

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

ΜΑΡΙΑ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΛΕΜΕΣΟΣ 2012

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ
ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

της

Μαρίας Δημητρίου

Λεμεσός 2012

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

**Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με
στεφανιαία νόσο στην Κύπρο**

Παρουσιάστηκε από

Μαρία Δημητρίου

Επιβλέπων καθηγητής: Αναστάσιος Μερκούρης (Αναπληρωτής Καθηγητής)

Μέλος επιτροπής (Πρόεδρος): Νίκος Μίντλετον (Επίκουρος Καθηγητής)

Μέλος επιτροπής: Χρυσούλα Λεμονίδου (Καθηγήτρια)

Μέλος επιτροπής: Μάμας Θεοδώρου (Αναπληρωτής Καθηγητής)

Μέλος επιτροπής: Αικατερίνη Λαμπρινού (Επίκουρη Καθηγήτρια)

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ιούλιος 2012

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπλ. Καθηγητής (Επιβλέπων)
2. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου, Αναπλ. Καθηγήτρια (Μέλος)
3. Αικατερίνη Λαμπρινού, Επικ. Καθηγήτρια (Μέλος)

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μαρία Δημητρίου, [2012]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της μεταπτυχιακής/ διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟ

Στους απίθανους ανθρώπους που γνώρισα κατά τη διάρκεια του πανέμορφου αυτού ταξιδιού. Στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και στα άτομα που άμεσα εμπλέκονται στην φροντίδα τους, που τόσο πρόθυμα συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη και άνοιξαν με χαρά την πόρτα του σπιτιού και της καρδιάς τους για τη διενέργεια της παρούσας διδακτορικής έρευνας.

Και στον πιστό και αγαπητό μου σύζυγο Μίκη, για τη συνεχή αγάπη και στήριξη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θέλω να εκφράσω ένα τεράστιο ευχαριστώ και την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στο Δρ. Αναστάσιο Μερκούρη, Αναπληρωτή Καθηγητή και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, που πίστεψε σε μένα, ανέλαβε την καθοδήγησή μου και ήταν συνεχώς στο πλάι μου.

Ευχαριστίες οφείλω και στο Τμήμα Νοσηλευτικής και στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, στη Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και στ Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού, Επίκουρο Καθηγήτρια στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την υποστήριξη και υπομονή που επέδειξαν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.

Θα ήταν επίσης μεγάλη παράλειψη αν δεν εξέφραζα την ευγνωμοσύνη και τις ευχαριστίες μου στη συνεργάτιδά μου Κυρία Αντωνία Παπαθεοδούλου, Ανώτερη Νοσηλευτική Λειτουργό της Ορθοπαιδικής Μονάδας του Νοσοκομείου Λεμεσού, καθώς επίσης και στους τεταρτοετείς φοιτητές της Νοσηλευτικής Σχολής που με βοήθησαν στην οργάνωση και στον προγραμματισμό της συλλογής των δεδομένων.

Ειδικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, το σύζυγο και τα παιδιά μου για την υπομονή τους και τη συνεχή συναισθηματική στήριξη που μου παρείχαν.

Και τέλος, αλλά όχι τελευταία, θα ήθελα να εκφράσω τις αμέριστες ευχαριστίες μου προς το Μεγαλοδύναμο Επουράνιο Πατέρα, για τη συνεχή αγάπη, στήριξη και ενδυνάμωση, στα εύκολα και τα δύσκολα, που αντιμετώπισα κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής, ως πολυδιάστατη έννοια, έχει πλέον καθιερωθεί ως ένας σημαντικός δείκτης αξιολόγησης των παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας. Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) θεωρείται σήμερα, ως η πρώτη και συνηθέστερη αιτία θανάτου διεθνώς με ποσοστό 30%. Ιδιαίτερα ευάλωτη είναι η ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων που είναι άνω των 65 ετών, αφού η ηλικία συνδέεται άμεσα με τη συννοσηρότητα και την εμφάνιση της ΣΝ.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ και η συσχέτισή της με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ιδίων και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (συγγενείς).

Υλικό και Μέθοδος: Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν περιγραφικός – συγκριτικός με συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Το τελικό δείγμα περιελάμβανε 345 ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΝ και 339 άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα τους (συγγενείς) από τρία δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και λήφθηκε με σειρά προσέλευσης για ιατρική επίσκεψη στις καρδιολογικές κλινικές από το Μάιο μέχρι το Δεκέμβριο του 2009. Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων έγινε με συνέντευξη και τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36v2. Παράλληλα, έγιναν 58 συνεντεύξεις με τυχαία δειγματοληψία και τη χρήση ημιδομημένου οδηγού για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων και τη διερεύνηση σε βάθος του θέματος.

Αποτελέσματα: Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ, κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Όσον αφορά όμως, στις επιμέρους διαστάσεις η ΠΖ των ηλικιωμένων ήταν ελαφρώς χαμηλότερη από αυτήν του αντίστοιχου γενικού πληθυσμού σε σχέση με μελέτες που έγιναν στον Ελληνικό και Τουρκικό πληθυσμό με δύο εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα, βρέθηκε αρκετά χαμηλό επίπεδο (MT=51,50 vs 66,96 και 69,35) στη διάσταση του συναισθηματικού ρόλου, ενώ στο σωματικό πόνο βρέθηκε αρκετά υψηλό (MT=72,23 vs 62,03 και 60,69). Σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συγγενών τους, φαίνεται ότι οι δύο ομάδες συμφώνησαν στο επίπεδο της ποιότητας ζωής ότι ήταν ικανοποιητικό. Οι συγγενείς ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο ΠΖ στο ρόλο της

σωματικής λειτουργικότητας και συναισθηματικό από τους ασθενείς, ενώ στη γενική και ψυχική υγεία ανέφεραν χαμηλότερο ($P < 0,05$). Όσον αφορά τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ, αυτοί συνοψίζονται: στο φύλο, στην ηλικία, στο νόσημα, στο είδος της χειρουργικής επέμβασης, στην παρουσία συνοδού νοσήματος και στην παρουσία συζύγου. Σε σχέση με τα ποιοτικά δεδομένα, φαίνεται ότι οι συγγενείς συμφώνησαν με τους ασθενείς σε όλες τις διαστάσεις υγείας εκτός από τη γενική υγεία, ενώ εξέφρασαν κάποια παράπονα για τις υπηρεσίες υγείας. Υπογραμμίστηκε επίσης ο παράγοντας της προσωπικότητας, ως σημαντικός για την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης από τις επιπτώσεις της νόσου.

Συμπεράσματα: Προτείνεται περαιτέρω έρευνα που να καλύπτει και τον ιδιωτικό τομέα υγείας, η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων και η εισαγωγή ενός συστήματος διαχρονικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣΝ, καθώς και δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life is a multidimensional concept which has already been adopted as an important assessment indicator of health care interventions. Internationally, coronary artery disease (CAD) is currently considered, as the first and most frequent cause of death (30%). Elderly people (over 65 years of age) are considered a particularly vulnerable population group since age is not only correlated with the appearance of CAD but also other comorbid conditions.

Aim: To investigate the quality of life of elderly patients with coronary heart disease and its correlation with demographic and other factors, through patients' personal perceptions as well as the perceptions of those directly involved in their care (close family members).

Methods and material: The study followed a descriptive-comparative design with collection of quantitative and qualitative data. The final sample consisted of 345 elderly patients with CAD and 339 persons directly involved in their care (relatives), drawn consecutively in order of presentation for medical examination in cardiac clinics across three public hospitals in Cyprus. Data collection took place from all the population who visited the cardiac outpatient departments from May to December 2009. The quantitative data have been collected by interviews with the use of the questionnaire SF-36v2. In parallel, qualitative data were collected through 58 personal interviews, carried out on a randomly selected sample, using a semi structured guide for the collection of qualitative data in order to investigate the subject in further depth.

Results: Quality of life of elderly patients with CAD in Cyprus, was at a satisfactory level. With regards to the quality of life of the elderly across the eight sub-scales of the questionnaire, it appeared slightly lower than the corresponding levels observed in studies among Greek and Turkish general population with two exceptions. Specifically, a considerably lower level was observed with regards to the emotional role (MV=51.50 vs 66.96 and 69.35), while in contrast in terms of bodily pain this was considerably elevated (MV= 72.23 vs 62.03 and 60.69). Regarding the patients' and relatives' perceptions of patients' quality of life, it seems that in general there was a high level of agreement, of being at a satisfactory level. Relatives reported a slightly higher level of quality of life with regards to the roles of the physical and emotional

functioning than the patients, while in general and mental health they reported a lower one ($P < 0,05$). In terms of the factors associated with the quality of life of the elderly patients with CAD, these were: gender, age, type of coronary disease, the type of surgery, comorbidity as well as the presence of a spouse. According to the qualitative data, it seems that relatives agreed with the patients in all health dimensions except general health. Some of the relatives described the quality of life of patients in relation to their general health in worse terms and expressed some complaints about the health services. The role of personality came across as an important factor for the development of coping mechanisms in overcoming the impact of the disease.

Conclusions: Further research is needed, that will also include the private sector, while the introduction of a database and longitudinal evaluation system of quality of life is suggested. Furthermore, is needed to be more focus on personalized support of CAD patients as well as on the education of patients, relatives and health professionals in relation to health promotion and the development of customized rehabilitation programs.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VI
ABSTRACT.....	VIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	IV
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	V
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	VII
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	VIII
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	15
3. ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	22
4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	24
4.1. Αντικειμενική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.....	25
4.2. Υποκειμενική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.....	29
5. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ.....	37
5.1. Ποιότητα ζωής.....	37
5.2. Γήρανση και ηλικιωμένοι.....	39
6. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ – ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	41
6.1. Ερωτηματολόγιο Short Form 36 (SF-36).....	44
6.2. Ερωτηματολόγιο Nottingham Health Profile (NHP).....	46
6.3. Ερωτηματολόγιο MACNEW.....	46
7. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	48
8. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	53
8.1. Εισαγωγή.....	53
8.2. Ερευνητικός σκοπός της ανασκόπησης.....	53
8.3. Υλικό και μέθοδος.....	54
8.4. Αποτελέσματα.....	58
8.4.1. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από στεφανιαία νόσο.....	58
8.4.2. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από αγγειοπλαστική (PTCA).....	71
8.4.3. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG)	74
8.4.4. Ποιότητα Ζωής και ηλικιωμένοι με στεφανιαία νόσο.....	84
8.4.5. Συγκριτικές μελέτες για την ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και των σημαντικών τους προσώπων ή άλλων.....	90
8.5. Συμπεράσματα.....	93
8.5.1. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νοσο και παράγοντες που την επηρεάζουν.....	93
8.5.2. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και παράγοντες που την επηρεάζουν.....	94
8.5.3. Διαφορές στις αντιλήψεις ασθενών και των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ως προς την ποιότητα ζωής.....	95
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	97
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	98
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	98
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	99
3.1. Σχεδιασμός.....	99

3.2. Δείγμα	99
3.2.1. Επιλογή περιβάλλοντος	99
3.2.2. Δειγματοληψία	99
3.2.3. Μέγεθος δείγματος.....	100
3.3. Συλλογή δεδομένων	105
3.4. Εργαλεία μέτρησης	108
3.4.1. Ερωτηματολόγιο για τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων.....	108
3.4.2. Ημιδομημένος οδηγός συνέντευξης για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων	114
3.5. Ηθικά θέματα	115
3.6. Ανάλυση δεδομένων	117
3.6.1. Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων.....	117
3.6.2. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων	119
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	121
4.1. Περιγραφή δείγματος ασθενών.....	121
4.2. Ποιότητα ζωής (SF-36v2) – αντιλήψεις ασθενών	129
4.2.1. Γενική υγεία.....	129
4.2.2. <i>Εξέλιξη γενικής υγείας</i>	131
4.2.3. <i>Σωματική λειτουργικότητα</i>	132
4.2.4. <i>Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας</i>	133
4.2.5. <i>Ρόλος συναισθηματικός</i>	134
4.2.6. <i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	135
4.2.7. <i>Ένταση σωματικού πόνου</i>	137
4.2.8. <i>Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία</i>	138
4.2.9. <i>Ζωτικότητα και ψυχική υγεία</i>	139
4.2.10. <i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	141
4.2.11. <i>Γενική υγεία</i>	142
4.2.12. <i>Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας</i>	143
4.2.13. <i>Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία</i>	146
4.3. Ποιότητα ζωής ασθενών (SF-36v2) – αντιλήψεις των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών)	148
4.3.1. <i>Γενική υγεία</i>	148
4.3.2. <i>Εξέλιξη Γενικής Υγείας</i>	149
4.3.3. <i>Σωματική λειτουργικότητα</i>	150
4.3.4. <i>Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας</i>	151
4.3.5. <i>Ρόλος Συναισθηματικός</i>	152
4.3.6. <i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	153
4.3.7. <i>Ένταση σωματικού πόνου</i>	155
4.3.8. <i>Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία</i>	156
4.3.9. <i>Ζωτικότητα και ψυχική υγεία</i>	157
4.3.10. <i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	159
4.3.11. <i>Γενική υγεία</i>	160
4.3.12. <i>Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας</i>	161
4.3.13. <i>Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά</i>	163
4.4. Επαγωγική στατιστική – Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών (SF-36v2)..	165
4.4.1. <i>Ποιότητα ζωής - αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το φύλο</i>	165
4.4.2. <i>Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ηλικία</i>	166
4.4.3. <i>Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την επαρχία προέλευσης</i>	168

4.4.4. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.....	170
4.4.5. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης	173
4.4.6. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ιατρική διάγνωση	175
4.4.7. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος θεραπείας	177
4.4.8. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης	178
4.4.9. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος	181
4.4.10. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με τη χρονική διάρκεια του νοσήματος από τη διάγνωση	183
4.4.11. Ποιότητα ζωής ασθενών - σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών)	183
4.5. Ποιότητα ζωής – Ποιοτικά δεδομένα	187
4.5.1. Θεματική Ενότητα «Γενικά για την υγεία»	190
4.5.2. Θεματική Ενότητα «Φυσική κατάσταση»	191
4.5.3. Θεματική Ενότητα «Συναισθηματική κατάσταση»	192
4.5.4. Θεματική Ενότητα «Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση»	193
4.5.5. Θεματική Ενότητα «Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν».....	194
4.5.6. Θεματική Ενότητα «Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν»	196
4.5.7. Θεματική Ενότητα «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και προτάσεις βελτίωσης».....	197
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	203
6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	217
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	219
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	222
8.1. Αγγλική	222
8.2 Ελληνική	244
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	247
9.1. Ερωτηματολόγιο SF-36v2 (Ελληνική έκδοση)	247
9.2. Οδηγός συνέντευξης	253
9.3. Ερωτηματολόγιο με ατομικά και δημογραφικά στοιχεία	258
9.4. Έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης ασθενών.....	260
9.5. Επιστολή έγκρισης για διεξαγωγή έρευνας από Υπουργείο Υγείας.....	264
9.6. Επιστολή έγκρισης για διεξαγωγή έρευνας από Υπουργείο Υγείας.....	265
9.7.Επιστολή έγκρισης βιοηθικής αξιολόγησης από ΕΕΒΚ.....	266
9.8. Χρονοδιάγραμμα ενεργειών	267

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κριτήρια αξιολόγησης άρθρων συστηματικής ανασκόπησης	56
Πίνακας 2. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από Στεφανιαία Νοσο	64
Πίνακας 3. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από Αγγειοπλαστική.....	73
Πίνακας 4. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από Αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG).....	78
Πίνακας 5. Ποιότητα ζωής και ηλικιωμένοι με στεφανιαία νόσο	87
Πίνακας 6. Αριθμός επισκέψεων ασθενών άνω των 65 ετών στις καρδιολογικές κλινικές των τριών γενικών δημόσιων νοσοκομείων το 2008.....	101
Πίνακας 7. Δοκιμασία υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος – Σύγκριση δύο ομάδων (Output G Power 3.1).	102
Πίνακας 8. Κατανομή επιθυμητού και τελικού δείγματος ανά νοσοκομείο.....	103
Πίνακας 9. Τελικό μέγεθος δείγματος ποσοτικών δεδομένων ανά επαρχία και φύλο	104
Πίνακας 10. Τελικό μέγεθος δείγματος ασθενών για ποιοτικά δεδομένα ανά επαρχία και φύλο	105
Πίνακας 11. Τελικό μέγεθος δείγματος συγγενών για ποιοτικά δεδομένα ανά επαρχία και φύλο	105
Πίνακας 12. Εννοιολογικό μοντέλο του SF-36 (Ware 2008)	109
Πίνακας 13. Παρουσίαση των τυποποιημένων τιμών γενικού πληθυσμού.....	112
Πίνακας 14. Δοκιμασίες κανονικότητας για τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις.....	119
Πίνακας 15. Συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha στις 8 διαστάσεις υγείας για ασθενείς και συγγενείς	121
Πίνακας 16. Κατανομή δείγματος ασθενών ανά επαρχία (N/%).....	123
Πίνακας 17. Οικογενειακή κατάσταση ασθενών (N / %).....	124
Πίνακας 18. Ιατρικό ιστορικό ασθενών και επεμβάσεις (N / %).....	126
Πίνακας 19. Συχνότερα συνοδά νοσήματα (N - %).....	127
Πίνακας 20. Παρουσία άμεσα εμπλεκόμενου ατόμου στην φροντίδα (N / %)	129
Πίνακας 21. Γενική υγεία (N / %)	129
Πίνακας 22. Εξέλιξη γενικής υγείας (N / %).....	131
Πίνακας 23. Σωματική λειτουργικότητα N=345 (%)	133
Πίνακας 24. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας, N=345 (%).....	134
Πίνακας 25. Ρόλος συναισθηματικός, N=345 (%)	135
Πίνακας 26. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %).....	136
Πίνακας 27. Ένταση σωματικού πόνου (N / %).....	137
Πίνακας 28. Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία (N / %) ...	138
Πίνακας 29. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία, N=345 (%)	140
Πίνακας 30. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %).....	141
Πίνακας 31. Γενική υγεία, ποσοστό (%)	143
Πίνακας 32. Ποιότητα ζωής και οι 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας (N=345).....	144
Πίνακας 33. Ποιότητα Ζωής >65 ετών (σύγκριση παρούσας μελέτης με τις αντίστοιχες ηλικίες στο γενικό πληθυσμό Ελλάδας και Τουρκίας).....	145
Πίνακας 34. Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία (N=345).....	146
Πίνακας 35. Γενική υγεία (N / %)	148
Πίνακας 36. Εξέλιξη γενικής υγείας (N / %).....	150
Πίνακας 37. Σωματική λειτουργικότητα, N=339, (%)	151
Πίνακας 38. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας, N=339 (%).....	152
Πίνακας 39. Ρόλος Συναισθηματικός, N=339 (%)	153
Πίνακας 40. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %).....	154

