

Η Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων Καρδιολογικών Ασθενών

The Quality of Life of Elderly Cardiac Patients

Author: Δημητρίου Μαρία¹, Δρ Μερκούρης Αναστάσιος².

1. Πτυχ. Νοσ/κής Εκπ/σης, MSc, Υποψ. Διδάκτωρ Επίκουρος Καθηγήτρια (εντ.) Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ

2. RN, BSc, MSc, PhD, Αναπλ. Καθηγητής Συντονιστής Τμήματος Νοσηλευτικής Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής ως πολυδιάστατη έννοια, έχει καθιερωθεί πλέον σαν πολύ σημαντικός δείκτης αξιολόγησης των παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας. Εύλογα έχουν δημιουργηθεί σωρεία εργαλείων αξιολόγησης, καθώς η μέτρηση της, συμβάλλει στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Η σπουδαιότητα που αποδίδεται στο θέμα αναδεικνύεται και από τις διεθνείς δημοσιεύσεις που αυξάνονται με μεγάλο ρυθμό.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και η συσχέτιση της με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Υλικό και Μέθοδος: Η αναζήτηση άρθρων έγινε με τη συνοπτική μηχανή αναζήτησης «Pantogriostis», με πρόσβαση σε όλες τις βάσεις ηλεκτρονικών δεδομένων συμπεριλαμβανομένων του Medline και Cinahle. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως «Quality of life», «Quality of Life in elderly», «Coronary artery disease» και «Tools for QOL», από το 2005 μέχρι το 2010.

Αποτελέσματα: Επιλέγηκαν 64 μελέτες που αξιολογούν τη ποιότητα ζωής με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων και προσεγγίζουν το θέμα σε σχέση με την επιβάρυνση από τη νόσο, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και διάφορους παράγοντες. Τα κύρια ευρήματα κατέδειξαν ότι το γενικό επίπεδο της ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά μειωμένο, ειδικά στις διαστάσεις της υγείας που σχετίζονται με τη φυσική λειτουργικότητα και τη γενική υγεία. Επιπλέον εντοπίστηκαν αρκετοί παράγοντες που την επηρεάζουν όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η παρουσία συζύγου, η φυσική και η ψυχολογική κατάσταση.

Συμπεράσματα: Η παρούσα ανασκόπηση υπογραμμίζει τη σημασία της ποιότητας ζωής, ως δείκτης αποτελέσματος της φροντίδας υγείας σε σχέση με τους πιο πάνω παράγοντες. Ενώ η εκτίμηση του επιπέδου της αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη αποδοχή, για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη αντικειμενικών και υποκειμενικών κριτηρίων αξιολόγησης στην έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: Quality of life (QOL), Quality of Life in elderly, Coronary artery disease and Tools for QOL.

Abstract

Introduction: The quality of life as a multidimensional concept has yet been accomplished as semantic index of assessment for health interventions. No wonder why so many research instruments have been developed in this direction, since it is considered to have a great input in improving health services. The importance of the subject is also emerged from the international publications that are increased with great rhythm.

Aim: The aim of the study was to investigate the quality of life of elderly patients with coronary heart disease and its correlation to environmental or other factors.

Methodology: The article research was done with the help of the synoptic engine machine «Pantognostis», which provides access to many data bases including Medline, and Cinahle. There were used key words such as «Quality of life», «Health-related Quality of Life in elderly», «Coronary artery disease» and «Tools for QOL», from 2005 to 2010.

Results: There were selected 51 studies referring to the assessment of quality of life using specific instruments in an attempt to approach the subject in relation to the burden of disease, the therapeutic intentions and other factors. The main results showed that the general level of quality of life was significantly lowered especially in the dimensions of health regarding the physical functioning and general health. Furthermore several factors were identified as responsible to interfere with, such as age, gender, income, the educational level, the presence of wife and the physical and the psychological condition.

Conclusions: Finally, the present review, underlines the importance of quality of life as an index of health care outcome in relation to the above factors. While the assessment of its level seems to gain an increased ground of acceptance in upgrading the health services and development of objective and subjective criteria of assessment as regards research.

Key words: Quality of life (QOL), Quality of Life in elderly Coronary artery disease and Tools for QOL.

Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Οι πρώτες αναφορές στη Ποιότητα Ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για τη ποιότητα ζωής συγκρίνοντας την με την ποσότητα. Συχνά όμως χρησιμοποιούνται εναλλακτικά αντί ο όρος «Ποιότητα Ζωής», η κατάσταση υγείας, η ευεξία, η ικανοποίηση ή η ευτυχία (Snoek FJ. 2000 from Merkouris AV & Apostolakis EE. 2004).

Σε μια άλλη προσέγγιση ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» πριν από 2300 χρόνια, απέδωσε στην έννοια ευδαιμονία ότι και ο όρος ποιότητα ζωής Έκτοτε πολλοί ερευνητές και φιλόσοφοι δοκίμασαν διάφορες ερμηνείες με τις νεότερες προσεγγίσεις να στοχεύουν

στην ανάμειξη της υγείας ως άμεσα σχετιζόμενη με τη ποιότητα ζωής. Στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής όπως υπογραμμίζουν και οι (Ware, Sherbourne 1992), περιλαμβάνονται όροι όπως φυσική λειτουργικότητα, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία κ.α.

Εξάλλου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1998) τονίζει ότι η ποιότητα ζωής ενός ατόμου καθορίζεται από τις προσωπικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις, ανάλογα με τη θέση του στη κοινωνία, την κουλτούρα, το κοινωνικό υπόβαθρο, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες που τον διακατέχουν. Αδιαμφισβήτητα όμως η ποιότητα ζωής αποτελεί στόχο και ειδική μέριμνα όλων των οργανισμών που προσφέρουν υπηρεσίες, γιατί από αυτήν εξαρτάται η αποδοτικότητα, επάρκεια και βιωσιμότητα τους. Πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας που το κύριο αντικείμενο τους είναι η φροντίδα των πολιτών και των ευάλωτων

ομάδων πληθυσμού, που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση για ικανοποίηση των βιολογικών τους αναγκών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Είναι λοιπόν εμφανές ότι ποιότητα ζωής έχει πλέον καθιερωθεί ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας. Η γενική αποδοχή για τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του όρου, υπονοεί σφαιρική προσέγγιση στις προσπάθειες για εκτίμηση και αξιολόγηση του με βάση αντικειμενικά κριτήρια ή δείκτες αξιολόγησης. Αυτό ακριβώς υποστηρίζουν και οι (Lee et al 2004; Καραδήμας 2005) υπογραμμίζουν ότι ο όρος «ποιότητα ζωής», είναι μια ευρεία και πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με το ευρύτερο περιβάλλον.

Επιπλέον θεωρώντας ότι η ευρύτερη έννοια της υγείας ενός ατόμου αποτελεί ίσως το σημαντικότερο κομμάτι για την ποιότητα ζωής του, έχει καθιερωθεί ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (ΣΥΠΖ), που ορίζεται από τους Patrick et al (1993), ως «η αξία που αποδίδεται στην διάρκεια της ζωής που προσδιορίζεται από τη μειονεκτικότητα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από τη νόσο, τον τραυματισμό, τη θεραπεία ή την εφαρμογή κάποιας πολιτικής».

