις καθημερινές σας δραστηριότητες τις τελευταίες 2 εβδομάδες.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υπερβολικό λαχάνιασμα	5	4,2	4,2	4,2
	Έντονο	9	7,5	7,6	11,9
	Αρκετό	11	9,2	9,3	21,2
	Μέτριο	27	22,5	22,9	44,1
	Λίγο	22	18,3	18,6	62,7
	Πολύ λίγο	22	18,3	18,6	81,4
	Καθόλου	22	18,3	18,6	100,0
	Total	118	98,3	100,0	
Missing	System	2	1,7		
Total		120	100,0		

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ahmet Kaya Bilge, Beste Ozben, Sabri Demircan, Mutlu Cinar, Ercument Yilmaz, Kamil Adalet. (2006)
- B. Fridlund et al. (2001)
- Berndt Lideritz et al. (1994)
- Bramah N. Singh (1997)
- Cecilia Linde. 2000
- Christoph Herrmann, Friederike Muhen, Anselm Schaumann, Ullrich Buss, Sylke Kemper, C]Hristian Wantzen, Bernd-Dieter Gonska. (1997)
- Criteria Committee Of The New York Heart Association. (1939)
- David A. Cesario et al. (2006)
- David A. Cesario, G. William Dec. (2006)
- Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. PACE, 29:619–626. Blackwell Publishing, Inc.
- Patients with implantable cardioverter-defibrillators and their conceptions of the life situation: a qualitative analysis. Journal of Clinical Nursing, Vol. 10: 563-572, Blackwell Science Ltd.
- Patient acceptance of implantable cardioverter defibrillator devices: Changing attitudes. American Heart Journal, Volume 127, Number 4, Part 2, Mosby-Year Book, Inc.
- Controlling Cardiac Arrhythmias: An Overview With a Historical Perspective. Am J Cardiol.80(8A):4G–15G. Excerpta Medica, Inc.
- Quality-of-Life in Pacemaker and Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. PACE, Vol. 23.
- Standardized Assessment of Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Patients with Implanted Defibrillators. PACE, 20(Pt.1):95-10.
- Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart. New York Heart Association.
- Implantable Cardioverter- Defibrillator Therapy in Clinical Practice. Journal of the American College of Cardiology, Vol. 47, No. 8, Elsevier Inc.
- Implantable Cardioverter- Defibrillator Therapy in Clinical Practice. Journal of the American College of Cardiology. Vol. 47, No. 8. Elsevier Inc.

- David M. Newman et al. (2003) Effect of an implantable cardioverter defibrillator with atrial detection and shock therapies on patientperceived, health-related quality of life. *American Heart Journal* Volume 145, Number 5, Mosby, Inc.
- Dempster M, Donnelly M. (2000) Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*, 83: 641-4.
- Diane L. Carroll & Glenys A. Hamilton. (2005) Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: The impact of a device shock. *Heart Lung*, Vol. 34: 169–78, Mosby Inc.
- Diane L. Carrola, Glenys A. Hamiltonb, Barbara J. Kenneya. (2002) Changes in health status, psychological distress, and quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients between 6 months and 1 year after implantation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1: 213–219, Elsevier.
- Dianne Pelletier, Robyn Gallagher, Suzanne Mitten-Lewis, Sharon Mckinley, Jill Squire. (2002) Australian implantable cardiac defibrillator recipients: Quality-of-life issues. *International Journal of Nursing Practice*, 8: 68–74.
- Doug Elliott. (2005) Hamilton GA and Carroll DL (2004) The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of Clinical Nursing* 13, 194–200. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 271–272, Blackwell Publishing Ltd.
- Elkinton J. (1966) Medicine and quality of life. *Ann Intern Med*, 64: 711-4.
- Eva R. Serber, Samuel F. Sears, Rebecca O. Sotile, Jason L. Burns, David S. Schwartzman, Robert H. Hoyt, Luis G. Alvarez, Michael R. Ujhelyi. (2003) Sleep Quality Among Patients Treated with Implantable Atrial Defibrillation Therapy: Effect of Nocturnal Shock Delivery And Psychological Distress. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, Vol. 14, pp.960-964.
- Farguhar M. (1995) Definitions of quality of life: A Taxonomy. *J of Adv Nurs*, 22: 502-8.
- Ferrans CE. (1990) Quality of life: Conceptual issues. *Semin Oncol Nurs*, 6(4): 248-54.

Glenys Hamilton, Diane Carroll
(2004)

The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 194-200, Blackwell Publishing Ltd.

Guzman Pm, Sliepcevich Em,
Lacey Ep, Vitello Em, Matten
Mr, Woehlke Pl, Wright Wr.
(1988)

Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Educ Couns*, 12:225-33.