Πίνακας 41. Ένταση σωματικού πόνου (N / %)	155
Πίνακας 42. Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία (N / %)	156
Πίνακας 43. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία, N=339 (%)	158
Πίνακας 44. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %)	159
Πίνακας 45. Γενική Υγεία (N / %)	161
Πίνακας 46. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας N=339	162
Πίνακας 47. Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά, N=339	163
Πίνακας 48. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το φύλο	165
Πίνακας 49. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών και ηλικία	167
Πίνακας 50. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την επαρχία προέλευσης	169
Πίνακας 51. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	171
Πίνακας 52. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης	173
Πίνακας 53. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ιατρική διάγνωση	175
Πίνακας 54. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος της θεραπείας	177
Πίνακας 55. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης	179
Πίνακας 56. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος	181
Πίνακας 57. Ποιότητα ζωής ασθενών – σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών τους	184
Πίνακας 58. Θεματικές ενότητες- Πλαίσιο συνέντευξης	189
Πίνακας 59. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Γενικά για την υγεία»	190
Πίνακας 60. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Φυσική κατάσταση»	192
Πίνακας 61. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Συναισθηματική κατάσταση»	193
Πίνακας 62. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση»	194
Πίνακας 63. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν»	195
Πίνακας 64. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν»	197
Πίνακας 65. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και προτάσεις βελτίωσης»	198
Πίνακας 66. Συνοπτικός πίνακας με τις ομοιότητες και διαφορές των αντιλήψεων των 2 ομάδων συμμετεχόντων (ασθενών και συγγενών) κατά θεματική ενότητα	200

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος των ασθενών ανά φύλο	122
Γράφημα 2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος των ασθενών (%)	124

Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών (%).....	125
Γράφημα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών ανά επαρχία (%)	126
Γράφημα 5. Κατανομή ασθενών ως προς το χρόνο παρέλευσης από τη διάγνωση (%)	128
Γράφημα 6. Γενική υγεία	130
Γράφημα 7. Εξέλιξη γενικής υγείας.....	132
Γράφημα 8. Κοινωνική λειτουργικότητα.....	136
Γράφημα 9. Ένταση σωματικού πόνου	137
Γράφημα 10. Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία	138
Γράφημα 11. Κοινωνική λειτουργικότητα.....	142
Γράφημα 12. Ποιότητα ζωής και οι 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας (Μέση τιμή)	145
Γράφημα 13. Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία (Μέση τιμή)	147
Γράφημα 14. Γενική υγεία	149
Γράφημα 15. Εξέλιξη γενικής υγείας.....	150
Γράφημα 16. Κοινωνική λειτουργικότητα.....	154
Γράφημα 17. Ένταση σωματικού πόνου	155
Γράφημα 18. Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία.....	156
Γράφημα 19. Κοινωνική λειτουργικότητα.....	160
Γράφημα 20. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας (Μέση τιμή)	162
Γράφημα 21. Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά (Μέση τιμή).	164
Γράφημα 22. ΠΖ ασθενών στις 2 συνολικές διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα - ψυχική υγεία και φύλο	166
Γράφημα 23. ΠΖ ασθενών στις 2 συνολικές διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα - ψυχική υγεία και ηλικία	168
Γράφημα 24. Συνολικές διαστάσεις: σωματική (φυσική) λειτουργικότητα και ψυχική υγεία κατά επαρχία	170
Γράφημα 25. Συνολικές διαστάσεις: σωματική (φυσική) λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.....	172
Γράφημα 26. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.....	174
Γράφημα 27. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την ιατρική διάγνωση	176
Γράφημα 28. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το είδος της θεραπείας.....	178
Γράφημα 29. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης.....	180
Γράφημα 30. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος.....	182
Γράφημα 31. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας / σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών	185
Γράφημα 32. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία / σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών τους.....	186

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Διαγραμματική απεικόνιση της ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής αναζήτησης (CRD, 2009).....	57
Διάγραμμα 2. Θεματικές ενότητες που προέκυψαν από τη συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας	58
Διάγραμμα 3. Εννοιολογικό μοντέλο του SF-36 (Ware 2008).....	110

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

1. Ελληνικά

ΕΕΒΚ = Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου

ΕΜ = Έμφραγμα Μυοκαρδίου

ΕΥΖ = Έτη Υγιούς Ζωής

ΚΑ = Καρδιακή Ανεπάρκεια

ΜΤ = Μέση Τιμή

ΟΕΜ = Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

ΟΗΕ = Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΠΖ = Ποιότητα Ζωής

ΠΑ = Ποσοστό Ανταπόκρισης

ΠΟΥ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΝ = Στεφανιαία Νόσος

ΤΑ = Τυπική Ζπόκλιση

ΤΣ = Τυπικό Σφάλμα

ΣΥΠΖ = Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ΤΕΠΑΚ = Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΥΥ = Υπουργείο Υγείας

2. Αγγλικά

CABG = Coronary Artery Bypass Grafting

CAD = Coronary Artery Disease

CROQ = Coronary Revascularization Outcome Questionnaire

DASI = Duke Activity Status Index

EORTC = European Organization of Research and Treatment of Cancer EQ-5D =

EuroQol- 5 Dimensions

HNA = Health Needs Assessment

HRQOL = Health Related Quality of Life

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale

IQOLA = International Quality of Life Assessment

Mac New = Mac New Heart Disease Quality of life Instrument
MOS = Medical Outcome Study
MO.SF-20 = Medical Outcome Study Short Form 20
MCS = Mental Component Summary
NHP = Nottingham Health Profile
PTCA = PerCutaneous Coronary Angioplasty
PCR = PerCutaneous Transluminal Coronary Revascularization
PCS = Physical Component Summary
QoL = Quality of Life
IPQR = Revised Illness Perception Questionnaire
SAQ = Seattle Angina Questionnaire
SDS = Self-rating Depression Scale
SIP = Sickness Impact Profile
SF-8 = Short Form Health Survey 8
SF-12 = Short Form 12
SF-36v2 = Short Form 36 version 2
SAS = Specific Activity Scale Questionnaire
STAI = State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire
SWED-QUAL = Swedish Quality of Life Survey
UN = United Nations
USA = United States of America

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί για τις Η.Π.Α. αλλά και για τον υπόλοιπο δυτικό κόσμο τη συχνότερη αιτία ανικανότητας (disability), αφού ευθύνεται για το 20% των συνολικών σχετικών περιπτώσεων. Συγκεκριμένα μόνο στις Η.Π.Α για το έτος 2006, καταχωρήθηκαν δώδεκα εκατομμύρια άτομα με στεφανιαία νόσο και 220.000 θάνατοι που αντιστοιχούν στο 40% των παγκοσμίων θανάτων (Keenan & Shaw for the Centre for Disease Control and Prevention 2011). Επιπλέον, παγκοσμίως, αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου ετησίως, αφού οι τρεις συχνότερες κατά σειρά αιτίες θανάτου είναι: ο καρκίνος, η στεφανιαία νόσος και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (WHO 2011). Στην Κύπρο, οι θάνατοι από καρδιοπάθειες αντιπροσωπεύουν περίπου το 40% του ολικού αριθμού των θανάτων και αποτελούν ειδικά αυξημένο κίνδυνο στους πολίτες άνω των 65 ετών (Υπουργείο Υγείας 2007). Σύμφωνα δε με την ίδια πηγή, οι συνηθέστερες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι: η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου και ακολουθούν η καρδιακή ανεπάρκεια και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παρά τη βελτίωση των μέσων υποστήριξης και θεραπείας των ασθενών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτήν ή στις επιπλοκές της ελαττώνονται ελάχιστα. Αυτό συμβαίνει επειδή στις νεαρότερες ηλικίες, οι θάνατοι μειώνονται, ενώ στις μεγαλύτερες αυξάνονται. Έτσι, οι ασθενείς άνω των 75 ετών διεκδικούν τους περισσότερους θανάτους λόγω της στεφανιαίας νόσου, ήτοι το 45-53% των θανάτων στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (WHO 2011).

Παράλληλα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των διαθέσιμων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, πέραν της ιλιγγιώδους αύξησης του κόστους, δημιουργούν πολλά ερωτηματικά για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών με βάση αρνητικά κριτήρια και η χρησιμοποίηση αποκλειστικά και μόνο αντικειμενικών δεικτών, συμπτωμάτων, σημείων, καθώς και παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων δεν επαρκούν. Η σύγχρονη θεραπευτική επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του ασθενούς. Γι' αυτό και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τον ίδιο τον ασθενή λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον, και

χρησιμοποιείται πλέον ως βασικός δείκτης αποτελέσματος και σημαντικό κριτήριο για τη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών δεν υποκαθιστά τους κλινικούς δείκτες. Διασφαλίζει όμως, ότι η θεραπεία και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εστιάζει στον ασθενή και όχι στη νόσο, και για αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της φροντίδας (Μερκούρης και Αποστολάκης 2004).

Η σημασία που αποδίδεται στην ποιότητα ζωής δεν είναι πρόσφατη, αφού απασχόλησε την ανθρωπότητα από πολύ παλιά. Συγκεκριμένα, ανάγεται σε 2300 χρόνια πριν στην αρχαία Ελλάδα και στον Αριστοτέλη που θεωρούσε ότι η ποιότητα ζωής ήταν η «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» (Μεταφραστική ομάδα Κάκτου 1993).

Πλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αποτελεί προτεραιότητα της στρατηγικής πολιτικής των ανεπτυγμένων χωρών, από διάφορες σκοπιές όπως: πολιτικής, υγείας, οικονομικής, κοινωνικής και πολιτισμικής. Η σημασία που δίνεται στην ποιότητα ζωής (ΠΖ), τεκμηριώνεται από το διεθνές επιστημονικό ενδιαφέρον και την ολοένα αυξανόμενη βιβλιογραφία σε όλους τους επιστημονικούς κλάδους, όπως Ιατρική, Νοσηλευτική, Κοινωνικές και Οικονομικές επιστήμες. Χαρακτηριστικά, από αναζήτηση που διενεργήθηκε με τη μηχανή «Pantognostris» μόνο με τις λέξεις κλειδιά «quality of life» στο τίτλο για τα τελευταία πέντε έτη (2006-2011), εντοπίστηκαν 40.266 μελέτες που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής και δημοσιεύθηκαν σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά.

Η ποιότητα ζωής έχει πλέον καθιερωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας και κατ' επέκταση στην αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών (Snoek 2000). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, σήμερα, η αξιολόγηση της ΠΖ θεωρείται προαπαιτούμενο στοιχείο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας όλων των φαρμάκων πριν από την έκδοση της έγκρισης για χρήση τους (Μερκούρης και Αποστολάκης 2003). Αυτό ήταν αποτέλεσμα, πρώτον της απόφασης του Οργανισμού Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) στις Η.Π.Α. στην ανάπτυξη δεδομένων σχετικά με τη ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, ως το κλειδί για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παραμέτρων στη χρήση νέων αντικαρκινικών σκευασμάτων (Johnson & Temple 1985) και δεύτερον μιας μελέτης που έγινε το 1986 και που

αφορούσε την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ως το πρωτογενές αποτέλεσμα της χρήσης τριών αντιυπερτασικών φαρμάκων (Levine, Testa, Brown, Bulpitt et al 1986).

Η ποιότητα ζωής αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία όταν αφορά σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Μια τέτοια ομάδα είναι και οι ηλικιωμένοι οι οποίοι αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας στα πλαίσια της φυσιολογικής εξέλιξης του γήρατος. Όλες αυτές οι αλλαγές προοδευτικά οδηγούν στη μείωση της ζωτικότητας καθιστώντας τους ηλικιωμένους ευάλωτους σε διάφορους παράγοντες κινδύνου (Joao Pedro de Magalhaes 2008). Επιπλέον, όταν συνυπάρχει και η στεφανιαία νόσος, είναι φανερό ότι οι κίνδυνοι και οι επιπτώσεις στην υγεία των ηλικιωμένων αυξάνονται επικίνδυνα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 13% του παγκόσμιου πληθυσμού και μέχρι το έτος 2050 αναμένεται να φτάσουν το 20% (WHO 2011). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ως μια ευπαθής ομάδα πληθυσμού, είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτώμενοι από τη νοσηλευτική φροντίδα και τους άμεσα εμπλεκόμενους σε αυτήν (Pearlman και Uhlmann 1988). Κατά συνέπεια, η προσπάθεια για αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αποτελεί αναγκαίο στοιχείο στη μελέτη και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, αφού η μακροβιότητα δεν πρέπει να αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά η αύξηση της ποιότητας στην προσθήκη προσδόκιμων ετών επιβίωσης.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ιδίων και των άμεσα εμπλεκόμενων στην φροντίδα τους ατόμων. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο γίνεται για πρώτη φορά στην Κύπρο, ενώ η σύγκριση των προσωπικών αντιλήψεων των ιδίων των ασθενών και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων, καθώς και η συλλογή και ποιοτικών δεδομένων, αποτελεί πρωτοτυπία και στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι χαρακτηριστικό, ότι μέσα από μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν εντοπίστηκε καμία μελέτη με την ίδια μεθοδολογία έρευνας, στην οποία να συγκρίνονται οι δύο ομάδες (ασθενών και των άμεσα εμπλεκόμενων στην φροντίδα τους ατόμων) ως προς τις αντιλήψεις τους, με τη συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντική σύγκριση και ταυτόχρονα έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του

θέματος, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή περιλαμβάνει δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνεται η εισαγωγή με την περιγραφή του προβλήματος, η ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της ποιότητας ζωής, το εννοιολογικό και θεωρητικό πλαίσιο με τους ορισμούς και τα εργαλεία αξιολόγησης, καθώς επίσης και η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα, το υλικό και η μέθοδος, τα αποτελέσματα και η συζήτηση.

2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σήμερα, ολοένα και περισσότερα κράτη θεωρούν ότι η αναβάθμιση και ο εκσυγχρονισμός μιας κοινωνίας στηρίζεται στην ποιότητα ζωής των πολιτών που συμβάλλει στην αναβάθμιση του βιοτικού τους επιπέδου και αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο στοιχείο στην εξέλιξη του περιβάλλοντα χώρου όπου ανήκουν. Η βελτίωση στις συνθήκες διαβίωσης και η πρόοδος της ιατρικής, έχουν επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην παράταση της ζωής και στη μείωση των χρόνιων προβλημάτων υγείας (Νάκου 2001). Εύλογα λοιπόν παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον από την επιστημονική κοινότητα, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των πολιτών, που σήμερα θεωρείται ως άμεσα συνδεδεμένη με την αποδοτικότητα, το βιοτικό επίπεδο και την ευημερία που τους διακρίνει (Υφαντόπουλος 2001). Πόσο μάλλον όταν αυτή αφορά ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Η σπουδαιότητα που αποδίδεται στην ποιότητα ζωής 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» στον τίτλο για τα τελευταία πέντε έτη (2006-2011), εντοπίστηκαν 40.266 μελέτες που αναφέρονται στην ποιότητα ζωής και δημοσιεύθηκαν σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Επιπλέον, φαίνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι ολοένα και περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με το θέμα, προσδίδοντάς του μια ευρύτερη και πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο από πλευράς σχεδιασμού όσο και από πλευράς μεθοδολογίας. Πολλοί ερευνητές εκτός από την άμεση εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων μέσα από τις δικές τους αντιλήψεις, επιχειρούν ταυτόχρονα αντικειμενικές μετρήσεις όπως με τη χρήση διάφορων εργαλείων μέτρησης (Hilleras 2000, Ware et al 2008).