Εύλογα λοιπόν έχουν δημιουργηθεί σωρεία εργαλείων αξιολόγησης, καθώς η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί σήμερα επιβεβλημένη ανάγκη ως δείκτης αποτελέσματος μετά από θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η σπουδαιότητα που αποδίδεται στο θέμα αποδεικνύεται και από τις διεθνείς δημοσιεύσεις που αυξάνονται με μεγάλο ρυθμό. Από αναζήτηση που διενεργήθηκε με τη μηχανή «Pantognostis» μόνο με τις λέξεις κλειδιά «quality of life» στο τίτλο, εντοπίστηκαν 40,266 μελέτες που γενικά αναφέρονται στην ποιότητα ζωής και δημοσιεύθηκαν σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά από το 2006 μέχρι το 2011.

Πόσον μάλλον όταν η ποιότητα ζωής αναφέρεται στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Ποια η ποιότητα ζωής και η ευημερία τους, ιδιαίτερα αν αυτοί είναι ηλικιωμένοι και υποφέρουν με καρδιολογικά προβλήματα? Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να επικεντρώνονται στην βελτίωση της υγείας, στη πρόληψη επιπλοκών και να προωθούν μέτρα αύξησης της ποιότητας ζωής και ευημερίας σύμφωνα με τις σύγχρονες ερευνητικές υποδείξεις.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και η συσχέτιση της με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Υλικό και Μέθοδος

Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας έγινε με τη συνοπτική μηχανή αναζήτησης της Βιβλιοθήκης του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου «Pantognostis» που προσφέρει πρόσβαση σε όλες τις βάσεις ηλεκτρονικών δεδομένων της βιβλιοθήκης συμπεριλαμβανομένων των PubMed, Medline, Cinahle, Google Scholar, Elsevier κ.α. Σημειώνεται ότι η αναζήτηση μέσα από τον Παντογνώστη δίνει την ευκαιρία σύνδεσης με το ειδικό λογισμικό βιβλιογραφικών παραπομπών «RefWorks», με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η συγγραφή και η χρήση παραπομπών της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Για την αναζήτηση των κατάλληλων άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως «Quality of life», «Health-related Quality of Life in elderly» και «Tools for QOL», από το 2005 μέχρι το 2010. Περαιτέρω η έρευνα επεκτάθηκε μέχρι το 2000 ούτως ώστε να εντοπιστούν όλες οι προσεγγίσεις του υπό μελέτη θέματος, ενώ κατ' εξαίρεση χρησιμοποιήθηκαν και κάποια ειδικά άρθρα πριν από το 2000, όπως του (Ware, Gandek 1998) και (Ware, Sherbourne 1992) σχετικά με τη δημιουργία των εργαλείων μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας κατέδειξε 245 γενικά άρθρα από ηλεκτρονικά περιοδικά. Ακολούθως με τη χρήση των κριτηρίων αναζήτησης από το αρχείο της μηχανής «Pantognostis» όπως: scientific journals, ειδικές με το θέμα λέξεις-κλειδιά, Αγγλική γλώσσα και τις χρονολογίες που προαναφέρθηκαν, παραμείναν μόνο 51 ερευνητικά άρθρα. Επιπλέον η αναζήτηση εντόπισε ακόμα 9 γενικού τύπου μελέτες οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στη παρούσα ανασκόπηση, αυξάνοντας έτσι τον αριθμό τους σε 60.

Για την καλύτερη ανάπτυξη του θέματος και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, έγινε κατηγοριοποίηση σύμφωνα με τη θεματολογία των άρθρων που εντοπίστηκαν, σε τρεις βασικές κατηγορίες ως ακολούθως:

1. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) και εργαλεία μέτρησης (13)
2. ΣΥΠΖ και στεφανιαία νόσος (25)
3. ΣΥΠΖ και ηλικιωμένοι (13)

Αποτελέσματα

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση καλύπτει περιγραφικά αλλά και κριτικά όλα τα πιο πάνω θέματα, προβάλλοντας τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακό νόσημα σε μια προσπάθεια σφαιρικής προσέγγισης του θέματος.

ΣΥΠΖ και Εργαλεία Μέτρησης

Όπως φαίνεται από τον πιο πάνω πίνακα, εντοπίστηκαν 13 μελέτες σε σχέση με τη ΣΥΠΖ και τα εργαλεία μέτρησης σε καρδιολογικούς ασθενείς, που στη πλειοψηφία τους περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο Short Form 36 (SF-36). Επιπλέον οι περισσότερες μελέτες στοχεύουν στην αξιολόγηση συγκεκριμένων ερωτηματολογίων για σκοπούς ανάπτυξης και βελτίωσης (Ware, Gandek 1998, Ware 2000, Hofer et al. 2004) την αξιοπιστία και εγκυρότητα τους (McHorney, Ware & Raczek 1993, Jenkinson, Wright & Coulter 1994) τη σύγκριση μεταξύ τους (Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004, Suzuki et al. 2005, Schroter, Lamping 2006, Failde et al. 2009)

καθώς και στην προβλεπτική ικανότητα τους στην επιβάρυνση από την υποβόσκουσα νόσο (Rumsfeld et al. 1999, Kiebzak et al. 2002).

Επιπλέον εντοπίστηκαν 2 ειδικά άρθρα από τους (Ware, Gandek 1998, Ware 2000, Jordan-Marsh 2002) και μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους (Hofer et al. 2004). Όλες οι υπόλοιπες μελέτες έχουν ποσοτική προσέγγιση και περιγραφικό συγκριτικό σχεδιασμό ενώ μία είναι προ-οπτική κοορτή (Rumsfeld et al. 1999). Όλες χρησιμοποιούν δειγματοληψία ευκολίας (McHorney, Ware & Raczek 1993, Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004, Failde et al. 2009, Rumsfeld et al. 1999, Kiebzak et al. 2002, Brown et al. 2000) εκτός από 2 που χρησιμοποιούν τυχαία δειγματοληψία (Jenkinson, Wright & Coulter 1994, Schroter, Lamping 2006).

Η πλειοψηφία των μελετών διερευνά την αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης της ΠΖ και συγκεκριμένα του SF-36, σε ασθενείς με ΣΝ (Ware 2000, Failde et al. 2009, Rumsfeld et al. 1999). Μία μελέτη απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα όπως ΣΔ και ΣΝ (McHorney, Ware & Raczek 1993), ενώ 3 μελέτες αξιολογούν το εργαλείο μετά από CABG και PTCA (Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004, Schroter, Lamping 2006, Kiebzak et al. 2002) και μία μελέτη απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό στη κοινότητα (Jenkinson, Wright & Coulter 1994).

Σημειώνεται ότι κάποιες μελέτες χρησιμοποιούν και άλλα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ όπως ο (Schroter, Lamping 2006) ενώ 2 μελέτες συγκρίνουν το SF-36 με το SF-12 (Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004, Failde et al. 2009). Επιπλέον μία μελέτη χρησιμοποιεί πολλαπλά εργαλεία αξιολόγησης της Π Ζ σε ασθενείς με ΣΝ σε σχέση με την αποτελεσματική τους αποκατάσταση (Suzuki et al. 2005).