Helen CM Kamphuis et al.
(2004)

ICD: a qualitative study of patient experience the first year after Implantation. *Journal of Clinical Nursing* 13, 1008–1016, Blackwell Publishing Ltd.

Hornquist JO. (1982)

The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*, 10(2): 57-61.

Inger Flemme, Karstin Bolse,
Anita Ivarsson, Britt-Marie
Jinhage, Bengt Sandstedt, Nils
Edvardsson, Bengt Fridlund.
(2001)

Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 563-572, Blackwell Science Ltd.

J. James, J. W. Albarran, J.
Tagney. (2001)

The experiences of ICD patients and their partners with regards to adjusting to an imposed driving ban: A qualitative study. *Coronary Health Care*. 5 (2), 80–88. Harcourt Publishers Ltd.

Jan Veseth-Rogers & Sharon E.
Duquette (2007)

More on Automatic Implantable Cardioverter Defibrillators. *The American Journal of Nursing*, Vol. 87, No. 7,p. 916. Wolters Kluwer Health, Inc.

Jane Irvine et al. (2002)

Quality of life in the Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDS). *American Heart Journal* Volume 144, Number 2, Mosby, Inc.

Jenny Tagney et al. (2004)

Can nurses in cardiology areas prepare patients for implantable cardioverter defibrillator implant and life at home. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, Vol 9 No3.

Johnson Francis, Beena Johnson,
Michael Niehaus. (2006)

Quality of Life in Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators. *Indian Pacing and Electrophysiology Journal*, 6(3): 173-181.

Kinney M., Burfitt S.,
Stullenbarger E., Rees B., Debolt
M. (1996)

Krista C. Van Den Broek. (2006)

Krista C. Van Den Broek et al.
(2006)

Lim LL-Y, Valenti LA, Knapp
JC, Dobson AJ, Plotnikoff R,
Higginbotham et al. (1993)

M.Coombs, S.Eraser. (2004)

Maha Ahmad, Lauren
Bloomstein, Marc Roelke, Alan
D. Bernstein, Victor Parsonnet.
(2000)

Marion Eckert, Tina Jones,
Eckert M Jones. (2002)

National Institute For Clinical
Excellence. (2000)

Neiko Ozasa, Takeshi Morimoto,
Yutaka Furukawa, Satoshi
Shizuta, Kei Nishiyama, Toru
Kita, Takeshi Kimura. (2007)

Nicholas M. (2004)

Quality of life in Cardiac Patient Research: A
Meta- Analysis. Nurs Res , 45: 173-80.

Psychological Reaction to Potential
Malfunctioning of Implantable Defibrillators. The
Authors. Journal compilation, PACE, Vol. 29,
Blackwell Publishing, Inc.

Psychological Reaction to Potential
Malfunctioning of Implantable Defibrillators.
Journal compilation, 29:953–956, Blackwell
Publishing, Inc.

A self- administered quality of life questionnaire
after acute myocardial infarction. J Clin
Epidemiol, 46: 1249-56.

Medical hegemony in decision-making—a barrier to
interdisciplinary working in intensive care?
Journal of Advanced Nursing. Volume 46, Issue 3,
Pages 245—252. Elsevier.

Patients' Attitudes Toward Implanted Defibrillator
Shocks. PACE, 23:934-938.

How does an implantable cardioverter defibrillator
(ICD) affect the lives of patients and their
families? International Journal of Nursing Practice,
8:152- 157.

Guidance on the use of implantable cardioverter
defibrillators for arrhythmias. Technology
Appraisal Guidance. No. 11. The National Institute
for Clinical Excellence. (website at
www.nice.org.uk).

Effects of ICD implantation on quality-adjusted
life years in patients with congestive heart failure.
International Journal of Cardiology -
09311,Elsevier Ltd.

Heart failure: pathophysiology, treatment and
nursing care. Nursing Standard.19,11, 46-51.