Η ποιότητα ζωής, σήμερα, χρησιμοποιείται στη σύγχρονη θεραπευτική ως δείκτης αξιολόγησης αποτελέσματος των ιατρικών πράξεων και στις επιπτώσεις που αυτές έχουν στη ζωή του ασθενή (Μερκούρης και Αποστολάκης 2003). Αυτό ήταν αναπόφευκτο αφού η εξέλιξη της Ιατρικής και η ανάπτυξη νέων παρεμβατικών θεραπειών επέφερε επανάσταση στην αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου. Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση για την επιλογή της αποτελεσματικότερης θεραπευτικής

παρέμβασης, αποτελεί επιτακτική ανάγκη όχι μόνο για τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και για το οικονομικό κόστος που προϋποθέτει.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, εκτός από σημαντική παράμετρος σε ατομικό επίπεδο, έμμεσα μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση του βιοτικού επιπέδου του γενικού πληθυσμού και να συνεισφέρει στη δημιουργία στρατηγικής στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τον αρμόδιο φορέα ενός κράτους. Σύμφωνα με την πολιτική υγείας της Κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας, αυτή θα πρέπει να διέπεται από τη θεμελιακή αρχή ότι «η υγεία ως κοινωνικό αγαθό αποτελεί ευθύνη του κράτους» (Υπουργείο Υγείας 2007).

Σημειώνεται ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Καταστατικό του 1946 και ορίζει την «υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» (WHO 1948). Εξάλλου ο αριθμός ετών που ο πληθυσμός μιας χώρας παραμένει υγιής (δηλαδή το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού με καλή υγεία), αποτελεί σημαντικό παράγοντα ευημερίας και οικονομικής ανάπτυξης. Κάτω από αυτή την παραδοχή, τα έτη υγιούς ζωής (EYZ) συμπεριλήφθηκαν το έτος 2005, στους διαρθρωτικούς δείκτες της Λισαβόνας, γεγονός που υπογράμμισε τη σημασία του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού με «καλή υγεία» και όχι απλά της διάρκειας ζωής ως κύριου παράγοντα οικονομικής ανάπτυξης (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007).

Σήμερα, η ποιότητα ζωής, εκτός από πολύπλευρη, θεωρείται μια ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία κατά γενική αποδοχή δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Σύμφωνα με τον Wenger (1989), η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει: α) τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου σε σχέση με τις καθημερινές του δραστηριότητες, που μπορεί να διακριθεί σε σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και νοητική, β) τις προσωπικές του αντιλήψεις για την κατάσταση υγείας, την ευεξία και την ικανοποίηση και γ) τα συμπτώματα της νόσου που επηρεάζουν τη λειτουργική του ικανότητα (Wenger 1989). Αυτό ακριβώς υποστηρίζουν και οι Yu, Lee και Woo (2004a) που 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. Εύλογα δημιουργούνται ερωτήματα όσον αφορά την καταλληλότερη προσέγγιση για την αξιολόγηση μιας τόσο σύνθετης έννοιας που

εμπεριέχει αντικειμενικές και υποκειμενικές παραμέτρους. Φαίνεται λοιπόν, η ανάγκη για μια πολύπλευρη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που μπορεί να συνεισφέρει στην περαιτέρω βελτίωσή της και στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, μέσα από την ανάπτυξη μιας γενικότερης πολιτικής στο χώρο της υγείας.

Διεθνώς έχουν δει τη δημοσιότητα πλήθος ερευνητικών άρθρων σε σχέση με την αξιολόγηση της ΠΖ, που απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες υγιών ή ασθενών ατόμων (Ware 2000). Και ενώ παλαιότερα η εκτίμησή της επικεντρωνόταν μόνο στην αντικειμενική προσέγγιση του θέματος, σήμερα ολοένα και περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με την υποκειμενική αξιολόγησή της μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ατόμων (Ware 2000). Έτσι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από τον ίδιο τον ασθενή προσελκύει ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον και χρησιμοποιείται πλέον ως βασικός δείκτης αποτελέσματος και σημαντικό κριτήριο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Σε μια άλλη προσέγγιση ο Π.Ο.Υ. τονίζει ότι η ποιότητα ζωής ενός ατόμου καθορίζεται από τις προσωπικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις, ανάλογα με τη θέση του στην κοινωνία, την κουλτούρα, το κοινωνικό υπόβαθρο, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες που τον διακατέχουν (WHO 1948). Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση υιοθετώντας αυτή την τοποθέτηση, προωθεί ευρέως την ανάπτυξη και εξέλιξη της έρευνας που αφορά στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων γιατί αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και της υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Αυτό είναι σήμερα εφικτό, ιδιαίτερα μετά την ανάπτυξη και εξέλιξη των εργαλείων μέτρησης που αποτελούν βασική προϋπόθεση αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και έχουν υιοθετηθεί από το National Institute for Clinical Excellence (Horowitz et al. 2010).

Αδιαμφισβήτητα η ποιότητα ζωής θα πρέπει να αποτελεί στόχο και ειδική μέριμνα όλων των οργανισμών που προσφέρουν υπηρεσίες, γιατί από αυτήν εξαρτάται η αποδοτικότητα, η επάρκεια και η βιωσιμότητά τους. Πόσο μάλλον στις υπηρεσίες υγείας που το κύριο αντικείμενό τους είναι η φροντίδα των πολιτών και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού, που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση για την ικανοποίηση των βιολογικών τους αναγκών και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Κατ' επέκταση ένα κράτος με πολίτες που ευημερούν και χαίρουν υψηλής στάθμης ποιότητας ζωής, ασφαλώς θα ευημερεί και θα αναπτύσσεται σε όλους τους τομείς.

Πολλοί ερευνητές και φιλόσοφοι δοκίμασαν διάφορες ερμηνείες με τις νεότερες προσεγγίσεις να στοχεύουν στην ανάδειξη της υγείας ως σημαντικής παραμέτρου, άμεσα σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως υπογραμμίζουν οι Ware και Sherbourne (1992), περιλαμβάνονται και άλλοι όροι όπως «η σωματική λειτουργικότητα», «ο σωματικός πόνος», «η γενική υγεία» κ.α. Με βάση λοιπόν την παραδοχή ότι η ευρύτερη έννοια της υγείας ενός ατόμου αποτελεί ίσως το σημαντικότερο κομμάτι για την ποιότητα ζωής του, έχει πλέον καθιερωθεί στο χώρο της υγείας όρος «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» (ΣΥΠΖ). Οι Patrick et al (1993) ορίζουν την ΣΥΠΖ ως «την αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής, η οποία 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». Εκτενέστερες αναφορές για το θέμα της ποιότητας ζωής, παρουσιάζονται στο τέταρτο κεφάλαιο, όπου γίνεται ιστορική αναδρομή για την έννοια της ποιότητας ζωής.

Είναι λοιπόν σαφές ότι υπηρεσίες υγείας να επικεντρώνονται στη βελτίωση της υγείας, στην πρόληψη επιπλοκών και να προωθούν μέτρα βελτίωσης της ποιότητας ζωής και αύξησης της ευημερίας σύμφωνα με τις ερευνητικές υποδείξεις. Μια τέτοια προσπάθεια θα μειώσει το κόστος της τριτοβάθμιας και τεταρτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού η βαρύτητα και η έμφαση θα δοθούν στην πρόληψη της νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής καθιστώντας έτσι τους πολίτες πιο παραγωγικούς.

Παρά την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, η στεφανιαία νόσος συνεχίζει να κατατάσσεται ανάμεσα στις τρεις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), 17,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν το 2008 από καρδιαγγειακή νόσο που αντιπροσωπεύουν το 30% των παγκοσμίων θανάτων (WHO 2011). Από αυτούς τους θανάτους υπολογίστηκε ότι 7,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν με στεφανιαία νόσο και 6,2 από εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσον αφορά τα στατιστικά θνησιμότητας από την καρδιαγγειακή νόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αυτή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου με πάνω από δύο εκατομμύρια θανάτους τον χρόνο (European Heart Network 2008). Σημειώνεται ότι δεν υπάρχει σαφής εικόνα για τον επιπολασμό της στεφανιαίας νόσου στην Κύπρο, αφού τα στατιστικά στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας, απλώς αναφέρονται γενικά στις καρδιοπάθειες ότι αποτελούν τη

συνηθέστερη αιτία θανάτου αντιπροσωπεύοντας το 40% των συνολικών θανάτων (Υπουργείο Υγείας 2007). Επιπλέον, τα υπάρχοντα στοιχεία αναφέρονται μόνο στα δημόσια νοσηλευτήρια, χωρίς να φαίνεται ο συνολικός αριθμός των ασθενών που επισκέπτεται και τα ιδιωτικά. Τα Κυπριακά δεδομένα για το 2008, φαίνεται να ακολουθούν το ποσοστό του 30% που αντιπροσωπεύει το παγκόσμιο ποσοστό της καρδιαγγειακής νόσου, που σύμφωνα με τον ΠΟΥ παραμένει σταθερό και για τις Ευρωπαϊκές χώρες, με πρώτες τις Βαλτικές και ακολουθούμενες από την Κύπρο (European Heart Network 2008). Επομένως θα μπορούσε να υπολογιστεί το 30% των ατόμων με καρδιαγγειακή νόσο στην Κύπρο, με βάση το συνολικό Κυπριακό πληθυσμό, όπως προκαταρκτικά καταγράφηκε στην τελευταία απογραφή πληθυσμού στο τέλος του 2011 (Κυπριακή Υπηρεσία Στατιστικής και ερευνών 2011). Με αυτά τα δεδομένα, το 30% του συνόλου του Κυπριακού πληθυσμού που ήταν 659,350 για το 2011, ανέρχεται σε 197,805 άτομα. Σημειώνεται, ότι αυτές περιλαμβάνουν εκτός από τη στεφανιαία νόσο με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου που αποτελεί την συνηθέστερη καρδιαγγειακή νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Κυπριακή Δημοκρατία 2010). Φαίνεται καθαρά ότι πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό αριθμό του πληθυσμού που είναι καθοριστικός για την ευρύτερη ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου της χώρας.

Η πιο πάνω επιδημιολογική διαπίστωση, ότι δηλαδή τα καρδιακά νοσήματα και ειδικότερα η στεφανιαία νόσος έχουν αυξηθεί σημαντικά, καθώς και η αύξηση που παρατηρήθηκε στον γηράσκοντα πληθυσμό, συντέλεσαν στη στοιχειοθέτηση του προβλήματος στο οποίο εστιάζει η παρούσα μελέτη. Το γεγονός επίσης, ότι τα άτομα άνω των 65 ετών εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου, οδήγησε στην απόφαση για την εστίαση της παρούσας μελέτης στους ηλικιωμένους ασθενείς με στεφανιαίο νόσημα, με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα παγκόσμιο επίτευγμα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, της εξέλιξης της Ιατρικής και των κοινωνικών συστημάτων. Σύμφωνα με τους Stanley και Cheek (2003) για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και ιδιαίτερα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, παρατηρείται το φαινόμενο της οικογένειας των τεσσάρων γενεών.

Αυτό φαίνεται και από τη δομή του πληθυσμού για το 2010 με βάση τα στατιστικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που παρουσιάζει τα ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών να έχουν μια συνεχιζόμενη αυξητική τάση και να αποτελούν το

17,4% του συνολικού πληθυσμού (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu2011>). Σύμφωνα με την ίδια πηγή για το 2010, ο πληθυσμός της Κύπρου ηλικίας 65 και άνω ήταν στο 13,1%, της Ελλάδας στο 18,9%, της Γερμανίας στο 20,7%, του Ηνωμένου Βασιλείου στο 16,5% και της Σουηδίας στο 18,1% του συνολικού πληθυσμού. Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), υπολόγισε τον γηράσκοντα πληθυσμό άνω των 60 ετών για το 2011 σε 650 εκατομμύρια και ότι μέχρι το 2050 θα ανέλθει στα δύο δισεκατομμύρια (WHO 2011). Όσον αφορά στην έκταση του προβλήματος της γήρανσης στην Κύπρο, όπως φαίνεται σε μελέτη του Υπουργείου Υγείας σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης για το 2005, ήταν περίπου το ίδιο με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή 77,0 για τους άνδρες και 81,7 για τις γυναίκες (Υπουργείο Υγείας 2007). Επιπλέον, η γήρανση που παρατηρείται σήμερα σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός με θετικά αποτελέσματα στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, δεν αυξάνει κατ' ανάγκη τα ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALY's) ή το προσδόκιμο επιβίωσης με καλή υγεία. Είναι προφανές ότι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού, προκάλεσαν μια αύξηση στις χρόνιες παθήσεις που σήμερα ταλανίζουν τις ανεπτυγμένες χώρες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο παρόλο που έχουν διαπιστώσει ότι έχει αυξηθεί η γήρανση του πληθυσμού, εντούτοις δεν έχουν προβεί ακόμα στις απαραίτητες ρυθμίσεις και αλλαγές που χρειάζονται για την αντιμετώπιση αυτού του θέματος. Για παράδειγμα δεν έχει ακόμα υιοθετηθεί ο θεσμός και η εγκαθίδρυση της κοινοτικής νοσηλευτικής και η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας. Απουσιάζει δηλαδή ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της παρακολούθησης της εξέλιξης της υγείας και της επιβάρυνσης της νόσου στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής της πιο πάνω ομάδας πληθυσμού προβάλλει ιδιαίτερα αναγκαία, αφού οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας στα πλαίσια της φυσιολογικής εξέλιξης του γήρατος. Όλες αυτές οι αλλαγές προοδευτικά οδηγούν στη μείωση της ζωτικότητας που καθιστούν τους ηλικιωμένους ευάλωτους σε διάφορους παράγοντες κινδύνου (Joao Pedro de Magalhaes 2008). Επιπλέον όταν συνυπάρχει και η στεφανιαία νόσος, είναι φανερό ότι οι κίνδυνοι και οι επιπτώσεις στην υγεία των ηλικιωμένων αυξάνονται επικίνδυνα, καθώς επίσης και τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Με αυτό το σκεπτικό και δεδομένης της ευαισθησίας στο θέμα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων

ασθενών με στεφανιαία νόσο, έγινε ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης. Στην παρούσα μελέτη εκτός από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις αντιλήψεις των ασθενών με στεφανιαία νόσο, ιδιαίτερη σημασία δόθηκε και στις αντιλήψεις των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών), για την όσο το δυνατόν πληρέστερη εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους. Η προσέγγιση αυτή θεωρήθηκε αναγκαία, αφού τα νοσήματα που χρειάζονται αλλαγή του τρόπου ζωής συναντούν αντιστάσεις και δυσκολίες.

3. ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή πρωτοτυπεί διεθνώς στη διερεύνηση της ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, αφού επιχειρεί μια συγκριτική προσέγγιση του θέματος μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ασθενών και των άμεσα εμπλεκομένων στην φροντίδα τους ατόμων (συγγενών) με τη συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Αξιοσημείωτο είναι ότι στη διεθνή βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκε καμία μελέτη με τον αναλόγο σχεδιασμό, που να συγκρίνει τις αντιλήψεις των ασθενών και των συγγενών τους και να έχει προβεί σε συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων.

Ωστόσο, εντοπίστηκαν δύο μελέτες με ποσοτική προσέγγιση και περιγραφικό συγκριτικό σχεδιασμό, για την ΠΖ ασθενών με καρδιακή νόσο που συμμετείχαν σε προγράμματα αποκατάστασης, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ασθενών και των συζύγων τους. Η πρώτη μελέτη αναφέρεται σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακό επεισόδιο και η δεύτερη σε νεαρότερους ασθενείς >21 ετών με καρδιολογικό πρόβλημα (μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου και επεμβάσεις καρδιάς συμπεριλαμβανομένης και της αντικατάστασης βαλβίδων) (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009).

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη που διενεργείται στην Κύπρο για την αξιολόγηση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, αφού μέχρι σήμερα δεν έχει εκπονηθεί παρόμοια μελέτη, εκτός ίσως από μια μελέτη για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με υπέρταση από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Θεοδώρου και συνεργάτες 2011). Αναμένεται λοιπόν, με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής της πιο πάνω πληθυσμιακής ομάδας, που σύμφωνα με τον ΠΟΥ, όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί το 13,1% (WHO 2011), να δημιουργηθεί ένα βασικό σώμα γνώσεως για τα Κυπριακά δεδομένα. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη της ΠΖ και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά και να οδηγήσει στην υιοθέτηση της συστηματικής αξιολόγησης της ΠΖ, ως δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο.

Όσον αφορά στη μικτή ερευνητική προσέγγιση που επιχειρεί η παρούσα έρευνα, με το συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, αναμένεται να

συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Ενδεικτικά, μόνο μία έρευνα εντοπίστηκε με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, χωρίς όμως συγκρίσεις μεταξύ ασθενών και άλλων εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων, που έγινε στην Φινλανδία σε ασθενείς με θεραπεία για στεφανιαία νόσο (ΣΝ), νεαρότερης όμως ηλικίας (Lukkařinen 2005). Από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΣΝ είχαν σχετικά χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Από πλευράς του μεθοδολογικού τριγωνισμού, το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι η ποιοτική προσέγγιση, προσέφερε έδαφος για κατανόηση όσον αφορά στη χαμηλή ψυχολογικά σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως αυτή διαφάνηκε από την ποσοτική προσέγγιση. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι η ηλικία και οι σχετιζόμενες με αυτή καταστάσεις ζωής ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρέαζε αρνητικά την ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αντιμετωπίζουν όχι απλώς σοβαρά προβλήματα υγείας αλλά και χαμηλότερο επίπεδο ζωής, γι' αυτό και απαιτείται η εις βάθος διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους, προκειμένου να εντοπιστούν παράγοντες που θα συμβάλουν στη βελτίωσή της.