Μόνο 8 από τα άρθρα που μελετήθηκαν αναφέρονται στο ποσοστό ανταπόκρισης (Hofer et al. 2004, McHorney, Ware & Raczek 1993, Jenkinson, Wright & Coulter 1994, Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004, Schroter, Lamping 2006, Rumsfeld et al. 1999, Kiebzak et al. 2002, Brown et al. 2000)

και μόλις 3 αναφέρονται στην αξιοπιστία (Hofer et al. 2004, Jenkinson, Wright & Coulter 1994, Brown et al. 2000).

Στη μελέτη των (Kiebzak et al. 2002) που αξιολογεί την ευαισθησία του SF-36 στην αναγνώριση διαταραχών στη φυσική λειτουργικότητα προ-εγχειρητικά με σκοπό τη πρόβλεψη βελτίωσης μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη, βρέθηκε ότι ενώ στην αρχική αξιολόγηση η ΠΖ των ασθενών βαθμολογήθηκε χαμηλά, μετεγχειρητικά βελτιώθηκε στις 6 από τις 8 υπο-κλίμακες του ερωτηματολογίου. Επιπλέον οι (Muller-Nordhorn, Roll & Willich 2004) που διερεύνησαν κατά πόσο ένα πιο σύντομο εργαλείο όπως το SF-12 είναι συγκρίσιμο με το πιο εκτενές SF-36, σε ασθενείς με ΣΝ, βρήκαν ότι δεν παρατηρήθηκε διαφορά στις μέσες τιμές βαθμολόγησης μεταξύ των 2 ερωτηματολογίων.

Σημειώνεται ότι η μελέτη των (Schroter, Lamping 2006) που σύγκρινε την ανταπόκριση ασθενών μετά από επαν-αιμάτωση των στεφανιαίων (CABG και PTCA) με 3 έγκυρα ερωτηματολόγια μέτρησης της ΠΖ, κατέδειξε ότι όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ευαίσθητα σε κάποιους από τους τομείς των διαστάσεων υγείας. Τέλος οι (Failde et al. 2009) που δοκίμασαν την ευαισθησία του SF-12 σε σχέση με το SF-36, βρήκαν ότι ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ τους ήταν ψηλός και οι μέσες τιμές μέτρησης ήταν παρόμοιες και στα 2 ερωτηματολόγια.

Συνεχίζοντας το ειδικό άρθρο για τη συνοπτική παρουσίαση της αξιολόγησης του SF-36 από τον (Ware, Gandek 1998) επεξηγεί το σκοπό του εργαλείου που είναι η παροχή συγκρίσεων μεταξύ ομάδων πληθυσμού με βάση τις 8 διαστάσεις της υγείας που ιστορικά ανάγονται σε προηγούμενα εργαλεία όπως το Medical Outcomes Study (MOS). Όπως αναφέρει ο δημιουργός έχει αποδειχθεί ερευνητικά από συγχρονικές και διαχρονικές μελέτες, ότι συγκρίνοντας μόνο τις 2 συνοπτικές κλίμακες εκτός από τις 8 για την ανάλυση του SF-36, ελαττώνονται οι στατιστικές συγκρίσεις ενώ διατηρείται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον η δυνατότητα του εργαλείου να αξιολογεί στο χρόνο, μπορεί να αποτελέσει αναδρομική ανάκληση δεδομένων

σχετικά με τη ΣΥΠΖ. Η αξιοπιστία του εργαλείου έχει υπολογιστεί με εσωτερικά μέτρα (internal consistency) και test-retest μεθόδους. Σε 15 μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο, όσον αφορά την αξιοπιστία για τη φυσική λειτουργικότητα ο Cronbach's alpha ήταν >0,80, ενώ για τη ψυχική υγεία ήταν >0,90. Η επιλογή των κλιμάκων του ερωτηματολογίου φαίνεται να εξηγούν τα 2/3 του εύρους της εγκυρότητας στις ατομικές εκτιμήσεις για τη τρέχουσα κατάσταση στις Η.Π.Α και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες όπου δημιουργήθηκε το πρόγραμμα International Quality of Life Assessment (IQOLA) με σκοπό τη μετάφραση του σε πολλές γλώσσες.

Και τέλος στο ειδικό άρθρο από τον (Ware 2000) για τη βελτίωση του SF-36v2 και την επιτυχή μετάφραση του σε 12 γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της Ελληνικής, γίνεται αναφορά στις έννοιες και διαστάσεις του ερωτηματολογίου και στη προσθήκη των 2 συνοπτικών κλιμάκων για το ρόλο λειτουργικότητας. Αναφέρεται επίσης στην ύπαρξη τυποποιημένων δεδομένων από το γενικό πληθυσμό σε 10 χώρες (εκτός της Ελλάδας) για σκοπούς σύγκρισης.

Τα ευρήματα όλων των μελετών συνηγορούν υπέρ της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου SF-36, το οποίο κρίνεται ευαίσθητο στις αλλαγές από τη νόσο (Jenkinson, Wright & Coulter 1994). Επιπλέον οι (McHomey, Ware & Raczek 1993) εντόπισαν ότι το ερωτηματολόγιο είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στη κλίμακα της φυσικής και ψυχικής διάστασης της υγείας ενώ όσον αφορά τη κοινωνική λειτουργικότητα, τη ζωτικότητα και γενική υγεία επειδή είναι πολυδιάστατες έννοιες ήταν δυσκολότερη η ερμηνεία τους.

Στα ίδια επίπεδα κινούνται και οι (Rumsfeld et al. 1999) που συγκρίνουν σε 2 διαφορετικές χρονικές στιγμές την επιβάρυνση στη ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών με στεφανιαία νόσο (ΣΝ), ενώ οι (Brown et al. 2000) που συγκρίνουν το SF-36 και το ερωτηματολόγιο Nottingham Health Profile (NHP), βρήκαν ότι το SF-36 ήταν πιο ευαίσθητο στην αναγνώριση της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα της νόσου, όπως στηθάγχη και δύσπνοια.

ΣΥΓΠΖ και Στεφανιαία Νόσος

Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας εντόπισε 25 μελέτες με το πιο πάνω θέμα που κατά κύριο λόγο αξιολογούν τη ΠΖ ασθενών με ΣΝ συμπεριλαμβανομένου του Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (ΕΜ) και της ασταθούς στηθάγχης σε σχέση με διάφορους παράγοντες όπως: με το χρόνο (Brown et al. 1999, Boini et al. 2006, Heo et al. 2009), με δημογραφικούς παράγοντες (Bosworth et al. 1999c, Bosworth et al. 2000, Bergman, Bertero 2001, Norris et al. 2004, Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006, Failde, Soto 2006, Christian et al. 2007, Stafford, Berk & Jackson 2009, Broddadottir et al. 2009, Lahana, Pappa & Niakas 2010, Farin, Meder 2010), σε σύγκριση με τον υγιή ή τυποποιημένο πληθυσμό (LUKKARINEN, HENTINEN 1998), σε σύγκριση μεταξύ 2 θεραπευτικών παρεμβάσεων (Zhang et al. 2006), μετά από λήψη μέτρων αποκατάστασης (Seki et al. 2003, Muller-Nordhorn et al. 2004, Hofer et al. 2006, Martin et al. 2007, Norris et al. 2008, Hofer et al. 2009) και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004).