- Oldridge N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D, et al. (1991) Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 67: 1084-9.
- Ordway SH. (1953) Resources and the American Dream: Including a Theory of the Limit of Growth. New York, Ronald Press.
- Osborn HF. (1976) The Limits of the Earth. Boston, Little, Brown and Co, 1954. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL: The quality of American life. New York, Sage.
- Peter W. Groeneveld, Mary A. Matta, Janice J. Suh, Feifei Yang, Judy A. Shea. (2007) Quality of Life Among Implantable Cardioverter-Defibrillator Recipients in the Primary Prevention Therapeutic Era. *Journal compilation*, 30:463–471, Blackwell Publishing, Inc.
- Rainer Gradaus et al. (2003) Mortality, Morbidity, and Complications in 3,344 Patients with Implantable Cardioverter Defibrillators. *Pace* 26(Pt.I):1511-1518.
- Samuel F. Sears, Jason L. Burns, Eileen Handberg, Wayne M. Sotile, Jamie B. Conti. (2001) Young at Heart: Understanding the Unique Psychosocial Adjustment of Young Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. *JOURNAL OF PACING AND CLINICAL ELECTROPHYSIOLOGY*, Volume 24: 1113–1117, Futura Publishing Company, Inc.
- Smith Mt, Perlis MI, Smith Ms, Giles De, Carmody Tp. (2000) Sleep quality and presleep arousal in chronic pain. *J Behav Med*. 23: 1-7.
- Staniszewska Sophie. (1998) Measuring quality of life in the evaluation of health care. *Nursing Standard*. 12,17, 36-39.
- Stefan Hofer, Neil Oldridge, Gordon Guyatt, Lynette Lim. (2004) The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2:3-10. BioMed Central Ltd.
- The Dartmouth Atlas Of Health Care In Michigan. (1997) Coronary Artery Disease.
- Valenti L, Lim L, Heller Rf, Knapp J. (1996) An improved questionnaire for assessing quality of life after myocardial infarction. *Qual Life Res*, 5: 151-61

- Vitiello Mv, Moe K Prinz. (2002) Sleep complaints cosegregate with illness in older adults. Clinical research informed by and informing epidemiological studies of sleep. J Psychosom Res. 53: 555-559.
- Volker Kuhlkamp et al. (2002) Initial Experience With an Implantable Cardioverter-Defibrillator Incorporating Cardiac Resynchronization Therapy. Journal of the American College of Cardiology Vol. 39, No. 5, Published by Elsevier Science Inc.
- Vuori H. (1987) Patients satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? Qual Rev Bull, 13(3):106-8.
- Walker Sr, Rosser Rm. (1987) Quality of Life: Assessment and Application, CMR Workshop. Lancaster, MTP Press Ltd.
- Wenger NK. (1989) Quality of life: can it and should it be assessed in patients with heart failure? Cardiology, 76: 391-8.
- Whoqol Group. (1998) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med, 46:1569- 1585.
- World Health Organisation (Who). (1991) A strategy for health for all: revised targets. Copenhagen: WHO.
- World Health Organisation (Who). (1985) Targets for health for all. Copenhagen: WHO's Regional Office for Europe.
- Young JB, Abraham WT, Smith AL et al. (2003) Cardiac resynchronisation therapy improves quality of life and functional status in people with chronic heart failure undergoing implantable cardioverter defibrillator therapy. Evidence-based Cardiovascular Medicine, 7, 191-192, Elsevier Ltd.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- A. Σαχίνη- Καρδάση. (1997) Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Γ΄ Έκδοση, Εδόσεις ΒΗΤΑ- Medical Arts.
- A. Παπαθανασίου, Κ. Παππάς, Ι. Λεονταρίδης, Π. Κοραντζόπουλος, Τ. Βουγιουκλάκης, Μ. Κυργίου, Β. Δημητρούλα, Α.Κ. Μιχάλης, Ι.Γουδέβενος. (2005) Επιδημιολογική μελέτη ισχαιμικής καρδιοπάθειας στη βορειοδυτική Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(6):575- 580.
- Αναστάσιος Β. Μερκούρης, Ευστράτιος Ε. Αποστολάκης. (2003) Αορτοστεφανιαία παράκαμψη & ποιότητα ζωής. Αθήνα.
- Γ. Κουρλαμπά, Χ. Πίτσαβος, Δ. Παναγιωτάκος, Α. Αντωνούλας, Σ. Ζόμπολος, Γ. Κογιάς, Γ. Μαντάς, Π. Σραβοπόδης, Χ. Στεφανάδης. (2006) Επιδημιολογία του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στην Ελλάδα. Σκοποί, σχεδιασμός και αρχικά χαρακτηριστικά των ασθενών της επιδημιολογικής μελέτης GREECS. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(4): 365-374.
- Γ. Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής. (2001) Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα Ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 218-229.
- Ε. Βαλάσση- Αδάμ. (2001) Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3).
- Σ. Σπανοδήμος, Η. Τσαγκλής. (2004) Ανασκόπηση των σημαντικότερων μελετών πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς πρόληψης αιφνίδιου καρδιακού θανάτου στη στεφανιαία νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(3): 219-231.
- Σωτηρίου Α. Ράπτη. (1996) Εσωτερική Παθολογία. 2ος Τόμος. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Κ. Παρισιάνος» - Μαρία Γ. Παρισιάνου.
- Χ. Μουτσόπουλος. (2003) CECIL Βασική Παθολογία. Α΄ Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Χ. Μουτσόπουλος. (1996) CECIL Παθολογία. Α΄ Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.