Η προσπάθεια πολύπλευρης προσέγγισης του θέματος με τη συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών), αναμένεται να αποτελέσει σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια ιστορικής αναδρομής της έννοιας της «ποιότητας ζωής» και αναφορά στις διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τις πρώτες αναφορές στην ποιότητα ζωής από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, την ανάπτυξη των ορισμών της ποιότητας ζωής, την ανάπτυξη των αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών αξιολόγησης και την εξέλιξη της έννοιας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ). Τέλος, γίνεται αναφορά στις νέες τάσεις που επικρατούν σήμερα σε σχέση με το θέμα.

Οι πρώτες αναφορές στην έννοια της «ποιότητα ζωής» έχουν γίνει από τον Πλάτωνα, ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα. Η επάρκεια, δηλαδή, κατά τον Σωκράτη, μπορούσε να ισοσταθμίσει την ποιότητα, αφού η ποσότητα κατά κύριο λόγο μπορεί να μετρηθεί (Schalock 2002). 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. Υποστήριζε δηλαδή ότι η ευτυχία ή ευδαιμονία, είναι απόρροια ψυχής, σαν μια διαδικασία αρετής που οδηγεί στην ευζωία (Μεταφραστική ομάδα Κάκτου 1993). Συμφωνεί επίσης ότι ο ευδαίμων διάγει καλή ζωή και είναι ευτυχισμένος, διότι και η ευδαιμονία χαρακτηρίζεται ως είδος καλού τρόπου ζωής. Επιπλέον, θεωρούσε ότι η ποιότητα ζωής ήταν η «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» (Μεταφραστική ομάδα Κάκτου 1993). Φαίνεται, ότι η ψυχική ευεξία είναι αλληλένδετη με τις συνεπακόλουθες αλλαγές στις ανάγκες ενός ατόμου που κατ' επέκταση επιδρούν στην ποιότητα ζωής του.

Η έννοια της «ποιότητας ζωής», επανήλθε στο προσκήνιο, μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στην προσπάθεια των κρατών για αποκατάσταση του εθνικού επιπέδου ευημερίας. Σ' αυτή την περίοδο, η έννοια της «ποιότητας ζωής» ισοδυναμούσε με την «καλή ζωή ή ευζωία» και μεταφραζόταν ανάλογα με την οικονομική ευχέρεια, όπως την κατοχή κατοικίας, αυτοκινήτου και άλλων αγαθών (Μερκούρης και Αποστολάκης 2003).

Στη δεκαετία του 1960 το περιεχόμενο του όρου διευρύνθηκε, περικλείοντας και άλλες παραμέτρους όπως την εκπαίδευση, την υγεία και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Αρκετές μελέτες της πιο πάνω περιόδου έδειξαν ότι διάφοροι παράγοντες, όπως η οικονομική ασφάλεια, η οικογενειακή κατάσταση, οι προσωπικές πεποιθήσεις, το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, αποτελούν τα κύρια συστατικά που καθορίζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, καθιστώντας τον όρο πολύπλευρο (Cantril, 1965; Bradburn 1968; Cambell, Converse & Rogers 1976). Όπως ήταν φυσικό οι παράγοντες που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής συνέχισαν να διευρύνονται, προκαλώντας έντονο ενδιαφέρον στον τρόπο αξιολόγησής τους. Κατά συνέπεια οι πρώτες προσεγγίσεις αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, αναφέρονταν σε αντικειμενικές μετρήσεις σε μια προσπάθεια στάθμισης των επιπτώσεων των διαφόρων παραγόντων, ενώ η συμπερίληψη υποκειμενικών κριτηρίων τέθηκε αρκετά αργότερα μετά το 1970.

4.1. Αντικειμενική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Οι αρχικές προσπάθειες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, βασίζονταν σε αντικειμενικούς δείκτες αξιολόγησης όπως: δείκτες υγείας, νοσηρότητας και θνητότητας, συμπτωματολογίας, λειτουργικότητας και συνθήκες διαβίωσης. Η ερευνητική προσπάθεια επικεντρωνόταν στην ανάλυση και ταξινόμηση της φυσικής ή σωματικής λειτουργικότητας των ατόμων. Στηρίζονταν δηλαδή στην ικανότητα του ατόμου να διενεργεί την αυτοφροντίδα του τύπου ρουτίνας και να διεκπεραιώνει τις βασικές φυσικές του δραστηριότητες στο επίπεδο της αυτονομίας του. Έτσι η πρώτη κλίμακα ταξινόμησης της λειτουργικής κατάστασης ενηλίκων, έγινε το 1937, ως μέρος μιας ενιαίας μελέτης του ερευνητικού γραφείου της Νέας Υόρκης και του Συμβουλίου Ευημερίας, του Τμήματος Δημόσιας Ευημερίας και του Κυβερνητικού τμήματος Κοινωνικής Ευημερίας (Ερευνητικό γραφείο Νέας Υόρκης 1937). Στην προσπάθειά τους οι ερευνητές να εξετάσουν τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων που λάμβαναν δημόσιο επίδομα στην πολιτεία της Νέας Υόρκης, μελέτησαν και ανέλυσαν τις διαφορές «μεταξύ εκείνων που η ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων είχε επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες και εκείνων που δεν είχε επηρεαστεί σοβαρά». Με αυτό τον τρόπο ταξινόμησαν τους

ασθενείς σε 4 κατηγορίες: α) χωρίς φανερή ανικανότητα, β) ικανότητα έγερσης και μετακίνησης, γ) περιορισμός στο σπίτι και δ) περιορισμός στο κρεβάτι.

Μετά από δύο χρόνια, ο Καρδιολογικός Σύνδεσμος της Νέας Υόρκης, δημοσίευσε τα κριτήρια της επιτροπής, για τη δική του ταξινόμηση της λειτουργικότητας των καρδιολογικών ασθενών (Κριτήρια Επιτροπής Καρδιολογικού Συνδέσμου Νέας Υόρκης 1939). Η ταξινόμηση περιλάμβανε και πάλι 4 κατηγορίες ασθενών: α) κανένας περιορισμός δραστηριοτήτων, β) ελαφρύς περιορισμός, γ) σημαντικός περιορισμός και δ) ανικανότητα εκτέλεσης οποιασδήποτε δραστηριότητας χωρίς δυσανεξία και πιθανή παρουσία στηθάγχης σε κατάσταση ανάπαυσης.

Στη συνέχεια ο Zeman (1947), δημοσίευσε μια ταξινόμηση που περιείχε κατηγορίες τόσο από τη σωματική λειτουργική κατάσταση, όσο και από την ικανότητα εργασίας ηλικιωμένων ασθενών, άνω των 60 ετών που ζούσαν σε οίκο ευγηρίας. Η λειτουργική κατάσταση περιλάμβανε 5 κατηγορίες: α) απεριόριστη και χωρίς επίβλεψη δραστηριότητα β) μέτρια δραστηριότητα με ελάχιστη βοήθεια, γ) περιορισμένη δραστηριότητα και μερικός κατ'οίκον περιορισμός δ) περιορισμός στο κρεβάτι και ε) σοβαρός επηρεασμός της όρασης. Πρόσθεσε όμως το επίπεδο δεξιότητας ή εξειδίκευσης, που κατηγοριοποιήθηκε σε 3 παραμέτρους: α) την ειδική β) τη συνηθισμένη και γ) την αναπηρία με αποτέλεσμα τη δημιουργία οκτώ συνολικά κατηγοριών.

Οι Katz et al. (1963), δημοσίευσαν τους δείκτες αυτόνομης καθημερινής δραστηριότητας ασθενών με χρόνια πάθηση, στο Cleveland. Αρχικά χρησιμοποίησαν δείκτες από τη διεθνή βιβλιογραφία, με ειδική αναφορά σε παραμέτρους όπως: ικανότητα για εργασία, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, προετοιμασία φαγητού, λούσιμο, ικανότητα βάρδισης και άλλες, σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου. Στη συνέχεια οι δείκτες εφαρμόστηκαν και σε άλλες ομάδες ασθενών με χρόνιες παθήσεις, όπως ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αρθρίτιδα. Αργότερα, οι αρχικοί δείκτες που περιλάμβαναν πολλά στοιχεία της καθημερινής δραστηριότητας των ασθενών, σταδιακά περιορίστηκαν σε έξι: α) την ικανότητα για λούσιμο, β) την ένδυση, γ) τη χρήση της τουαλέτας, δ) τη μετακίνηση προς και από το κρεβάτι, ε) την εγκράτεια και στ) τη σίτιση.

Αργότερα, οι Lawton και Brody (1969) εμπλούτισαν την αξιολόγηση της ικανότητας των ασθενών στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων προσθέτοντας στοιχεία όπως: αγορά αγαθών, προετοιμασία φαγητού, χρήση

τηλεφώνου, υπευθυνότητα στη λήψη φαρμάκων κ.α. Με τον ορισμό πρακτικών και επιτεύξιμων στόχων, συνέβαλαν στην εκτίμηση της ικανότητας εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών, στον προγραμματισμό της θεραπείας και γενικότερα στη διαμόρφωση ευρύτερης στρατηγικής στον τομέα της υγείας.

Στην προσπάθεια για πλήρη αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των διαφόρων κατηγοριών ασθενών, όπως εκείνων με καρκίνο, με καρδιοπάθεια, αλλά και σε ηλικιωμένους, συχνά χρησιμοποιούνται και κλίμακες με βαθμολογίες, όπως από το 0-100, με σκοπό την ακριβέστερη τοποθέτηση του ασθενή, στο ανάλογο επίπεδο ανταπόκρισης. Όπως ήταν φυσικό, το ενδιαφέρον που επιδείχτηκε από τους επιστήμονες συνεχίστηκε, με αποτέλεσμα την αναβάθμιση των δεικτών και την περαιτέρω διεύρυνσή τους. Έτσι, σήμερα, υπάρχουν πάρα πολλά εργαλεία για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των διαφόρων ομάδων ασθενών σε σχέση με τις καθημερινές τους δραστηριότητες και το βαθμό αυτονομίας τους.

Οι πρώτες αυτές αξιολογήσεις αφορούσαν στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους και δεν έδιναν μεγάλη έμφαση στη χρήση δεικτών αξιολόγησης της ευτυχίας και της ψυχολογικής ευημερίας (Ledo 1953, Neugarten, Havighurst, Tobin 1961).

Ο Ledo, το 1953, σε μια προσπάθεια προέκτασης, χρησιμοποίησε αντικειμενικές μετρήσεις για την αξιολόγηση της καλής υγείας, της οικονομικής ασφάλειας, των ασχολιών και ενδιαφερόντων, των φίλων, της διαβίωσης με τον/την σύντροφο, της ηλικίας και της σεξουαλικότητας, ως κριτήρια βαθμολόγησης της ποιότητας ζωής.

Ακολούθως, οι Eisenberg & Goldenberg το 1966 διεξήγαγαν μια μελέτη αξιολόγησης της επιβίωσης και ποιότητας ζωής σε γυναίκες που είχαν καρκίνο μετά από ολική ή μερική αφαίρεση μαστού. Η αξιολόγηση της επιβίωσης περιλάμβανε αντικειμενικές μετρήσεις της σωματικής δραστηριότητας και αξιολόγηση των στάσεων των ασθενών πέραν από την κατάσταση δραστηριότητας, όπως καθορίστηκε από την ικανότητα των ασθενών να επιστρέψουν στις προηγούμενες της επέμβασης, φυσιολογικές τους δραστηριότητες και οι στάσεις βαθμολογήθηκαν ως καλές, μέτριες και κακές, με βάση κάποια παράπονα που εξέφρασαν οι ασθενείς. Και μολονότι οι ερευνητές δεν εξήγησαν πώς ακριβώς τα αποτελέσματα μεταφράζονται σε μετρήσεις των στάσεων των ασθενών, η μελέτη αποτελεί μια πρωτοπόρο προσέγγιση αφού συμπεριέλαβε και την υποκειμενική τους άποψη σε σχέση με τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Παρ' όλα αυτά, η βασική προσέγγιση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο, συνέχισε να περιορίζεται σε ποσοτικές μετρήσεις της επιβίωσης ή της «ποιότητας επιβίωσης» όπως καλύτερα επικράτησε. Στη συνέχεια, παρατηρώντας τις μετεγχειρητικές στάσεις των ασθενών, οι οποίες εξέφραζαν παράπονα δυσανεξίας στη ραδιοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι ερευνητές επέκτειναν τους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβάνοντας και άλλα στοιχεία που να καλύπτουν τις αντιδράσεις των ασθενών. Οι Feinstein, Pritchett και Schimpff (1969) ακολουθώντας αυτή την τάση, χρησιμοποίησαν πιο σύνθετες μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβάνοντας εκτός από την παράμετρο της επιβίωσης και άλλες παραμέτρους σχετικές με τον μετεγχειρητικό πόνο, τη δυσανεξία και ταλαιπωρία.

Στην ιατρική βιβλιογραφία αναφέρονται ειδικοί δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής, μετά από δύο μελέτες που διενεργήθηκαν η μία από τους Carlens, Dahlstrom και Nou (1970) και η άλλη από το Tofler (1970). Σύμφωνα με την πρώτη μελέτη, εξετάστηκαν δύο βασικές παράμετροι, η διάρκεια ζωής και η λειτουργική κατάσταση σε σχέση με την ικανότητα των συμμετεχόντων για εργασία και επανένταξη. Το ίδιο σκεπτικό ακολούθησε και η δεύτερη μελέτη, που βασίστηκε στην άθροιση των παραγωγικών ετών ζωής και ποιότητας ζωής όπως ερμηνεύεται από την εμπειρία των συμμετεχόντων σε κοινωνικές δραστηριότητες και ικανότητα εργασίας. Αυτοί οι δείκτες σχεδιάστηκαν για ασθενείς μετά από μεταμόσχευση καρδιακών βαλβίδων σε σχέση με τις ζωτικές μονάδες (life units). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ζωτικών μονάδων (life units), τόσο μεγαλύτερη η επιτυχία της επέμβασης. Δυστυχώς, όμως, ενώ οι δείκτες σχεδιάστηκαν για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας αυτών των ασθενών, δεν αναφέρονται ξανά στη βιβλιογραφία. Έτσι σταδιακά, η έννοια του όρου «ποιότητα ζωής», αντικατέστησε τον όρο «ποιότητα επιβίωσης» στην ιατρική βιβλιογραφία, σε μια προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν και άλλες παράμετροι για καλύτερη προσέγγιση του θέματος, λαμβανομένων υπόψη και των απόψεων των ασθενών.

Το πρώτο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, που έγινε δημοφιλές, ήταν η κλίμακα γραμμικής αναλογίας αυτοαξιολόγησης, που σχεδιάστηκε από τους Priestman και Baum (1976) και χρησιμοποιούσε την αναλογική οπτική εκτίμηση. Η κλίμακα αποτελείτο από 10 ερωτήσεις σε μια γραμμική τοποθέτηση, που περιείχαν το αίσθημα ευημερίας και του πόνου σε σχέση με την αντίληψη των ασθενών για το

αποτέλεσμα της θεραπείας. Οι ασθενείς καλούνταν να σημειώσουν ένα σημάδι στο σημείο που τους αντιπροσώπευε καλύτερα και ακολούθως τα σημεία αθροίζονταν, δίνοντας έτσι το βαθμό ποιότητας ζωής που αντιπροσώπευε τον καθένα.

4.2. Υποκειμενική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Στα χρόνια που ακολούθησαν εκτός από τις παραπάνω προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, οι ερευνητές ανέπτυξαν περαιτέρω τους δείκτες μέτρησης, παίρνοντας στοιχεία από τις κοινωνικές επιστήμες και υιοθετώντας όλο και πιο συχνά υποκειμενικές μετρήσεις. Οι Johnson, McCauley και Copley (1982), στη μελέτη τους χρησιμοποίησαν επτά μεταβλητές και την «κλίμακα μετατροπής», από προηγούμενες δημοσιεύσεις των κοινωνικών επιστημών, για να μελετήσουν την επίδρασή τους στον άρρωστο. Τα αποτελέσματα της μελέτης, έδειξαν ότι οι ασθενείς με επιτυχείς μεταμοσχεύσεις νεφρού, είχαν καλύτερη ζωή από τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση που δεν είχαν προγραμματιστεί για μεταμόσχευση ή που ήδη είχαν μια αποτυχημένη.

Στη συνέχεια εκτός από τους κοινωνικούς επιστήμονες, οι ψυχολόγοι άρχισαν να μελετούν την αντίληψη της καλής ζωής και της ευημερίας των ατόμων, επηρεασμένοι από την ανάπτυξη των κοινωνικών δεικτών. Έτσι δόθηκε ώθηση για επέκτασή τους και ενσωμάτωση σε αυτούς εκτός από τα υφιστάμενα αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια, για να καλυφθούν οι ευαίσθητες προσωπικές πτυχές της ποιότητας ζωής (Cambell, Converse & Rogers 1976, Andrews & Withey 1976). Αυτές οι ιδέες βασίστηκαν στην εργασία του Cantril (1965), για ανάπτυξη της κλίμακας αυτοαξιολόγησης και στην κλίμακα του Bradburn (1969), για το επηρεαζόμενο ισοζύγιο ευημερίας. Σύμφωνα με τον Cantril (1965), «η ευημερία εκλαμβάνεται ως η ικανοποίηση ενός ατόμου από τη ζωή του και θεωρείται ως μια γνωστική διαδικασία, κατά την οποία οι αντιλήψεις του για τη ζωή, συγκρίνονται με τις προσδοκίες του». Η διαφορά που προκύπτει μεταξύ των δύο, ερμηνεύεται ως η ευημερία του ατόμου, όπως το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται. Από την πιο πάνω μελέτη σε δεκατρείς εθνότητες, διαπιστώθηκε ότι το υψηλότερο επίπεδο ευημερίας και ικανοποίησης από τη ζωή, κατείχαν τα άτομα που οι αντιλήψεις τους για τη ζωή, ήταν πλησιέστερες προς τις προσδοκίες τους.