Από τις 25 μελέτες που εντοπίστηκαν οι δύο είναι ποιοτικής προσέγγισης (Heo et al. 2009, Bergman, Bertero 2001), οι τρεις αποτελούν προοπτικές μελέτες κοορτής (Brown et al. 1999, Broddadottir et al. 2009, Muller-Nordhorn et al. 2004), δύο είναι πειραματικές (Christian et al. 2007, Seki et al. 2003), μία είναι οιωνεί πειραματική (Farin, Meder 2010), δύο είναι συγχρονικού σχεδιασμού (Lahana, Pappa & Niakas 2010, Lahana, Pappa & Niakas 2010, Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004, Failde et al. 2006) και οι υπόλοιπες είναι περιγραφικές συγκριτικού διαχρονικού σχεδιασμού.

Πέντε μελέτες διεξήχθησαν στις Η.Π.Α, 4 στο Καναδά, 2 στο Ηνωμένο Βασίλειο, Φινλανδία, Σουηδία, Γερμανία, Αυστρία και Ισπανία. Μία έγινε στο Τόκυο της Ιαπωνίας, Γαλλία, Αυστραλία και Ελλάδα. Μία μελέτη αφορούσε 18 ενδο-νοσοκομειακά καρδιακά κέντρα αποκατάστασης (Muller-Nordhorn et al. 2004), ενώ η μελέτη των (Zhang et al. 2006) έγινε σε 53 κέντρα σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες και το Καναδά.

Οι (Hofer et al. 2005, Hofer et al. 2009) διενήργησαν μία μελέτη σε 6 κέντρα ενδο-νοσοκομειακής αποκατάστασης στην Αυστρία, ενώ οι (Christian et al. 2007) έκαναν την έρευνα τους σε 3 ακαδημαϊκά νοσοκομεία των Η.Π.Α. Επιπλέον η μελέτη των (Boini et al. 2006) έγινε στη Γαλλία στο γενικό πληθυσμό και η μελέτη των (Lahana, Pappa & Niakas 2010) έγινε στη Θεσσαλία μια επαρχία της Ελλάδας. Όλες οι υπόλοιπες μελέτες διενεργήθηκαν σε 1 μόνο νοσοκομειακό κέντρο.

Η δειγματοληψία που επιλέχθηκε ήταν σκόπιμη στις μελέτες των (Heo et al. 2009, Bosworth et al. 2000, Bergman, Bertero 2001, Broddadottir et al. 2009, Martin et al. 2007, Bosworth et al. 1999a), τυχαία στις μελέτες των (Boini et al. 2006, Christian et al. 2007, Lahana, Pappa & Niakas 2010, Zhang et al. 2006, Seki et al. 2003, Failde et al. 2006) και σε όλες τις υπόλοιπες μελέτες η δειγματοληψία ήταν ευκολίας.

Η συλλογή δεδομένων στις 2 μελέτες με ποιοτική προσέγγιση έγινε με προσωπική συνέντευξη και ημι-δομημένο ερωτηματολόγιο (Heo et al. 2009, Bergman, Bertero 2001). Στις περισσότερες μελέτες ποσοτικής προσέγγισης χρησιμοποιήθηκε ως επί το πλείστον ένα ερωτηματολόγιο, το SF-36 ή το SAQ. Επιπλέον σε δύο μελέτες (Stafford, Berk & Jackson 2009, Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004) χρησιμοποιήθηκαν 4 ερωτηματολόγια, σε δύο μελέτες (Farin, Meder 2010, Bosworth et al. 1999a) χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτηματολόγια και σε 4 μελέτες (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Broddadottir et al. 2009, Hofer et al. 2006, Hofer et al. 2009) χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια.

Όσον αφορά το ποσοστό ανταπόκρισης, την αξιοπιστία και εγκυρότητα μόνο ένα άρθρο αναφέρεται και στις τρεις παραμέτρους από την (LUKKARINEN, HENTINEN 1998). Τρία άρθρα αναφέρονται στο ποσοστό ανταπόκρισης και την αξιοπιστία (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006, Muller-Nordhorn et al. 2004), ενώ τέσσερα δεν αναφέρουν καθόλου τις προαναφερόμενες παραμέτρους (Boini et al. 2006, Bosworth et al. 2000, Christian et al. 2007, Zhang et al. 2006). Τέλος τα υπόλοιπα άρθρα αναφέρουν ή το ποσοστό ανταπόκρισης ή την αξιοπιστία.

Τα κύρια ευρήματα των άρθρων που μελετήθηκαν σε σχέση με τη ΣΥΠΖ των γυναικών με ΣΝ και δημογραφικά χαρακτηριστικά, είναι ότι η ΠΖ ήταν χαμηλότερη στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε αυτές που κάπνιζαν από τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, με τις μικρότερες στην ηλικία να σκοράρουν χαμηλότερα και τις μεγαλύτερες να σκοράρουν ψηλότερα από τους άνδρες του δείγματος (Bosworth et al. 2000, Norris et al. 2004, Christian et al. 2007, Broddadottir et al. 2009, LUKKARINEN, HENTINEN 1998, Norris et al. 2008, Failde et al. 2006).

Επιπλέον σύμφωνα με τους (Hofer et al. 2006) οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη φτωχή ΠΖ εκτός από το φύλο, ήταν η φτωχή ψυχική υγεία και το προηγούμενο στεφανιαίο επεισόδιο. Σε μια άλλη μελέτη των (Farin, Meder 2010) που αξιολογεί την επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή ως προβλεπτικός παράγοντας της ΠΖ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, βρέθηκε ότι η σχέση ιατρού - ασθενή επιβεβαιώνεται ως σημαντική για τη ΠΖ των ασθενών. Ενώ παράγοντες όπως το εισόδημα, η κοινωνική στήριξη και η εξέλιξη της νόσου επηρεάζουν την επιβάρυνση της ΠΖ και τη φυσική κατάσταση της υγείας τους.

Σημειώνεται ότι δεν βρέθηκαν διαφορές φύλου σε σχέση με το χρόνο, τις αντιλήψεις για τη νόσο και τη κατάσταση υγείας ή τη ΠΖ των συμμετεχόντων (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006) (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006). Επιπλέον η αυτό- αντίληψη για την υγεία βρέθηκε να είναι καλύτερη σε ασθενείς με ψηλότερη μόρφωση, καλύτερη οικονομική κατάσταση και καλύτερη κοινωνική στήριξη (Lahana, Pappa & Niakas 2010, Bosworth et al. 1999b). Σύμφωνα δε με τους (Stafford, Berk & Jackson 2009) οι αρνητικές αντιλήψεις για την υγεία και ειδικά εκείνες που συνδέονται με τις επιπτώσεις της ΣΝ, βρέθηκαν να είναι σημαντικά προβλεπτικές για τα ψηλά επίπεδα κατάθλιψης στις 2 μετέπειτα μετρήσεις, ενώ οι θετικές συνδέονται με καλύτερα επίπεδα ΣΥΠΖ των ασθενών.

Επιπρόσθετα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες ότι οι ηλικιωμένοι και λιγότερο προνομιούχοι κοινωνικά ασθενείς έχουν περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για τη νόσο.

Όσον αφορά τον παράγοντα ηλικία βρέθηκε ότι οι ασθενείς <65 ετών, έχουν χαμηλότερη ΠΖ ενώ οι μεγαλύτεροι των >65 ετών έχουν παρόμοιες τιμές ΠΖ με το τυποποιημένο πληθυσμό (Bosworth et al. 2000, Broddadottir et al. 2009, Bosworth et al. 1999d).