Στη συνέχεια ο Bradburn (1969), χρησιμοποίησε στοιχεία εμπειρίας σε σχέση με το πώς επηρεάζουν το άτομο, για να καταλήξει ότι ο υποκειμενικός όρος «ευημερία», είναι ένα ισοζύγιο μεταξύ θετικά και αρνητικά επιδρώντων παραγόντων. Όσο μεγαλύτερη η αναλογία μεταξύ θετικών και αρνητικών, τόσο υψηλότερο το επίπεδο ευημερίας. Η κλίμακα αξιολόγησης που δημιούργησε, βασίστηκε σε 10 ερωτήσεις με ίση κατανομή μεταξύ παραγόντων που επιδρούν θετικά και αρνητικά. Έκτοτε η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, με αποκορύφωμα μια μεγάλη εθνική μελέτη, που διενεργήθηκε στον Καναδά σε 33.000 συμμετέχοντες από το Τμήμα Υγείας και Ευημερίας και της Στατιστικής Υπηρεσίας του Καναδά (Health & Welfare Canada 1981).

Στη δεκαετία του 1970, η έμφαση μετατοπίζεται προς την κατεύθυνση της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Οι Campbell και Converse (1976), στην μελέτη τους «ανθρώπινη προσέγγιση της κοινωνικής αλλαγής», επικέντρωσαν στις έννοιες της έμπνευσης, της προσδοκίας και της ικανοποίησης, για να καταλήξουν σε ένα θεωρητικό πλαίσιο αξιολόγησης. Το 1976 επέκτειναν τη μελέτη τους, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τις συνεντεύξεις του 1971 και 1972 στις οποίες οι Αμερικανοί συμμετέχοντες περιέγραφαν τη ζωή τους, σε σχέση με την ικανοποίηση από τη σωματική τους λειτουργικότητα, γενική ικανοποίηση από τη ζωή, εργασιακή ικανοποίηση και ικανοποίηση από την κατοικία. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων συσχετίστηκαν με διάφορους τρόπους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας γενικής κλίμακας με δείκτες για την ικανοποίηση από τη ζωή, δείκτες ευημερίας, δείκτες γενικής επίδρασης και δείκτες αντίληψης του άγχους. Έτσι, η επίδραση διαφόρων παραγόντων στην ποιότητα ζωής, συνέβαλε ουσιαστικά στην ενσωμάτωση διαφόρων στοιχείων που πίστευαν ότι επηρεάζουν την προσωπικότητα κάθε ατόμου όπως: η προσωπική και κοινωνική ζωή, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση (Andrews, Withey 1974, Campbell et al. 1976).

Την ίδια περίοδο οι Andrews και Withey (1976), χρησιμοποιώντας κάποια από τα στοιχεία που χρησιμοποίησαν όλοι οι προηγούμενοι και συγκεκριμένα τα δεδομένα των συνεντεύξεων, που διενήργησαν οι Campbell και Converse (1976), ανέπτυξαν μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής. Το μοντέλο που αναπτύχθηκε περιείχε στοιχεία από τις τοποθετήσεις των προηγούμενων ερευνητών και καινούρια όπως, «πώς αντιλαμβάνεστε γενικά τη ζωή σας» και «πώς αισθάνεστε για τα επιτεύγματα της ζωής σας». Στη συνέχεια κατέληξαν σε ένα ερωτηματολόγιο από 123

στοιχεία, ομαδοποιημένα σε συνήθεις τομείς της ζωής όπως: κατοικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, γειτονιά κ.α, τα οποία θεώρησαν ότι αντιπροσωπεύουν την ποιότητα ζωής.

Στη συνέχεια επήλθε μια τάση για εφαρμογή της κοινωνικο-ψυχολογικής έρευνας στην κλινική πρακτική, με σκοπό την αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων σε διάφορους τομείς. Με βάση το ίδιο σκεπτικό οι Simons, Anderson και Kamstra (1984), χρησιμοποίησαν για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής αιμοκαθαρομένων ασθενών, ένα θεωρητικό πλαίσιο, που συνδύαζε τη φυσική, την κοινωνική και τη συναισθηματική ευημερία των συμμετεχόντων. Χρησιμοποίησαν στοιχεία από προηγούμενους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής όπως: δείκτες ευημερίας, δείκτες ψυχολογικού τομέα και δείκτες για τη γενική ικανοποίηση από τη ζωή, που ανέπτυξαν προηγουμένως το 1972 οι Campbell και Converse. Σε μια άλλη προσέγγιση με βάση τους ίδιους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, οι Evans, Hart και Manninen (1984) μέτρησαν και συνέκριναν την ποιότητα ζωής ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό ή πτωματικό δότη, καταλήγοντας ότι οι συγκεκριμένοι δείκτες παρείχαν τη δυνατότητα σύγκρισης με μια τυποποιημένη ομάδα ελέγχου πληθυσμού. Έτσι ενσωματώθηκε το υποκειμενικό στοιχείο της ευημερίας που στη συνέχεια οδήγησε σε περαιτέρω ανάπτυξη των υποκειμενικών δεικτών στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Τελευταία, παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε διάφορες καταστάσεις όπως: αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης (Σαρρής 2001). Εξαιτίας αυτής της πολυπλοκότητας, προκύπτει ένα σοβαρό πρόβλημα ως προς την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, που αφορά στον τρόπο μέτρησης των προσωπικών πεποιθήσεων λόγω της υποκειμενικότητας που τις χαρακτηρίζει. Παρατηρείται έτσι για ακόμα μια φορά η τάση για υποκειμενική προσέγγιση του θέματος, όπως προκύπτει και από την τοποθέτηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δηλώνει, ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται από τις προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων, όσον αφορά στη θέση τους στη ζωή σε συνάφεια με την κοινωνική κουλτούρα και αξίες και σε σχέση με τους προσωπικούς τους στόχους, προσδοκίες, αρχές και ανησυχίες (WHO 1998).

Με αυτές τις προϋποθέσεις, η ποιότητα ζωής θεωρείται πλέον, ως μια πολύπλευρη έννοια που βασίζεται στις προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων και μεταβάλλεται ανάλογα με τις αλλαγές που παρουσιάζονται στα επίπεδα ή στις διαστάσεις που την συγκροτούν. Οι ερευνητές συμφωνούν πλέον στο ότι ο όρος

«ποιότητα ζωής», δεν αφορά μόνο τη φυσική, προσωπική και κοινωνική θέση του ατόμου, αλλά εισηγούνται την αξιολόγησή της μέσα από τις αντιλήψεις του ίδιου του ατόμου και άλλων σημαντικών τους προσώπων (Andrew & Withey 1976). Αυτή η προσέγγιση προϋποθέτει συγκρίσεις για αντικειμενικότερη αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής, αλλά και για μια πιο υποκειμενική προσπάθεια μέσα από τα μάτια και τις αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων και των σημαντικών τους προσώπων ή φροντιστών. Επιπλέον, η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει καλύτερα την προσωπική πραγματικότητα των συμμετεχόντων όπως την βιώνουν οι ίδιοι.

Κατά συνέπεια, η έννοια του όρου «ποιότητα ζωής», φαίνεται να έχει υποστεί σημαντικές διαμορφώσεις και προσθήκες στην πορεία του χρόνου, ενώ έχει επηρεαστεί από διάφορες κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές. Αυτό δικαιολογείται από την άμεση συνάφεια του όρου με την κοινωνία και τις κοινωνικές αλλαγές. Οι κοινωνικοί επιστήμονες χρησιμοποίησαν τον όρο «ποιότητα ζωής», για να αναφερθούν στην εκτίμηση όλων των περιβαλλοντικών και κοινωνικο-οικονομικών καταστάσεων σε ένα δεδομένο χρόνο και χώρο, σε σχέση με τις επιδράσεις που υφίσταται η ανθρώπινη ευημερία (Campbell 1981). Θεώρησαν δηλαδή ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ατόμων για το πώς εκλαμβάνουν την ευημερία και ποιότητα ζωής τους μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό τους πλαίσιο. Εκτός όμως από τους κοινωνιολόγους, ο όρος «ποιότητα ζωής» έχει απασχολήσει και τις υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο την επίδραση της ψυχικής και φυσικής υγείας στην αντίληψη της ποιότητας ζωής ή την επίδραση των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων σε μια συγκεκριμένη πάθηση, για τη βελτίωση της αντίληψης όσον αφορά στην ποιότητα ζωής.

Στη συνέχεια, αρκετές μελέτες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και άλλων μεταβλητών, σε μια προσπάθεια να εντοπιστεί ο τρόπος επίδρασης και αξιολόγησής τους. Αυτές οι μεταβλητές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε: α) δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, το κατά κεφαλήν εισόδημα και οι συνθήκες διαβίωσης, β) ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η ικανοποίηση από την οικογενειακή ζωή και την εργασία, το άγχος και οι αντιλήψεις για την ευδαιμονία και γ) υποκειμενικές εκτιμήσεις της ποιότητας σε διάφορους τομείς της ζωής όπως την αυτοεκτίμηση και την επιτυχία στην εργασία και την οικογένεια, την ικανότητα αντίληψης των ανθρώπινων σχέσεων και την ικανότητα σύγκρισης με άλλα άτομα. Αυτή η προσπάθεια κατέληξε στη δημιουργία

αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, ενώ έμφαση δόθηκε και στην ευημερία των ατόμων που κατά γενική παραδοχή θεωρείται υποκειμενική εκτίμηση.

Επομένως φαίνεται να επικρατούν δύο διαστάσεις για το θέμα, μια πιο αντικειμενική που στηρίζεται στις μετρήσεις με ειδικά κριτήρια και μια υποκειμενική που στηρίζεται στις αντιλήψεις, τις απόψεις, την ευημερία και την ικανοποίηση των ατόμων από τη ζωή τους. Η καθιέρωση της αξιολόγησης της ευημερίας των ατόμων ως υποκειμενικής προσέγγισης της ποιότητας ζωής, υποστηρίζεται και από τη Hilleras (2000), που την θεωρεί πολύ σημαντική για την έκφραση των ατόμων. Σήμερα, οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ευημερία αποτελεί μια υποκειμενική έννοια της ποιότητας ζωής και ότι με την αξιολόγηση της, οι άνθρωποι καταθέτουν το δικό τους στίγμα με την έκφραση των συναισθημάτων και προσωπικών τους αντιλήψεων (Headey & Wearing 1992, Diener 1994).

Διαχρονικά πολλοί επιστήμονες, ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνιολόγοι και άλλοι προσπάθησαν να συλλάβουν και να διαχωρίσουν τις δύο έννοιες. Φαίνεται όμως ότι ο όρος «ποιότητα ζωής» συνεχίζει να συνδέεται με εκείνο της ευημερίας. Ο Lawton (1991), υποστηρίζει ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και αποτελείται από 4 κυρίως τομείς: α) το αντικειμενικό περιβάλλον του ατόμου, β) την αυτοπεποίθησή του (συμπεριλαμβανομένης και της κατάστασης υγείας), γ) το πώς αντιλαμβάνεται ο ίδιος την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική του ευημερία και δ) την ικανοποίησή του από τη ζωή. Με τον Lawton συμφωνεί και ο Guyatt (1993), που επίσης καθορίζει την ποιότητα ζωής ως μια πολυδιάστατη έννοια που συνδυάζει σημαντικά συστατικά όπως τη σωματική, τη λειτουργική, τη συναισθηματική και την κοινωνική κατάσταση, καθώς και την πνευματική ευημερία του ατόμου.

Περαιτέρω η Fallowfield (1990), υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας του ατόμου που βασίζεται σε τρεις διαστάσεις: της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής ευεξίας. Έτσι η σωματική ευεξία περιλαμβάνει τη νοσηρότητα και τον πόνο και αφορά στην εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και στο επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η σωματική του κατάσταση. Στην ψυχική ευεξία διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή του ατόμου, με κλίμακες που αναφέρονται στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος και την κατάθλιψη. Και τέλος, η κοινωνική ευεξία αντανακλά το γενικό βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την

άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υποστήριξη από το στενό περιβάλλον, όπως η οικογένεια και οι φίλοι (Σαρρής 2001). Η Νάκου (2001) σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας, υποστηρίζει ότι η αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και στο πώς αυτή επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σημαντικά από τις παρατηρήσεις των γιατρών, με αποτέλεσμα ολοένα και περισσότερο να χρησιμοποιούνται εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Την ίδια άποψη υποστηρίζει και ο Zhao (2004) που διαπίστωσε ότι υπάρχει ένα κενό μεταξύ της «αντικειμενικής» αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με τη χρήση γενικών δεικτών και της υποκειμενικής προσέγγισης όπως σκιαγραφείται μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ασθενών.

Στην προσπάθεια για εντοπισμό αποτελεσματικών τρόπων μέτρησης της ποιότητας ζωής, οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στην επιλογή συγκεκριμένων περιοχών αξιολόγησης και εργαλείων. Έτσι παρόλο που η αρχική προσέγγιση εντόπισε αρκετές σχέσεις μεταξύ κοινωνικών μεταβλητών και ποιότητας ζωής, το ενδιαφέρον των ερευνητών δεν έμεινε προσκολλημένο σε αυτές, αλλά επεκτάθηκε στον ανθρώπινο παράγοντα και στο πώς τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους. Γενικά έγινε αντιληπτό ότι η προσέγγιση του θέματος της μέτρησης της «ποιότητας ζωής», όπως υποδηλοί και ο ίδιος ο όρος, είναι πολύπλευρος και δεν στηρίζεται απλά στην εκτίμηση της κατάστασης που βιώνουν οι άνθρωποι, αλλά χρειάζεται να αναπτυχθούν ειδικοί υποκειμενικοί και αξιόπιστοι δείκτες μέτρησης, με έμφαση στις απόψεις και αντιλήψεις των υπό μελέτη ατόμων.

Οι ιατροί ερευνητές θέλοντας να προσεγγίσουν σφαιρικά το θέμα της ποιότητας ζωής και να αναπτύξουν ακριβέστερους δείκτες μέτρησης, δανείστηκαν δείκτες από τις κοινωνικές επιστήμες και χρησιμοποίησαν ψυχολογικά μέτρα αξιολόγησης. Έτσι από το εγχείρημα αυτό, αναπτύχθηκαν δείκτες όπως: Το «Rorschach Test» και «Shanan Sentence Completion Technique» από τους Kaplan και Shanana (1980), η Κλίμακα «Psychological Adjustment to Illness Scale» και οι Δείκτες «Minnesota Multiphasic Personality Inventory» από τους McSweeney, Grant, Heaton, Adams και Timms (1982), και ο δείκτης «Profile of Mood States», από τους Mazze, Lucido και Shamoan (1984). Ακολούθως για την καλύτερη προσέγγιση του θέματος με ενσωμάτωση όλων των πτυχών που συνιστούν την ποιότητα ζωής σε

συγκεκριμένους υποκειμενικούς δείκτες αξιολόγησης, παρατίθεται η ιστορική εξέλιξη τους.

Μετά το 1985, δύο σημαντικά γεγονότα ήρθαν να προσθέσουν μια καινούρια διάσταση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις κλινικές μελέτες. Το ένα από αυτά τα γεγονότα, ήταν η απόφαση του Οργανισμού Επιτροπής Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) της Αμερικής, στην ανάπτυξη δεδομένων σχετικά με τη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, που θεωρούσαν ως το κλειδί για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παραμέτρων και στη χρήση νέων αντικαρκινικών σκευασμάτων (Johnson & Temple 1985). Αργότερα, μια ομάδα εργασίας από τον πιο πάνω Οργανισμό και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, εισηγήθηκαν τη χρήση εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, για σύγκριση μεταξύ ομάδων ασθενών, προ και μετά τη θεραπεία, ή ομάδων που ελάμβαναν θεραπεία και ομάδων που ελάμβαναν εικονικό σκεύασμα (placebo) (O'Shaughnessy et al. 1991). Ο στόχος της μελέτης ήταν να δείξουν ότι ένας ικανός τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, θα μπορούσε να αποτελέσει αξιόπιστο κριτήριο της αποτελεσματικότητας στη χρήση αντικαρκινικών σκευασμάτων.

Το δεύτερο σημαντικό γεγονός που επηρέασε την ιατρική κοινότητα, συνέβη όταν δημοσιεύθηκε από το περιοδικό «New England Journal of Medicine», το 1986 μια μελέτη που χρησιμοποίησε την εκτίμηση για την ποιότητα ζωής ως το πρωτογενές αποτέλεσμα της χρήσης τριών αντιυπερτασικών φαρμάκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ένα από τα τρία αντιυπερτασικά φάρμακα, υπερίσχυσε των υπολοίπων, κάνοντας τους παρασκευαστές να συνειδητοποιήσουν ότι θα μπορούσαν να προωθήσουν το φάρμακο, όχι μόνο για τη φαρμακευτική του δράση, αλλά και για τη θετική του επίδραση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (Croog et al. 1986).