Σε σχέση με την εξέλιξη της νόσου και τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης σε δύο ή περισσότερες χρονολογικές μετρήσεις, βρέθηκε ότι η ομάδα παρέμβασης σημείωσε βελτίωση στη ΣΥΠΖ της στις διαστάσεις για το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την πνευματικότητα και το άγχος εκτός από τη κατάθλιψη και τη ψυχική υγεία (Seki et al. 2003, Martin et al. 2007, Hofer et al. 2009). Επιπλέον οι γυναίκες μεταξύ της αρχικής και της μετέπειτα αξιολόγησης σημείωσαν μεγάλη διαφορά και στις 2 συνοπτικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 με χαμηλότερες όμως βαθμολογίες από τους άνδρες (Christian et al. 2007, Muller-Nordhorn et al. 2004).

Τονίζεται ότι οι ασθενείς που ανήκαν σε μειονότητες είχαν ψηλότερο επίπεδο ζωτικότητας από τους Λευκούς ενώ όσοι δεν είχαν σοβαρό στεφανιαίο νόσημα είχαν ψηλότερο επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας και ζωτικότητας (Bosworth et al. 2000, Lahana, Pappa & Niakas 2010). Επίσης οι (Lahana, Pappa & Niakas 2010) βρήκαν ότι η Αλβανική μειονότητα και οι κάτοικοι της υπαίθρου ανέφεραν καλύτερη ΣΥΠΖ από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Όσον αφορά την εντόπιση αλλαγών στη ΣΥΠΖ ασθενών με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο και τον καθορισμό κλινικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, βρέθηκε σημαντική μείωση στις διαστάσεις της φυσικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας, ευεξίας και της συνοπτικής διάστασης της φυσικής λειτουργικότητας στους 3 μήνες μετά το επεισόδιο. Οι παράγοντες που φαίνεται να ενοχοποιούνται για την πιο πάνω

μείωση της ΣΥΠΖ, είναι η επαναιμάτωση, η ηλικία και η ύπαρξη προηγούμενου στεφανιαίου επεισοδίου (Failde, Soto 2006) (Failde, Soto 2006)(Failde et al. 2006).

Σε σχέση με την εξέλιξη της νόσου στο χρόνο μετά από διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και τη ΣΥΠΖ, βρέθηκε ότι η αορτοστεφανιαία παράκαμψη σχετίζεται με μεγαλύτερη βελτίωση της ΠΖ των μικρότερων στην ηλικία ασθενών στις μετέπειτα μετρήσεις ενώ στους μεγαλύτερους παρατηρήθηκε όφελος μόνο στους 6 μήνες μετά την επέμβαση (Zhang et al. 2006).

Σημειώνεται επίσης ότι η επιβάρυνση της ΣΝ στη ΣΥΠΖ του Γαλλικού πληθυσμού, κατέδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΝ είχαν χαμηλότερη ΠΖ από τον υγιή πληθυσμό ιδιαίτερα στη κλίμακα για το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας, το συναισθηματικό ρόλο, τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία (Boini et al. 2006). Σε μια άλλη προσπάθεια για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τη ΣΥΠΖ σε ασθενείς με ΣΝ οι (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004) βρήκαν ότι το 92,5% ήταν ικανοποιημένοι παρόλο που κάποιοι ασθενείς εκφράζουν παράπονα για το χρόνο επικοινωνίας, οδηγίες και ρύθμιση των ιατρικών επισκέψεων.

Τέλος όσον αφορά τις μελέτες για τη ποιοτική προσέγγιση, οι (Bergman, Bertero 2001) που ασχολήθηκαν με τη κατανόηση της επιβάρυνσης στη ΠΖ από τη ΣΝ, βρήκαν ότι οι 3 κύριοι τομείς επιβάρυνσης κατανέμονται στις αιτίες και δυσκολίες αποκατάστασης από τη νόσο, τη εξασφάλιση αυτονομίας και τη καλή προσαρμογή στις αλλαγές που επέφερε η νόσος. Στη μελέτη των (Heo et al. 2009) για το πώς οι ασθενείς με ΣΝ αντιλαμβάνονται τη ΠΖ τους, βρέθηκε ότι την συνδέουν με την ικανότητα για φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες για ικανοποίηση των αναγκών της οικογενείας τους, τη διατήρηση ευτυχίας και τη δέσμευση για εκπλήρωση σχέσεων με άλλους. Αναγνώρισαν επίσης παράγοντες που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στη ΠΖ τους όπως τη φυσική κατάσταση, τη ψυχολογική, τη πνευματική, την οικονομική, την κοινωνική και την αυτό-φροντίδα.

3. ΣΥΠΖ και ηλικιωμένοι

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντόπισε 13 άρθρα, από τα οποία τα 6 ασχολούνται με την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ (Pearlman, Uhlmann 1988b, COLLINS et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Goins et al. 2006, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009) των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ, ενώ 3 μελετούν τη ΠΖ σε σχέση με ψυχολογικούς και κλινικούς παράγοντες που την επηρεάζουν (Yu, Lee & Woo 2004b, Barbareschi et al. 2009, Merkouris et al. 2008). Επιπλέον μία μελέτη από τους (Stahle et al. 1999), αξιολόγησε τη φυσιολογική επίδραση στη ΠΖ ενός ομαδικού προγράμματος αερόβιας γυμναστικής σε ηλικιωμένους >65 ετών, ενώ οι (Bonetti et al. 2005) αξιολόγησαν τα αποτελέσματα μεταξύ αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής και της επεμβατικής θεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια συμπτωματική ΣΝ.

Τέλος οι (Barnes et al. 2006) διερεύνησαν τα χαρακτηριστικά των απόψεων των οικογενειακών φροντιστών για τη ΠΖ τους όταν φροντίζουν ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια ενώ οι (Pearlman, Uhlmann 1988b) σύγκριναν τις απόψεις των ιατρών με εκείνες των ασθενών για τη ΠΖ των ασθενών. Οι δύο πιο πάνω μελέτες επιλέγηκαν για το συγκριτικό σχεδιασμό τους, πιστεύοντας ότι θα προσφέρουν καλύτερη κατανόηση του υπό μελέτη θέματος, παρόλο που στην πρώτη ο πληθυσμός στόχος είναι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ΚΑ και όχι ΣΝ ενώ στη δεύτερη η σύγκριση αφορά τη ΠΖ των ασθενών μέσα από τις απόψεις των ιδίων και των ιατρών τους.

Μία από τις μελέτες είχε προσέγγιση τριγωνισμού με περιγραφικό και συγκριτικό σχεδιασμό (Barnes et al. 2006), μία μελέτη από τους (COLLINS et al. 2002) είχε σχεδιασμό αναδρομικής κοορτής και μία ήταν αναδρομικού περιγραφικού- συγκριτικού σχεδιασμού (Huber et al. 2007). Τέσσερις μελέτες ήταν πειραματικού σχεδιασμού (Jensen et al. 2006, Stahle et al. 1999, Bonetti et al. 2005, Barnes et al. 2006), δύο ήταν συγχρονικές (Goins et al. 2006, Yu, Lee & Woo 2004a), τρεις ήταν διαχρονικές (Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi

et al. 2009, Merkouris et al. 2008) και δύο ήταν περιγραφικού-συγκριτικού σχεδιασμού (Pearlman, Uhlmann 1988b, Sjogren, Thulin 2004).

Όλες οι μελέτες που εντοπίστηκαν διεξήχθησαν σε 1 νοσοκομείο ή ιατρικό κέντρο ενώ η μελέτη των (Pearlman, Uhlmann 1988b) έγινε σε 3 κοινοτικά κέντρα στις Η.Π.Α. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έγιναν και οι μελέτες των (Goins et al. 2006), ενώ 3 μελέτες από τους (Stahle et al. 1999, COLUNS et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, έγιναν στη Σουηδία. Μία μελέτη από τους (Yu, Lee & Woo 2004c) έγινε στο Hong Kong, μία από τους (Merkouris et al. 2008) στην Ελλάδα, μία από τους (Jensen et al. 2006) στη Κοπεγχάγη της Δανίας. Τέλος μία μελέτη από τους (Barbareschi et al. 2009) έγινε στην Ολλανδία και 2 μελέτες από τους (Bonetti et al. 2005, Huber et al. 2007) και (Barnes et al. 2006, Agarwal, Schechter & Zaman 2009), έγιναν στην Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο αντίστοιχα.

Η δειγματοληψία που χρησιμοποίησε η πλειοψηφία των μελετών ήταν ευκολίας (COLLINS et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi et al. 2009, Merkouris et al. 2008, Stahle et al. 1999, Barnes et al. 2006, Yu, Lee & Woo 2004c) ενώ τρεις μελέτες χρησιμοποίησαν τυχαία δειγματοληψία (Goins et al. 2006, Bonetti et al. 2005, Pearlman, Uhlmann 1988a).

Η συλλογή δεδομένων στις περισσότερες μελέτες έγινε σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, με τη χρήση ενός μόνο ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ΣΥΠΖ (COLLINS et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Goins et al. 2006, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008, Stahle et al. 1999, Bonetti et al. 2005, Yu, Lee & Woo 2004c, Pearlman, Uhlmann 1988a) με την επιλογή ενός έγκριτου ερωτηματολογίου όπως το SAQ, το SF-12, το SF-36, το MacNew, το Karolinska, το Chronic Heart Failure (CHQ-C) ή ενός αυτο-δημιούργητου από τους ερευνητές. Δύο μελέτες χρησιμοποίησαν δύο ερωτηματολόγια (Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi et al. 2009) και μία μελέτη με σχεδιασμό τριγωνισμού χρησιμοποίησε τέσσερα ερωτηματολόγια

(Barnes et al. 2006) από τα οποία το ένα ήταν το SF-36. Επιπλέον στην ίδια μελέτη για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη για τις ομάδες εστίασης.

Τέσσερις από τις μελέτες (COLLINS et al. 2002, Barbareschi et al. 2009, Merkouris et al. 2008, Stahle et al. 1999) αναφέρουν το ποσοστό ανταπόκρισης και το κριτήριο της αξιοπιστίας Cronbachs alpha. Αρκετές μελέτες αναφέρουν μόνο το ποσοστό ανταπόκρισης (Pearlman, Uhlmann 1988b, Sjogren, Thulin 2004, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Yu, Lee & Woo 2004c) ενώ οι υπόλοιπες δεν αναφέρουν κανένα από τα κριτήρια αξιοπιστίας, εγκυρότητας ή το ποσοστό ανταπόκρισης.

Τα κύρια ευρήματα των μελετών για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ (Pearlman, Uhlmann 1988b, COLLINS et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Goins et al. 2006, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009) επικεντρώνονται στην εντόπιση βελτίωσης στη ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) όπως υπογραμμίζουν οι (COLLINS et al. 2002) ιδιαίτερα στις διαστάσεις την φυσικής λειτουργικότητας και ικανοποίησης, μείωσης του πόνου, καλύτερης ευημερίας και ύπνου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στην ίδια μελέτη υπογραμμίζεται ότι οι γυναίκες του δείγματος είχαν καλύτερη ΣΥΠΖ από τους άνδρες.

Σε μακροχρόνιου τύπου όμως μελέτες μετά από επέμβαση CABG σε ηλικιωμένους όπως η μελέτη των (Sjogren, Thulin 2004) που έγινε στη Σουηδία, βρέθηκε ότι η ΣΥΠΖ των ασθενών ήταν σημαντικά πιο χαμηλή από το γενικό πληθυσμό σε 2 διαστάσεις της υγείας που αφορούν το σωματικό πόνο και τη φυσική λειτουργικότητα. Επιπλέον στην ίδια μελέτη παρόλο που στη φυσική λειτουργικότητα δήλωναν χαμηλότερη βαθμολογία, οι ασθενείς είχαν λιγότερο σωματικό πόνο από το γενικό πληθυσμό.

Στη συγκριτική μελέτη δοκιμής των (Bonetti et al. 2005) για τα αποτελέσματα μεταξύ αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής και της επεμβατικής θεραπείας σε

ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια συμπτωματική ΣΝ, βρέθηκε ότι στη δεύτερη μέτρηση υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση και στις 2 ομάδες ασθενών. Επίσης τονίζεται ότι οι ασθενείς που έτυχαν επαναιμάτωσης είχαν χαμηλότερη συχνότητα εισαγωγής με καρδιακή αιτιολογία από την 2 ομάδα του δείγματος και λιγότερη εμφάνιση στηθάγχης.

Βελτίωση στη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων μετά από CABG, παρατηρήθηκε και στις μελέτες των (Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008) όπου τονίζεται σημαντική βελτίωση ιδιαίτερα στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και τη μείωση των συμπτωμάτων από τη ΣΝ. Επιπλέον οι (Merkouris et al. 2008) βρήκαν ότι το 80,4% σημείωσε βελτίωση στη ΠΖ του παρόλο που ένα ποσοστό >60% συνέχισε να αναφέρει επιδείνωση όσον αφορά την αυτοπεποίθηση και την εξάρτηση από άλλους, χαρακτηριστικό ενός προστατευτικού περιβάλλοντος. Στην ίδια μελέτη οι γυναίκες σημείωσαν φτωχότερη ΠΖ από τους άνδρες του δείγματος.

Όσον αφορά τη ΠΖ των ηλικιωμένων μετά από αγγειοπλαστική PCR, οι (Agarwal, Schechter & Zaman 2009) βρήκαν ότι παρουσιάστηκε σημαντική βελτίωση στη συνολική κλίμακα της φυσικής και ψυχικής διάστασης, στο ρόλο το συναισθηματικό, το σωματικό πόνο και στις δύο μετεγχειρητικές μετρήσεις που έγιναν στους 6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση.

Στις μελέτες που αξιολόγησαν την ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων σε σχέση με ψυχολογικούς, κλινικούς και άλλους παράγοντες οι (Goins et al. 2006, Yu, Lee & Woo 2004b, Barbareschi et al. 2009, Merkouris et al. 2008), εντοπίστηκαν αρκετοί παράγοντες ως πολύ σημαντικοί για τη ΠΖ των ασθενών, όπως: η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασία, η παρουσία συζύγου, οι συνθήκες διαβίωσης, η φυσική κατάσταση, η αντίληψη για την υγεία, η κοινωνική στήριξη και η ψυχολογική κατάσταση, που αξιολογήθηκε ως ο σημαντικότερος από όλους τους παράγοντες.