Είναι προφανές ότι εκτός από το ενδιαφέρον που μέχρι τότε επιδείκνυαν οι επιστήμονες για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ως μέτρο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και του βιοτικού επιπέδου γενικότερα, με την ανάπτυξη ειδικών δεικτών, επιδόθηκαν σε ένα αγώνα για τη μελέτη της ποιότητας ζωής, σε σχέση και με άλλους παράγοντες που αφορούσαν τη χρήση φαρμάκων ή θεραπευτικών παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, η έμφαση για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μεταξύ ειδικών ομάδων πληθυσμού και του γενικού πληθυσμού, έχει δοθεί στην απλότητα, την εύκολη εφαρμογή και το χαμηλό κόστος. Σήμερα η αξιολόγηση της ΠΖ θεωρείται προαπαιτούμενο στοιχείο για την αξιολόγηση της

αποτελεσματικότητας όλων των φαρμάκων πριν από την έκδοση έγκρισης για χρήση τους (Μερκούρης και Αποστολάκης 2003). Στην Ευρώπη η προσπάθεια εστιάζεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή του EuroQol (Sintonen 2001), ενώ στις Η.Π.Α. στη μέτρηση των «υγιών ημερών» (Healthy Days) (CDC 2000). Εκτενέστερη αναφορά για την ανάπτυξη των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής παρουσιάζεται στο Κεφάλαιο 5 με το εννοιολογικό πλαίσιο.

Ενώ η έννοια της ποιότητας ζωής παραμένει ευρεία και πολύπλευρη, σε αρκετές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση ενός πιο συγκεκριμένου τρόπου στη διατύπωση του ορισμού και της μέτρησής της. Σύμφωνα με τους Patick και Erickson (1993) και τους Υφαντόπουλο και Σαρρή (2001), προτείνεται, στα πλαίσια των σύγχρονων κλινικών ερευνών, μια πιο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, του κλίματος ή του περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνει τις πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Η πιο πάνω θεωρία άνοιξε το δρόμο για νέες τάσεις και προσεγγίσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής οδηγώντας τους επαγγελματίες υγείας, να υιοθετήσουν στοιχεία που συνδέονται περισσότερο με την υγεία, ή τη θεραπεία. Έτσι επικράτησε ο όρος «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) ή Health-related quality of life (HRQOL)», που στο εξής θα αναφέρεται με τη συντομογραφία της (ΣΥΠΖ) (Lukkarinen 1997, Οικονόμου κ.α. 2001).

Έκτοτε οι όροι «Ποιότητα Ζωής» και «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής», χρησιμοποιήθηκαν στην ιατρική βιβλιογραφία, εκφράζοντας σχεδόν την ίδια έννοια, όπως και στην παρούσα έρευνα όπου η ΠΖ εκφράζει τη ΣΥΠΖ (Fitzpatrick et al. 1992). Φαίνεται όμως ότι ο δεύτερος όρος που αναφέρεται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, έχει επικρατήσει περισσότερο στο χώρο της υγείας (NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute, 2002).

Καταλήγοντας, τα δύο πιο σημαντικά στοιχεία που απασχόλησαν τους ερευνητές για τη δημιουργία κριτηρίων ή δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, ήταν για με τον Ιατρικό χώρο η σωματική λειτουργική κατάσταση, ενώ για τοις κοινωνικές επιστήμες οι ψυχοκοινωνικοί παράμετροι (Prutkin 2002).

5. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Σ' αυτό το κεφάλαιο δίνονται οι εννοιολογικοί ορισμοί όλων των εννοιών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, έτσι όπως υποστηρίζονται από τις πηγές που εντοπίστηκαν από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας.

5.1. Ποιότητα ζωής

Όπως είναι φυσικό όταν επιχειρείται η ερμηνεία ενός πολύπλευρου όρου, πολλά είναι τα στοιχεία που θα πρέπει να συνυπολογισθούν. Πέραν από τους ορισμούς της ποιότητας ζωής που αναφέρθηκαν στην ιστορική αναδρομή, έχουν ξεχωρίσει οι ακόλουθοι:

Ο Lawton (1991), υποστηρίζει ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και αποτελείται από τέσσερις κυρίως τομείς: α) το αντικειμενικό περιβάλλον του ατόμου, β) την αυτοπεποίθησή του (συμπεριλαμβανομένης και της κατάστασης υγείας), γ) το πώς αντιλαμβάνεται ο ίδιος την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική του ευημερία και δ) την ικανοποίησή του από τη ζωή. Με τον Lawton συμφωνεί και ο Guyatt (1993), που επίσης καθορίζει την ποιότητα ζωής ως μια πολυδιάστατη έννοια που συνδυάζει σημαντικά συστατικά όπως η φυσική, η λειτουργική, η συναισθηματική και η κοινωνική κατάσταση, καθώς και η πνευματική ευημερία του ατόμου.

Περαιτέρω η Fallowfield (1990), υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας του ατόμου που βασίζεται σε τρεις διαστάσεις: την σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Έτσι, η σωματική ευεξία περιλαμβάνει τη νοσηρότητα και τον πόνο και αφορά στην εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και στο επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η σωματική του κατάσταση. Ενώ, ψυχική ευεξία περιλαμβάνει την ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή του ατόμου με αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης, της ευεξίας, της συνολικής ικανοποίησης, αλλά και του άγχους και της κατάθλιψης. Τέλος, η κοινωνική ευεξία αντανακλά το γενικό βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση

κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υποστήριξη από το στενό περιβάλλον, όπως η οικογένεια και οι φίλοι (Σαρρής 2001).

Σύμφωνα με την Θεοφίλου (2010), ο όρος ΠΖ έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση. Όσον αφορά δε τις προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων για την ποιότητα ζωής τους, αυτές θεωρούνται ως υποκειμενικά συναισθήματα σχετικά με την κατάσταση της ζωής τους, όσον αφορά στις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες υγείας. Όπως υποστηρίζει και ο Zhao (2004), πρόκειται για τις αντιλήψεις που έχει ένα άτομο για την ποιότητα ζωής του σε σχέση με διάφορους παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κατοικία, το φύλο, οι υπηρεσίες, η κοινωνική και η οικογενειακή κατάσταση. Επιπλέον, ο όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί μια γενική τοποθέτηση και πολλές φορές ευρίσκεται σε αντιδιαστολή με τον όρο «ευημερία», προκαλώντας μια διχογνωμία και αντιπαράθεση ως προς το τι ακριβώς αντιπροσωπεύουν. Αυτό στηρίζεται και από το γεγονός ότι κατά κάποιο τρόπο η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί και βασίζεται σε πιο αντικειμενικά κριτήρια σε αντίθεση με την ευημερία που καλύπτει περισσότερο την υποκειμενική άποψη των ατόμων.

Μια άλλη διάσταση της ερμηνείας του όρου είναι ότι η «ποιότητα ζωής» αναφέρεται για να καθορίσει την «καλή ζωή», θεωρώντας την ως συνώνυμη της υψηλής ποιότητας ζωής (Ventegodt et al. 2003). Οι ίδιοι ερευνητές σημειώνουν επίσης ότι η «καλή ζωή», του πληθυσμού των δυτικών χωρών, είναι στενά συνδεδεμένη με τον πολιτισμό, το κοινωνικό και βιοτικό περιβάλλον και ερμηνεύεται υποκειμενικά από τους ίδιους, ως μια κατάσταση ευδαιμονίας και ικανοποίησης των ατομικών τους αναγκών. Εν κατακλείδι, είναι γενικά αποδεκτό ότι η «ποιότητα ζωής» δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά ένα πολύπλευρο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολυθεματική προσέγγιση. Έτσι ένας πλήρης και ικανοποιητικός ορισμός της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί με ακρίβεια.

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ως την πλησιέστερη ερμηνεία προς τον όρο «ποιότητα ζωής», τον ορισμό που της αποδίδει η δήλωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), που θεωρεί τη «ποιότητα ζωής», ως μια ευρεία και πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από την σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με το ευρύτερο περιβάλλον (WHO 1998).

Σήμερα, όπως έχει ήδη ειπωθεί, στο χώρο της υγείας αντί του όρου «ποιότητα ζωής», έχει επικρατήσει ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής», ως πιο συγκεκριμένος αφού υιοθετεί στοιχεία που συνδέονται περισσότερο με την υγεία ή τη θεραπεία (Lukkarinen 1997, Οικονόμου κ.α. 2001).

5.2. Γήρανση και ηλικιωμένοι

Η αναφορά στη γήρανση του πληθυσμού σύμφωνα με το σχέδιο δράσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), επικεντρώνεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στα τελευταία στοιχεία για τους ηλικιωμένους (United Nations 2007). Υπολογίζεται, σύμφωνα με τις αναφορές στην πιο πάνω έκθεση, ότι οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών στις αναπτυγμένες χώρες είναι ένας στους τέσσερις κατοίκους και αναμένεται να γίνει ένας στους δύο μέχρι το τέλος του 2050. Η ηλικία των 65 και άνω συνδέεται με τη συνταξιοδότηση και ίσως αυτός να είναι ο λόγος που καθιερώθηκε στη γενική συνείδηση, ως το όριο για να θεωρηθεί κάποιος ηλικιωμένο άτομο.

Αρχικά, η «Παγκόσμια συνέλευση του γήρατος» που έγινε στη Βιέννη το 1982 με απόφαση της γενικής συνέλευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, υιοθέτησε την ηλικία των ≥ 60 ετών ως το όριο για τον καθορισμό των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία (United Nations 2007). Στη συνέχεια όμως πολλοί επιστήμονες εξέλαβαν ως αντίστοιχο όριο για τον καθορισμό της τρίτης ηλικίας, την ηλικία ≥ 65 ετών, ή προτίμησαν την περαιτέρω κατάταξή της σε μικρότερα υποσύνολα (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος 1982). Έκτοτε επεκράτησε διεθνώς η ηλικία των 65 ετών η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο κάποιο άτομο θεωρείται ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία (Γρηγοριάδου και συν. 1991). Αυτό υποστηρίζεται και από τον ορισμό που υιοθετήθηκε πρόσφατα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το ηλικιωμένο άτομο, που καθορίζει την ηλικία των ≥ 65 ετών ως την καθοριστική ηλικία για τον προσδιορισμό του ηλικιωμένου ατόμου (WHO 2011). Το όριο αυτή υιοθετήθηκε και στην παρούσα έρευνα.

Η διαπίστωση της αύξησης της γήρανσης σε τόσο δραματικά επίπεδα, προϋποθέτει και την ανάπτυξη ειδικών σχεδίων για μια επιτυχή μετάβαση, λαμβάνοντας υπόψη αρκετές διαστάσεις της υγείας όπως τη φυσική κατάσταση, τη

λειτουργικότητα, την κοινωνική και την ψυχολογική ευημερία (Phelan et al. 2004). Ο στόχος των κρατών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων βρίσκει ολοένα και μεγαλύτερη εφαρμογή, ενώ η επίτευξη του ψηλότερου δυνατού βαθμού αποτελεί σήμερα μία από τις σημαντικότερες ανησυχίες στα θέματα δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με το Τμήμα Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών ο κύριος στόχος του προγράμματος «Υγιείς Άνθρωποι μέχρι το 2010», ήταν η βελτίωση αμφοτέρων της ποιότητας και του αριθμού των προστιθέμενων ετών για υγιή ζωή (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Έτσι σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, η έμφαση για υγιή γηρατειά σε όλα τα προγράμματα υγείας, θα πρέπει να επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας και του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων (United Nations 2003).

6. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ – ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σύμφωνα με μια ανάλυση των Μερκούρη και Αποστολάκη (2003), μπορούν να ταξινομηθούν σε: α) γενικά (generic) που βασίζονται σε γενικές ερωτήσεις και επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ υγιών ή / και ασθενών που πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα, π.χ. το Short Form-36 (SF-36) (Ware et al. 1993, Ware 2000) και το Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt McEwan 1980, Hunt et al. 1981, Hunt et al. 1985), β) ειδικά για κάποιο νόσημα που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σε σχέση με την επίπτωση της νόσου στην κατάσταση υγείας, π.χ. το Asthma Quality of Life Questionnaire για ασθενείς με άσθμα (Juniper et al. 1993), το EORTC QLQ-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) για ασθενείς με καρκίνο (Aaronson et al. 1993, Milne DJ et al. 2006), γ) ειδικά για μια διάσταση ή περιοχή που εστιάζουν σε μια πλευρά της υγείας, π.χ. το Beck Depression Inventory για την αξιολόγηση της κατάθλιψης (Beck et al. 1961) ή το ερωτηματολόγιο Melzack και Torgerson για τον πόνο (1971) δ) εξατομικευμένες μετρήσεις όπου εκτιμάται η σπουδαιότητα διαφόρων παραμέτρων για το κάθε άτομο και υπολογίζεται ένας γενικός δείκτης π.χ. το Patient Generic Index (Ruta, Garratt & Russell 1999) και τέλος ε) μετρήσεις ωφελιμότητας (utility) που εφαρμόζονται κύρια για οικονομικές αξιολογήσεις π.χ. σταθμισμένα χρόνια ποιότητας ζωής (QALYs) (Υφαντόπουλος 2001).

Γενικά εργαλεία που έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί αρκετά συχνά είναι το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire) και το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής η επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol- 5 Dimensions) (Bergner et al. 1981, Ware, Kosinski & Gandek 1993, Ruta et al. 1999, Sintonen 2001).

Υπάρχουν βέβαια πολύ περισσότερα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχουν δοκιμαστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Όλα όμως χρησιμοποιούν αντικειμενικούς δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και παρόλο που ισχυρίζονται ότι καταγράφουν τις υποκειμενικές βιωματικές θέσεις των ασθενών, αρκετοί ερευνητές εντοπίζουν κενά όσον αφορά στην ερμηνεία συσχέτισης της ποιότητας ζωής, με

άλλους κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Η εξέλιξη των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, έχει απασχολήσει ευρέως την επιστημονική κοινότητα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πληθώρας δεικτών και ερωτηματολογίων στη νεότερη βιβλιογραφία. Τα περισσότερα από αυτά έχουν κοινά γνωρίσματα και περιοχές όπως η σωματική, η κοινωνική και η ψυχική διάσταση, παρόλο που έχουν αναπτυχθεί και άλλες διαστάσεις. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά των Gill και Feinstein (1994), όταν διεξήγαγαν μια εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση που κατέδειξε την ύπαρξη 159 ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Ένα εύλογο ερώτημα που προκύπτει με τις διάφορες προσεγγίσεις αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, αφορά την αξιοπιστία και εγκυρότητα όλων αυτών των εργαλείων. Έχουν σχεδιαστεί και δοκιμαστεί στον τομέα στον οποίο αναφέρονται; Μήπως είναι πολύ γενικά με αποτέλεσμα να χάνουν εξειδικευμένες περιοχές ή είναι πολύ εξειδικευμένα με κίνδυνο να μην συγκεντρώνουν σημαντικά στοιχεία και κατά συνέπεια να μην παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης; Ασφαλώς αυτά τα ερωτήματα δεν είναι εύκολο να απαντηθούν λόγω της πολυπλοκότητας του θέματος και της ευρείας εννοιολογικής τους σημασίας. Επιχειρείται όμως μια προσπάθεια περιγραφής και κριτικής ανάλυσης ειδικά για τη σχετιζόμενη με την υγεία αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, αφού αυτήν πραγματεύεται η παρούσα μελέτη, για να διαφανούν τυχόν προβλήματα που πιθανόν να προκύψουν.

Ένα από αυτά τα προβλήματα οφείλεται στην προσπάθεια πολλών ερευνητών να δημιουργήσουν καινούργια εργαλεία, χωρίς προηγούμενη επισταμένη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, όπου υπάρχει πληθώρα εργαλείων. Μια πιθανή εξήγηση αυτών των προβλημάτων, είναι το γεγονός ότι ο όρος «ποιότητα ζωής», εκτός από ευρύς, εμπεριέχει και υποκειμενικά στοιχεία. Πιστεύεται ότι μια ιστορική τοποθέτηση της εξέλιξης των διαφόρων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας, θα μπορούσε να βοηθήσει σε κάποιο βαθμό στην αναβάθμιση και ακριβέστερη ερμηνεία τους.

Η προσπάθεια για ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, έχει παρουσιάσει σημαντική εξέλιξη στη δημιουργία ερωτηματολογίων που μπορούν να συμπληρωθούν εύκολα με συνέντευξη, ή από τον ίδιο τον ασθενή. Όπως είναι φυσικό όμως, όταν επιχειρείται η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου που η υγεία του έχει κλονιστεί από σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα και επιπρόσθετα είναι ηλικιωμένος, αναμένεται να υπάρξει μια επανατοποθέτηση αξιών από το άτομο και ίσως αλλαγή προσδοκιών και στόχων. Πρόκειται, δηλαδή, για μια συνεχώς μεταβαλλόμενη κατάσταση, αφού σύμφωνα με

τη Νάκου (2001), οι προσδοκίες, οι προτεραιότητες και οι απαιτήσεις των ανθρώπων αλλάζουν. Άρα και η ποιότητα ζωής τους, ευρίσκεται σε μια συνεχή αναπροσαρμογή ανάλογα με τις αλλαγές που υφίσταται η υγεία τους και τις επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους.

Λαμβανομένων υπόψη και των υπόλοιπων δεικτών της ποιότητας ζωής που έχουν σχέση με την κοινωνικο-οικονομική και συναισθηματική διάσταση, αναμένεται ότι η παραμικρή ταλάντευση και ανισορροπία, πιθανό να ανατρέψει και αλλάξει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του ατόμου, σε διαφορετικό βαθμό, σύμφωνα όμως με τις αντοχές και προσδοκίες ενός εκάστου ατόμου. Είναι προφανές ότι οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι ποικίλοι και αλληλένδετοι.

Όπως ήδη αναφέρθηκε τα ερωτηματολόγια που αναπτύχθηκαν έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Το βασικότερο πλεονέκτημα των γενικών ερωτηματολογίων είναι η δυνατότητα σύγκρισης και εφαρμογής σε οποιοδήποτε πληθυσμό ενώ το κύριο μειονέκτημά τους είναι η χαμηλή ευαισθησία που τα διακρίνει στην ανίχνευση μικρών μεταβολών στην ποιότητα ζωής. Σε αντίθεση, τα ειδικά ερωτηματολόγια, παρουσιάζουν περισσότερη ευαισθησία στην ανίχνευση μικρών αλλά σημαντικών για τη ζωή αλλαγών στους υπό μελέτη ασθενείς. Κάποιοι μάλιστα προτείνουν ένα συνδυασμό των δύο παρόλο που απαιτείται διπλάσιος χρόνος για τη συλλογή των δεδομένων.

Η πληθώρα των εργαλείων μέτρησης δείχνει το ενδιαφέρον με το οποίο η επιστημονική κοινότητα αντιμετωπίζει την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού και την προσπάθεια που καταβάλλει, ούτως ώστε να δημιουργηθούν τα καταλληλότερα, εγκυρότερα και πιο αξιόπιστα ερωτηματολόγια. Ομολογουμένως η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αξιολόγησης δεν είναι εύκολη, γι' αυτό και χρειάζεται να ληφθούν υπόψη εκτός από την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την καταλληλότητα και άλλα στοιχεία, όπως η υποκειμενικότητα (ευαισθησία), η ευκολία μέτρησης και η χρησιμότητα.

Μέσα από τη βιβλιογραφία επιλέχθηκαν τα τρία δημοφιλέστερα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο, προκειμένου να αξιολογηθούν για να χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη και τα οποία περιγράφονται στη συνέχεια. Η τελική επιλογή κατέλειξε στο ερωτηματολόγιο SF-36, του οποίου η προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό και η προτυποποίηση, έγινε από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο και Νιάκα (2006). Σκοπός

της έρευνάς τους ήταν η αξιολόγηση της εγκυρότητας (validity) της Ελληνικής μετάφρασης του πιο πάνω ερωτηματολογίου και η δημιουργία προτύπων με υπολογισμό ομαδικών αποτελεσμάτων. Το δείγμα της έρευνας απετέλεσαν 1.424 κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών με ποσοστό ανταπόκρισης 70,6%. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν την υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλιμάκων της Ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου και επιτρέπουν σύγκριση των ομαδικών αποτελεσμάτων με αντίστοιχα αποτελέσματα της ξένης βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια, περιγράφεται πρώτα το ερωτηματολόγιο SF-36 που επιλέγηκε για την παρούσα έρευνα και τα υπόλοιπα δύο που εν δυνάμει θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν.

6.1. Ερωτηματολόγιο Short Form 36 (SF-36)

Το SF-36 (Short Form 36), είναι το αποτέλεσμα δύο μεγάλων ερευνών στις Η.Π.Α. Η μια έρευνα αφορά ένα πείραμα της ασφάλισης υγείας «Health Insurance Experiment, (HIE)», που έγινε από τον οργανισμό RAND και είχε ως στόχο τον εντοπισμό των πιο αποτελεσματικών μεθόδων για τη μέτρηση της λειτουργικότητας και της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας σε διαφορετικά περιβάλλοντα (πλαίσια) παροχής της φροντίδας υγείας (Jenkinson, Wright and Coulter 1993, Jenkinson, Coulter and Wright 1993). Η άλλη έρευνα (Medical Outcomes Study - MOS), ανέπτυξε και βελτίωσε τις μετρήσεις της κατάστασης υγείας και εκτίμησε την ευκολία της χρήσης του ερωτηματολογίου που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς και την ανάπτυξη γενικών κλιμάκων για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας (Ware, Sheibourne 1992, Ware, Kosinski, Gandek 1993, Ware, Kosinski, Gandek 2000). Απώτερος στόχος ήταν η κατανόηση της επίδρασης των συστημάτων υγείας στην υγεία των πολιτών.

Το ερωτηματολόγιο SF-36, απευθύνεται σε άτομα του γενικού πληθυσμού και σε ασθενείς άνω των 14 ετών. Περιλαμβάνει οκτώ διαστάσεις (περιοχές υγείας) και 36 ερωτήσεις. Η βαθμολογία σε κάθε κλίμακα υπολογίζεται με άθροιση των βαθμολογιών σε κάθε ερώτηση, με μια κλίμακα τύπου Likert και αναγωγή της σε μια κλίμακα από 0-100, με το 0 να αντιστοιχεί σε χαμηλή και το 100 σε καλή ποιότητα ζωής. Σκοπός δεν είναι ο υπολογισμός μιας συνολικής βαθμολογίας για την ποιότητα ζωής, αλλά ο υπολογισμός βαθμολογιών για τις διαστάσεις, δίνοντας έτσι ένα προφίλ της ποιότητας υγείας. Επιπρόσθετα, με βάση τη βαθμολογία στις οκτώ διαστάσεις,

είναι δυνατό να υπολογιστεί μια ξεχωριστή συνολική βαθμολογία για τη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας, «Physical Component Score (PCS36)» και της ψυχικής υγείας «Mental Component Score (MCS36)», η οποία διευκολύνει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Ware, Kosinski and Keller 1994). Η βαθμολογία αυτή έχει βρεθεί ότι έχει μεγαλύτερη ακρίβεια (ευαισθησία) στην ανίχνευση μικρών αλλαγών στις πιο πάνω διαστάσεις (Jenkinson, Layte, Lawrence 1997).

Σήμερα υπάρχουν και άλλες εκδόσεις του ερωτηματολογίου SF-36 με λιγότερες ερωτήσεις, όπως η έκδοση SF-12 η οποία επιτυγχάνει τα αποτελέσματα της πλήρους έκδοσης με ακρίβεια περίπου 90%, αλλά με σαφώς μεγαλύτερη ευκολία στη συμπλήρωση (Ware, Kosinski, Keller 1995, Ware, Kosinski, Keller 1996). Και σ' αυτή την περίπτωση υπολογίζονται αντίστοιχα δύο γενικές συνολικές βαθμολογίες μια για κάθε διάσταση (σωματική και ψυχική). Το μειονέκτημα είναι ότι δεν μπορούν να υπολογιστούν βαθμολογίες για τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις.

Επιπλέον, η νέα βελτιωμένη μορφή και εξέλιξη του SF-36v2 από τους Ware, Kosinski και Gandek (1993), αποτελεί σήμερα το πιο ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται στον τομέα της υγείας. Οι βελτιώσεις που επιτεύχθηκαν είχαν σχέση με: την απλούστευση των οδηγιών των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, την ταξινόμηση των ερωτήσεων, τη μετάφραση και προσαρμογή τους σε διάφορες γλώσσες, την επιλογή από 5 βαθμίδες μιας κλίμακας αντί 7 σε σχέση με τις διαστάσεις των ρόλων και την επιλογή από 5 βαθμίδες για την απλούστευση των διαστάσεων της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας.

Έχουν δημοσιευθεί πάνω από δέκα χιλιάδες άρθρα που τεκμηριώνουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του διεθνώς και δείχνουν την επιστημονική προτίμηση και αποδοχή του από τους επαγγελματίες υγείας (Ware et al. 2008). Γενικά, το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα διεθνών συγκρίσεων. Επιπλέον έχει βρεθεί να συσχετίζεται με αντικειμενικούς δείκτες υγείας και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Brazier, Harper et al. 1995). Ακριβώς για τους πιο πάνω λόγους το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στη 2^η του έκδοση έχει επιλεγεί για την παρούσα μελέτη.

6.2. Ερωτηματολόγιο Nottingham Health Profile (NHP)

Όπως ήδη αναφέρθηκε η επισκόπηση Υγείας του Nottingham «The Nottingham Health Profile (NHP)», είναι δείκτες που μετρούν την υγεία και δημιουργήθηκε από τους Hant και Mc Ewan (1980) για να μελετήσουν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Απευθύνεται σε ασθενείς και υγιείς ομάδες πληθυσμού, είναι αυτό-συμπληρούμενο με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και παρόλο που καταγράφει μόνο αρνητικές πλευρές της υγείας, έχει καθιερωθεί ευρέως ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής. Αποτελείται από δύο μέρη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωριστά. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται τριανταοκτώ καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Καλύπτει σοβαρές καταστάσεις και δεν περιλαμβάνει μικρά προβλήματα υγείας. Το δεύτερο μέρος δεν έχει τύχει ευρείας εφαρμογής και αποτελείται από επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Και αυτό το ερωτηματολόγιο παρέχει το προφίλ υγείας, αλλά η διαφορά με το SF-36 είναι ότι υπολογίζεται μόνο η συνολική βαθμολογία. Σε κάθε ερώτηση η απάντηση είναι ΝΑΙ ή ΟΧΙ και με βάση ένα ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση, υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων στον άρρωστο, ενώ η χαμηλή βαθμολογία, δεν μπορεί να ερμηνευτεί ως καλή ποιότητα ζωής, γιατί το NHP, ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, μετρά μόνο αρνητικές πλευρές της υγείας. Ως εκ τούτου αφού δεν εξετάζει την θετική πλευρά, έχει βρεθεί ότι δεν παρουσιάζει ικανοποιητικό βαθμό ευαισθησίας για τις συναισθηματικές αντιδράσεις (Jenkinson & Fitzpatrick 1990).

6.3. Ερωτηματολόγιο MACNEW

Το ερωτηματολόγιο MACNEW (heart disease health-related quality of life questionnaire), απευθύνεται ειδικά σε καρδιολογικούς ασθενείς και βασίζεται σε παλαιότερο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (Oldridge et al. 1991, Lim et al. 1993, Valenti et al. 1996). Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: την ψυχολογική, τη φυσική και την κοινωνική

κατάσταση των ασθενών και περιλαμβάνει εικοσιεπτά ερωτήσεις. Η βαθμολόγηση γίνεται με κλίμακα τύπου Likert επτά σημείων (Ποτέ, Σπάνια, Λίγες φορές, Μερικές φορές, Συχνά, Πολύ συχνά και Πάντα) και αφορά τη συχνότητα κάποιων συμπτωμάτων, συναισθημάτων ή καταστάσεων που βίωσε ο ασθενής κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Έχει μεταφραστεί σε εννέα γλώσσες και η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) έχει βρεθεί 0,94 για τη συναισθηματική, 0,89 για τη φυσική και 0,84 για την κοινωνική διάσταση, ενώ οι τρεις διαστάσεις που καλύπτει εξηγούν το 63% της μεταβλητότητας (Lim et al. 1993). Η μετάφραση, η προσαρμογή και ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου σε πιλοτική μελέτη στην Ελληνική γλώσσα, έδειξε ότι ο Cronbach's alpha κυμάνθηκε από 0,83 έως 0,92 για τις τρεις διαστάσεις (Μερκούρης κ.α. 2002). Το μειονέκτημα είναι ότι είναι ειδικό για τη νόσο και δεν προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης με το γενικό πληθυσμό ή άλλες κατηγορίες ασθενών, γι' αυτό και δεν επιλέγηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

7. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Η έννοια της ποιότητας ζωής, αποτελεί μια ευρεία και πολύπλευρη έννοια που απασχόλησε έντονα τους ερευνητές επιστήμονες, ιδιαίτερα σε σχέση με την αντικειμενική και υποκειμενική αξιολόγησή της. Η ανάπτυξη των διαφόρων προσεγγίσεων αξιολόγησης μέσα από αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, ήταν το αποτέλεσμα πολλών θεωριών που βασίστηκαν ακριβώς στο ότι η ΠΖ ως πολύπλευρη έννοια, χρήζει πολύπλευρης προσέγγισης. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, θεωρήθηκε απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες που επηρεάζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου, σε σχέση με την ανάπτυξη ιδιαιτεροτήτων εξαιτίας σωματικής ή ψυχικής νόσου (Rosenfield 1992, Arns & Linney 1993, Barry & Crosby 1995).

Μια άλλη προσέγγιση για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με βάση υποκειμενικά κριτήρια, είναι ότι θα πρέπει να περιλαμβάνει και στοιχεία που να συνάδουν με την έννοια της ευημερίας (Hilleras 2000). Επιπλέον, η έννοια της «καλής ζωής» ενσωματώνει μια συστάδα θεωριών που σύμφωνα με τους πιο πάνω επιστήμονες, επεκτείνεται από το υποκειμενικό στο αντικειμενικό πεδίο και βασίζεται στην έννοια της ενσωμάτωσης στην ποιότητα ζωής των όρων: ευημερία, ικανοποίηση από τη ζωή, ευδαιμονία, το νόημα της ζωής, η σωματική κατάσταση, η αντίληψη των ευκαιριών της ζωής, η εκπλήρωση αναγκών και οι αντικειμενικοί παράγοντες. Ακριβώς για αυτό το λόγο, η πολυδιάστατη φύση της έννοιας της ποιότητας ζωής, αποτέλεσε και το έναυσμα στην ανάπτυξη πολλών θεωρητικών προσεγγίσεων και διαφόρων μοντέλων για την καλύτερη εκτίμηση και αξιολόγησή της. Πάνω σε αυτό το πλαίσιο ο Schalock (2004) υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής ως σύνθετη έννοια έχει πολλές προοπτικές και αποτελείται από οκτώ διαστάσεις:

- Συναισθηματική ευημερία
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Υλικό ευ ζην
- Φυσικό ευ ζην
- Προσωπική ανάπτυξη
- Αυτοπροσδιορισμός
- Κοινωνική ένταξη

- Δικαιώματα

Οι πιο πάνω διαστάσεις αποτελούν το πλαίσιο προσδιορισμού της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, που βασίζεται σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, στο κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και στις ατομικές του ανάγκες. Επιπλέον, η πιο πάνω τοποθέτηση έχει μετακινήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών σε μια πιο συγκεκριμένη προσέγγιση της ΠΖ σε σχέση με την έννοια της υγείας, σωματικής και ψυχικής και τις επιδράσεις που έχει στο άτομο. Εξάλλου οι Kaplan και Bush (1982) πρότειναν τον όρο σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) προκειμένου να διαχωρίσουν από τον γενικό όρο της ΠΖ, τις πτυχές που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου. Ο συγκεκριμένος όρος ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς: την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου και τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του.

Οι κύριες θεωρίες που αναπτύχθηκαν για την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία αποτυπώνονται σε τρία σημαντικά μοντέλα: στο Μοντέλο Ικανοποίησης, στο Συνδυαστικό Μοντέλο Ικανοποίησης-Σημαντικότητας και στο Μοντέλο Λειτουργικότητας στο πλαίσιο ανάπτυξης κοινωνικών ρόλων (Οικονόμου κ.α. 2001).

Σύμφωνα με το Μοντέλο Ικανοποίησης του Lehman (1982) τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει ένα άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του, εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσης του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Συγκεκριμένα το μοντέλο στηρίζεται στην αρχή ότι η ποιότητα ζωής είναι υποκειμενική υπόθεση και βασίζεται στην γενική αίσθηση ευημερίας όπως αυτή βιώνεται από το άτομο με βάση τρεις τομείς της ζωής: α) τα προσωπικά χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με την ηλικία και το φύλο, β) τους αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας ζωής όπως το εισόδημα και γ) τους υποκειμενικούς δείκτες όπως η ικανοποίηση από το εισόδημα. Στην πραγματικότητα όμως δεν εξετάζεται η προσωπική πραγματικότητα του ατόμου, αλλά σε σχέση με τις παραπάνω διαστάσεις και δεν μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι σχετικές μετρήσεις δίνουν έναν έγκυρο δείκτη της ποιότητας ζωής του ατόμου. Έτσι, αν κάποιο άτομο αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποίηση για κάποιο συγκεκριμένο τομέα της ζωής του, υπάρχουν τρεις πιθανές εκδοχές: (1) μπορεί να σημαίνει πράγματι ότι πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό, (2) μπορεί ο συγκεκριμένος τομέας να μην αξιολογείται από το άτομο ως ιδιαίτερα σημαντικός και έτσι να μην επηρεάζεται το

επίπεδο ικανοποίησής του και (3) μπορεί το άτομο να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που του παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα.