Στη μελέτη των (Barbareschi et al. 2009) βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν

χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο και ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία, είχαν περισσότερα καρδιακά συμπτώματα, κατάθλιψη και χαμηλή φυσική λειτουργικότητα στην αρχική αξιολόγηση ενώ σημείωσαν βελτίωση στις μετέπειτα μετρήσεις (6 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση). Επιπλέον στη μελέτη των (Barnes et al. 2006) που διερεύνησαν τα χαρακτηριστικά των απόψεων των οικογενειακών φροντιστών που φροντίζουν ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια, βρέθηκε ότι οι παράγοντες που επιβαρύνουν τους φροντιστές ιδιαίτερα στη περίπτωση των συζύγων, έχουν σχέση με την ηλικία, τα συμπτώματα κατάθλιψης και τη παρουσία συνοδών νοσημάτων του ασθενή. Όσον αφορά τα ποιοτικά ευρήματα για την επιβάρυνση της ΠΖ των φροντιστών, φαίνεται ότι έχουν σχέση με τις αλλαγές και το βάρος της ευθύνης που ανέλαβαν στη φροντίδα των ασθενών.

Η μελέτη των (Stahle et al. 1999) που αξιολόγησε τη φυσιολογική επίδραση ενός ομαδικού προγράμματος αερόβιας γυμναστικής στη ΠΖ ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ ηλικίας >65 ετών, βρέθηκε σημαντική βελτίωση σε όσους συμμετείχαν στο πρόγραμμα στις μετέπειτα μετρήσεις όσον αφορά την εμφάνιση στηθάγχης, τη ζωτικότητα, τη φυσική ικανότητα, τις καθημερινές δραστηριότητες και τη φυσική κατάσταση, χωρίς όμως προοδευτική βελτίωση με τη πάροδο του χρόνου.

Τέλος στη μελετητών (Pearlman, Uhlmann 1988b) που σύγκριναν τις απόψεις των ιατρών με εκείνες των ασθενών για τη ΠΖ τους, βρέθηκε ότι οι ασθενείς και ιατροί βαθμολόγησαν περίπου στον ίδιο βαθμό την ΠΖ των ασθενών με το χαρακτηριστικό ελαφρώς χειρότερη από «καλή». Σημειώνεται ότι στη περίπτωση των ασθενών με ΣΝ η βαθμολογία ήταν ακόμα χαμηλότερη από ότι σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και αρθρίτιδα. Τονίζεται επίσης ότι οι παράγοντες που οι ίδιοι ενοχοποίησαν ως καθοριστικούς για τη ΠΖ τους, έχουν σχέση με τη παρουσία προβλημάτων υγείας και διαπροσωπικών σχέσεων.

Συμπεράσματα

Είναι εμφανές από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και το διεθνές ενδιαφέρον που επιδεικνύεται για τη ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαίο νόσημα, ότι το θέμα αποτελείτο επίκεντρο αρκετά μεγάλου αριθμού ερευνών. Το γεγονός ότι ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν στεφανιαίο νόσημα, είναι τεκμηριωμένο σε πολλές στατιστικές μετρήσεις των σύγχρονων και ανεπτυγμένων κοινωνιών συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου, όπου φαίνεται να καταλαμβάνει το 40% του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον η αλλαγή στο τρόπο ζωής όσον αφορά τη διατροφή και την άσκηση θεωρείται ότι συμβάλλουν στην αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων προκαλώντας διάφορες επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και των οικείων τους.

Τα ευρήματα των άρθρων που μελετήθηκαν κατέδειξαν την σημασία που δίνουν οι ερευνητές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με στεφανιαίο νόσημα, εντοπίζοντας σωρεία εργαλείων για την αξιολόγηση της αλλά και συσχέτιση της με την υγεία και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες. Αναλυτικά φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής μετά από την είσοδο του στεφανιαίου νοσήματος παρουσιάζεται μειωμένη σε σχέση με τη φυσική λειτουργικότητα και την κατάσταση της γενικής υγείας, ενώ οι άνδρες ασθενείς φαίνεται να βαθμολογούν ψηλότερα το επίπεδο της σε σχέση με τις γυναίκες. Όσον αφορά τους άλλους παράγοντες επιβάρυνσης όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι όταν αυξάνεται η ηλικία το επίπεδο ποιότητας

Βιβλιογραφία

- Agarwal, S., Schechter, C. & Zaman, A. 2009, "Assessment of functional status and quality of life after percutaneous coronary revascularisation in octogenarians", *Age and Ageing*, vol. 38, no. 6, pp. 748-751.
- Astin, F., Darr, A. & Atkin, K. 2007, "Family support and cardiac rehabilitation: A comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 7, no. 1, pp. 43-51.
- Baanders, A.N. & Heijmans, M.J. 2007, "The impact of chronic diseases: the partner's perspective", *Family & community health*, vol. 30, no. 4, pp. 305-317.
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Kempen, G.I. & Ranchor, A.V. 2009, "Socioeconomic status and the course of quality of life in older patients with coronary heart disease", *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 16, no. 3, pp. 197-204.

ζωής είναι χαμηλότερο ενώ όσον αφορά τη μόρφωση φαίνεται ότι όσο ψηλότερη είναι τόσο καλύτερη η ποιότητα ζωής.

Επιπλέον στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει κάποιο στενό συγγενή όπως η σύζυγος να εμπλέκεται άμεσα στη φροντίδα του, τότε η ποιότητα ζωής του σαφώς είναι βελτιωμένη. Αντίθετα όσον αφορά την οικονομική κατάσταση όταν δεν υπάρχουν επαρκείς πόροι, τότε η ΠΖ είναι μειωμένη. Το ίδιο συμβαίνει και στις περιπτώσεις που η ψυχολογική και φυσική κατάσταση των καρδιολογικών ασθενών είναι επηρεασμένη από άλλα συνοδά νοσήματα ή την ίδια τη στεφανιαία νόσο.

Καταλήγοντας η ποιότητα ζωής φαίνεται να έχει σχέση με τη γενική υγεία τη φυσική και τη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, ενώ η ηλικία, το φύλο και οι προαναφερθέντες παράγοντες την επιβαρύνουν σε κάποιο βαθμό. Εν κατακλείδι πιστεύεται ότι με την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης θα μπορούσε να επιτευχθεί μείωση της επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα με την κατάλληλη στήριξη και ενδυνάμωση. Μια τέτοια προσπάθεια θα μπορούσε να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για περεταίρω βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού. Και τέλος η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ως δείκτης αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, θα πρέπει να αποτελεί επιβεβλημένη ανάγκη για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, και την εκπόνηση ερευνητικών μελετών για την ανάπτυξη πιο τεκμηριωμένης πρακτικής.

- Bergman, E. & Bertero, C. 2001, "You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease", *Journal of advanced nursing*, vol. 36, no. 6, pp. 733-741.
- Bonetti, P.O., Kaiser, C., Zellweger, M.J., Grize, L, Erne, P., Schoenenberger, R.A., Pfisterer, M.E. & TIME Investigators 2005, "Long-term benefits and limitations of combined antianginal drug therapy in elderly patients with symptomatic chronic coronary artery disease", *Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics*, vol. 10, no. 1, pp. 29-37.
- Bosworth, H.B., Siegler, I.C., Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Vitaliano, P.P., Clapp-Channing, N., Lytle, B.L. & Mark, D.B. 1999, "The relationship between self-rated health and health status among coronary artery patients", *Journal of aging and health*, vol. 11, no. 4, pp. 565-584.
- Bosworth, H.B., Siegler, I.C., Olsen, M.K., Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Clapp-Channing, N.E. & Mark, D.B. 2000, "Social support and quality of life in patients with coronary artery disease", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, vol. 9, no. 7, pp. 829-839.
- Brown, N., Melville, M., Gray, D., Young, T., Skene, A.M. & Hampton, J.R. 2000, "Comparison of the SF-36 health survey questionnaire with the Nottingham Health Profile in long-term survivors of a myocardial infarction", *Journal of public health medicine*, vol. 22, no. 2, pp. 167-175.
- Failde, I., Ramos, I., Fernandez-Palacin, F. & Gonzalez-Pinto, A. 2006, "Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients", *Women & health*, vol. 43, no. 2, pp. 35-49.
- Failde, I.I. & Soto, M.M. 2006, "Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome", *BMC public health*, vol. 6, pp. 18.
- Farin, E. & Meder, M. 2010, "Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation", *Health and quality of life outcomes*, vol. 8, pp. 100.
- Fast, Y.J., Steinke, E.E. & Wright, D.W. 2009, "Effects of attending phase II cardiac rehabilitation on patient versus spouse (proxy) quality-of-life perceptions", *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, vol.29, no. 2, pp. 115-120.
- Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K. 2009, "Quality of life in patients with heart failure: ask the patients", *Heart & lung : the journal of critical care*, vol. 38, no. 2, pp. 100-108.
- Hofer, S., Kullich, W., Graninger, U., Brandt, D., Gassner, A., Klicpera, M., Laimer, H., Marko, C., Schwann, H. & Muller, R. 2006, "Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease", *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 118, no. 23-24, pp. 744-753.
- Huber, C.H., Carrel, T., Berdat, P., Eckstein, F. & Goeber, V. 2007, "Benefits of cardiac surgery in octogenarians - a postoperative quality of life assessment", *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, vol. 31, no. 6, pp. 1099-1105.
- Jenkinson, C., Wright, L. & Coulter, A. 1994, "Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample", *Quality of Life Research*, vol. 3, no. 1, pp. 7-12.
- Jensen, B.O., Hughes, P., Rasmussen, L.S., Pedersen, P.U. & Steinbruchel, D.A. 2006, "Health-related quality of life following off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting in elderly moderate to high-risk patients: a randomized trial", *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, vol. 30, no. 2, pp. 294-299.
- Koivisto, A., Sintonen, H., stedt-Kurki, P., Tarkka, M., Kaunonen, M. & Rantanen, A. 2008, "Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting", *Journal of clinical nursing*, vol. 17, no. 13, pp. 1742-1753.
- Lahana, E., Pappa, E. & Niakas, D. 2010, "The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey", *International journal of public health*, vol. 55, no. 5, pp. 391-400.
- Luttik, M.L., Jaarsma, T., Veeger, N.J. & van Veldhuisen, D.J. 2005, "For better and for worse: Quality of life impaired in HF patients as well as in their partners", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 4, no. 1, pp. 11-14.
- Martensson, J., Dracup, K., Canary, C. & Fridlund, B. 2003, "Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses", *The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation*, vol. 22, no. 4, pp. 460-467.

McHorney, C.A., Ware, J.E., Jr & Raczek, A.E. 1993, "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs", *Medical care*, vol. 31, no. 3, pp. 247-263.

Merkouris, A., Diakomopoulou, E., Papagiannaki, V., Apostolakis, E., Patiraki, E. & Pistolas, D. 2008, "Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 8, no. 1, pp. 74-81.

Milne, D.J., Mulder, L.L., Beelen, H.C., Schofield, P., Kempen, G.I. & Aranda, S. 2006, "Patients' self-report and family caregivers' perception of quality of life in patients with advanced cancer: how do they compare?", *European journal of cancer care*, vol. 15, no. 2, pp. 125-132.

Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. 1988, "Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients", *Journal of gerontology*, vol. 43, no. 2, pp. M25-30.

Phillips, W.T., Alexander, J.L., Pepin, V. & Riley, C. 2003, "Cardiac rehabilitation patient versus proxy quality-of-life perceptions", *Clinical nursing research*, vol. 12, no. 3, pp. 282-293.

Pihl, E., Jacobsson, A., Fridlund, B., Stromberg, A. & Martensson, J. 2005, "Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study", *European journal of heart failure: journal of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology*, vol. 7, no. 4, pp. 583-589.

Rantanen, A., Kaunonen, M., Sintonen, H., Koivisto, A.M., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.T. 2008, "Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 13, pp. 1742-1753.

Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A.M., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.T. 2009, "Patients' and significant others' health-related quality of life one month after coronary artery bypass grafting predicts later health-related quality of life", *Heart & lung : the journal of critical care*, vol. 38, no. 4, pp. 318- 329.

Rumsfeld, J.S., MaWhinney, S., McCarthy, M., Jr, Shroyer, A.L., VillaNueva, C.B., O'Brien, M., Moritz, T.E., Henderson, W.G., Grover, F.L., Sethi, G.K. & Hammermeister, K.E. 1999, "Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. Participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, vol. 281, no. 14, pp. 1298-1303.

Sjogren, J. & Thulin, L.I. 2004, "Quality of life in the very elderly after cardiac surgery: a comparison of SF-36 between long-term survivors and an age-matched population", *Gerontology*, vol. 50, no. 6, pp. 407-410.

Sneeuw, K.C., Sprangers, M.A. & Aaronson, N.K. 2002, "The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease", *Journal of clinical epidemiology*, vol. 55, no. 11, pp. 1130-1143.

Stahle, A., Unden, A., Ryden, L., Mattsson, E. & Nordlander, R. 1999, "Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events - A 1 year follow-up randomized controlled study", *European heart journal*, vol. 20, no. 20, pp. 1475-1484.

Stromberg, A., Pihl, E., Martensson, J., Jacobsson, A. & Fridlund, B. 2004, "Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study", *EUROPEAN JOURNAL OF HEART FAILURE*, vol. 7, no. 4, pp. 583-589.

Ware, J.E., Jr 2000, "SF-36 health survey update", *Spine*, vol. 25, no. 24, pp. 3130-3139.

Ware, J.E., Jr & Gandek, B. 1998, Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project", *Journal of clinical epidemiology*, vol. 51, no. 11, pp. 903-912.

Ware, J.E., Jr & Sherbourne, C.D. 1992, "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection", *Medical care*, vol. 30, no. 6, pp. 473-483.

Zhang, Z., Nugara, F., Kolm, P., Weintraub, W.S., Mahoney, E.M., Stables, R.H., Booth, J. & Spertus, J.A. 2006, "The impact of age on outcomes after coronary artery bypass surgery versus stent-assisted percutaneous coronary intervention: One-year results from the Stent or Surgery (SoS) trial", *American Heart Journal*, vol. 152, no. 6, pp. 1153-1160.