Το Συνδυαστικό Μοντέλο Ικανοποίησης-Σημαντικότητας του Becker (1993) είναι απόρροια του προβληματισμού που προέκυψε κατά την ανάπτυξη του μοντέλου της ικανοποίησης του Lehman (1982). Σε αυτό το μοντέλο συνεκτιμώνται η υποκειμενική εκτίμηση του ασθενή για κάποιο τομέα της ζωής του και ο βαθμός σημασίας που ο ίδιος αποδίδει σε αυτόν το τομέα. Δεν εξετάζεται όμως η επίδραση του περιβάλλοντος στην ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, αλλά η προσωπική του ικανοποίηση σε σχέση με τις εργασιακές του δραστηριότητες, την ψυχολογική και σωματική του ευημερία, τις καθημερινές του δραστηριότητες, τις κοινωνικές του σχέσεις, τη συμπτωματολογία, την επίτευξη στόχων και την οικονομική κατάσταση. Έτσι, για παράδειγμα για ένα άτομο χαμηλού επιπέδου φιλοδοξιών επαγγελματικής εξέλιξης, οι ευκαιρίες που του προσφέρονται για προαγωγή δεν αποτελούν ένα σημαντικό κριτήριο για την εκτίμηση της ικανοποίησής του στον εργασιακό τομέα, ενώ για κάποιον άλλον, που έχει μεγάλες φιλοδοξίες σχετικά με τον τομέα αυτόν, οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προαγωγή αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο. Το μοντέλο αυτό, ενώ επισημαίνει τη σπουδαιότητα των προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, δεν εξετάζει το ενδεχόμενο ότι οι πιθανές πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον, το αναγκάζουν πολλές φορές να υποτιμά τους στόχους εκείνους που κατά τη γνώμη του είναι ανέφικτο να τους υλοποιήσει.

Όσον αφορά το Μοντέλο της Λειτουργικότητας, αρχικά αναπτύχθηκε στο πλαίσιο ανάπτυξης κοινωνικών ρόλων από τους Bigelow et al. (1982) και βασίζεται στη «θεωρία των αναγκών» και στη «θεωρία των ρόλων» του Maslow (1954). Συγκεκριμένα το μοντέλο στηρίζεται στη θεωρία ότι «η ευτυχία και η ικανοποίηση επηρεάζονται από τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που απαιτούνται για την κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών». Σύμφωνα με τον Maslow (1954) αυτές οι ανάγκες κατατάσσονται ιεραρχικά σε μια πυραμίδα αρχίζοντας από τις βασικές που είναι οι βιολογικές ανάγκες και επεκτείνονται μέχρι τις υψηλότερες βαθμίδες που έχουν σχέση με την ανάγκη της εκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης. Επιπλέον οι κοινωνικοί ρόλοι είναι πρότυπα δράσης τα οποία απορρέουν από την κοινωνική θέση που έχει το άτομο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο όπως: το επάγγελμα, ο γάμος, η μητρότητα και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Παράλληλα με την προσέγγιση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την κατάσταση υγείας, δημιουργήθηκε η τάση για σύγκριση μεταξύ της σωματικής λειτουργικότητας και της ψυχικής υγείας. Με αυτό τον τρόπο εμφανίστηκε ένα νέο στοιχείο της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη συμμετοχή του ρόλου και της κοινωνικής συνοχής, που δημιούργησε νέα δεδομένα τα οποία έχουν δοκιμαστεί κυρίως στην κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Οι συγκεκριμένοι επιστήμονες έχουν εκτενώς ασχοληθεί με το θέμα της κοινωνικής συνοχής και έχουν δεχθεί ότι η κοινωνική συνοχή είναι η δύναμη που διατηρεί ένα άτομο, ως μέλος της κοινωνίας (Festinger 1950, Back 1951, McPherson & Smith-Lovin 2002). Κατά συνέπεια η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, προσδίδει στο άτομο την ικανοποίηση ότι ως μέλος της κοινωνίας έχει τη δυνατότητα του «ανήκειν» και «ενεργείν».

Τέλος η γενική φιλοσοφία που διέπει όλους τους επιστήμονες που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής, είναι ότι αυτή πρέπει να τυγχάνει σφαιρικής αντίληψης, συμπεριλαμβανομένων όλων των διαστάσεων που συνθέτουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και κατά κύριο λόγο εκείνων που σχετίζονται με την υγεία, ούτως ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Σύμφωνα με τους Ventegodt, Merrick και Andersen (2003) η πρότασή τους για σφαιρική θεώρηση της ποιότητας ζωής η αλλιώς η θεωρία integrative quality-of-life (IQOL), είναι μια συνοπτική θεωρία που κύρια αντικατοπτρίζει: την υποκειμενικότητα, την ύπαρξη και την αντικειμενικότητα ως τις κύριες πτυχές θεώρησης της ποιότητας ζωής

Όπως ήταν φυσικό οι πιο πάνω προσεγγίσεις βρήκαν εφαρμογή στην κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την ιατρική. Ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας που η πιο συγκεκριμένη έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την κατάσταση υγείας (ΣΥΠΖ), βρήκε ευρεία αποδοχή. Επιπλέον, οι βασικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ που αφορούν στην υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, βρήκαν εφαρμογή στο μοντέλο των Ware & Sherbourne (1992), που στηρίζει το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας έρευνας. Η ανάπτυξη του μοντέλου αυτού, στηρίχθηκε στην αντικειμενική μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ), με το υποκειμενικό κριτήριο της αντίληψης των συμμετεχόντων (Ware 2000 & Ware 2003). Στη συνέχεια, ανέπτυξαν ειδικούς δείκτες μέτρησης και ψυχομετρικά εργαλεία για τη μέτρηση της ΠΖ, όπως το SF-36v2 που αντικρύζει την ποιότητα ζωής (ΠΖ) ως πολύπλευρο όρο με πολλές πτυχές (Ware 2000). Περαιτέρω ο Ware (2003) υποστήριξε ότι η αξιολόγηση της λειτουργικότητας υγείας, διέρχεται εξελίξεις που βασίζονται στη δόμηση της κατάστασης υγείας και της εφαρμογής της

θεωρίας που σχετίζεται στην αντίδραση με ειδικά στοιχεία (items) με κύριο σκοπό την συσχέτιση της κλασσικής με τη συνολική βαθμολόγηση. Συνεπώς, όπως υπογραμμίζει με τη βαθμολόγηση στα συγκεκριμένα στοιχεία μπορεί να αξιολογηθεί η σωματική λειτουργικότητα και η ευημερία που συνθέτουν την υγεία των ατόμων. Σύμφωνα δε με τους Pollard et al. (2007) το SF-36 δημιουργήθηκε για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και βασίζεται στην αναγνώριση και τον καθορισμό οκτώ γενικών εννοιών για την υγεία: τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα και τη γενική και ψυχική υγεία (Ware & Sherbourne 1994).

Το μοντέλο του Ware (2000), στηρίζεται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και στην ταξινόμηση των στοιχείων και εννοιών που υπογραμμίζουν τη σύνθεση των κλιμάκων του SF-36 και των συνοπτικών μετρήσεων που το αποτελούν. Η περαιτέρω επεξήγηση και σύνθεσή του θα γίνει στο ειδικό κεφάλαιο για τα εργαλεία μέτρησης στη μεθοδολογία της παρούσας μελέτης. Στο παρόν στάδιο, γίνεται αναφορά για θεωρητικούς σκοπούς και σύνδεσης με τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η ωφελιμότητά του στην εκτίμηση της επιβάρυνσης της υγείας από τη νόσο είναι τόσο πλατιά που μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία σε πάνω από 200 νοσήματα, ενώ κατά κόρον έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Ware 2008). Ο Ware (2003), συλλαμβάνοντας τις σύγχρονες αντιλήψεις των ερευνητών διεθνώς για τη διαμόρφωση και τη δομή των διαστάσεων της υγείας, συμπεριέλαβε νέες προσεγγίσεις στην εννοιολογική τοποθέτηση του θέματος όσον αφορά στη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη συμβολή του ρόλου στην ποιότητα ζωής. Έτσι στη συνέχεια, θέλοντας να δοθεί σημασία στις διαστάσεις της υγείας που όντως συγκροτούν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ), επεκτάθηκε στην ενσωμάτωση τέτοιων εφαρμόσιμων στοιχείων. Όλες αυτές οι καινοτομίες φαίνονται στην περιγραφή του ερωτηματολογίου που αντικατοπτρίζει το εννοιολογικό υπόβαθρο που το στηρίζει, στο ειδικό κεφάλαιο για τη μεθοδολογία της παρούσας μελέτης.

8. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

8.1. Εισαγωγή

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκε παρόμοια μελέτη που να περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία ενδιαφέροντος της παρούσας έρευνας. Δεν βρέθηκε δηλαδή μελέτη που να διερευνά την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ιδίων και των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών), με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Βρέθηκαν όμως, όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 3, δύο μελέτες που αξιολογούσαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα και συμμετείχαν σε προγράμματα αποκατάστασης, με συγκριτική προσέγγιση μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους, με συλλογή μόνο ποσοτικών δεδομένων (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009). Επισημαίνεται ότι η πρώτη μελέτη αφορούσε σε ηλικιωμένους ασθενείς μετά από καρδιακό επεισόδιο, και η δεύτερη σε νεαρότερους ασθενείς >21 ετών μετά από επεμβατική καρδιακή θεραπεία. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει σαφής και σε βάθος εκτίμηση για το θέμα, γιατί και οι ερευνητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Δεδομένου του κενού στη βιβλιογραφία, εκτιμήθηκε ότι μια ανασκόπηση με γενικότερη προσέγγιση του θέματος της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, ήταν αναγκαία.

8.2. Ερευνητικός σκοπός της ανασκόπησης

Ο σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Στόχοι βιβλιογραφικής ανασκόπησης

1. Η διερεύνηση της ΠΖ σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο με ή χωρίς παρεμβατική θεραπεία, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
2. Η διερεύνηση της ΠΖ σε ηλικιωμένους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

3. Η διερεύνηση τυχόν διαφοράς στις αντιλήψεις των ασθενών και των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ως προς την ΠΖ τους.

8.3. Υλικό και μέθοδος

Η αρχική αναζήτηση έγινε με σκοπό την κατανόηση του θέματος της «Ποιότητας ζωής» και για την εντόπιση των κατάλληλων εργαλείων για την αξιολόγησή της. Διενεργήθηκε από τον Ιούλιο μέχρι το τέλος Σεπτεμβρίου του 2008 και εξυπνήρησε εκτός από τους πιο πάνω στόχους και την ιστορική τοποθέτηση της ποιότητας ζωής, που θεωρήθηκε πολύ σημαντική για την εξέλιξη και τεκμηρίωση της έννοιας στο χρόνο. Πέραν τούτου, σε μια προσπάθεια εντοπισμού της έκτασης και της σημασίας που σήμερα αποδίδεται στο θέμα της ποιότητας ζωής, το Μάρτιο του 2011 διενεργήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων «Pantognostis» μόνο με τις λέξεις κλειδιά «Quality of life». Στη συνέχεια έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, στην Ιατρική Βιβλιοθήκη ProQuest (ProQuest Medical Libray) και στην ιστοσελίδα EuroQol. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά «Quality of life», «Health-related Quality of Life (HRQL)», «Elderly», «Coronary artery disease (CAD)» και «Cardiac Disease (CD)» σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς με την χρήση των εντολών «AND, OR & NOT». Η αρχική αυτή αναζήτηση έγινε χωρίς χρονικά όρια. Επιπλέον, δεν περιορίστηκε μόνο σε άρθρα, αλλά και σε βιβλία με στόχο την καλύτερη κατανόηση του θέματος.

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βασίστηκε στις οδηγίες του Centre for Reviews and Dissemination (CRD 2009). Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων ακολούθησε την περιγραφική μέθοδο ενώ συμφωνήθηκε εκ των προτέρων η διαδικασία, ούτως ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος επηρεασμού της αναζήτησης ή της ανασκόπησης από την έκφραση των προσωπικών αντιλήψεων των ερευνητών. Στη διαδικασία εκτός από την ερευνήτρια συμμετείχε ενεργά και ο επιβλέπων καθηγητής ως δεύτερος ερευνητής. Και οι δύο ερευνητές συμφώνησαν από την αρχή στη διαδικασία αναζήτησης, στις βάσεις ηλεκτρονικών δεδομένων, στα κριτήρια επιλογής των άρθρων, στις λέξεις κλειδιά, στη χρονική διάρκεια αναζήτησης και στον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων.

Η συστηματική λοιπόν αναζήτηση έγινε στις βάσεις ηλεκτρονικών δεδομένων PubMed, Cinahle, Google Scholar, Cochrane Collaboration και Elsevier με τις ίδιες

λέξεις κλειδιά (όπως και στην αρχική αναζήτηση) με την προσθήκη όμως των λέξεων «Old Aged», «Octogenarians», «Coronary artery bypass grafting», «PTCA» και «SF-36» από το 2000 μέχρι το 2011. Για τους σκοπούς της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η ίδια για όλες τις βάσεις δεδομένων με τις ίδιες λέξεις κλειδιά και σε όλους τους συνδυασμούς για τα χρονικά όρια δημοσίευσης που αναφέρθηκαν στα κριτήρια αποδοχής.

Τα άρθρα που εντοπίστηκαν από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας για να γίνουν αποδεκτά προς ανασκόπηση έπρεπε να ακολουθούν τα ακόλουθα κριτήρια:

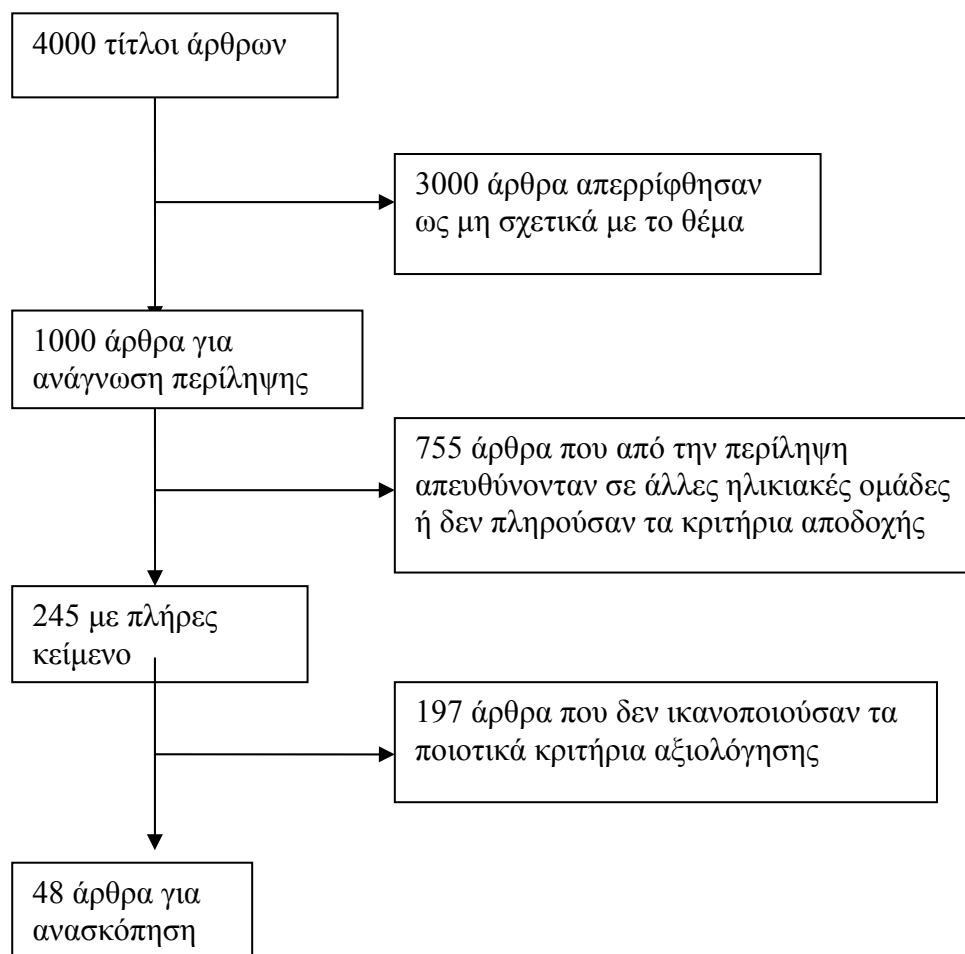
- Ερευνητικά άρθρα (ανεξαρτήτως μεθόδου) σχετικά με το υπό μελέτη θέμα.
- Να αφορούν στην πληθυσμιακή ομάδα ενδιαφέροντος και συγκεκριμένα στους ηλικιωμένους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.
- Ερευνητικά άρθρα που να έχουν δημοσιευθεί από το 2000-2011.
- Άρθρα με πρόσβαση σε πλήρες κείμενο
- Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα δημοσίευσης (γλώσσες που γνώριζαν οι ερευνητές που διενήργησαν την ανασκόπηση).

Με την πιο πάνω διαδικασία αναζήτησης προέκυψαν 4000 άρθρα που στον τίτλο τους αναφέρονταν γενικά στο θέμα της ποιότητας ζωής και αφορούσαν σε διάφορες ομάδες πληθυσμού με διαφορετικά νοσήματα. Σε αυτήν τη φάση απορρίφθηκαν 3.000 άρθρα που δεν αφορούσαν σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή ήταν σε άλλη γλώσσα εκτός της Αγγλικής και της Ελληνικής. Στη συνέχεια, οι ερευνητές μελέτησαν τις περιλήψεις των ανευρεθέντων άρθρων και κατέληξαν σε 245 άρθρα που ήταν σχετικά με το θέμα και είχαν πρόσβαση σε πλήρες κείμενο. Η κριτική αξιολόγηση των άρθρων που στηρίχτηκε σε συγκεκριμένα κριτήρια αξιολόγησης (Πίνακας 1) περιόρισε τις μελέτες σε 48. Το Διάγραμμα 1 δείχνει τα βήματα της ανασκόπησης.

Πίνακας 1. Κριτήρια αξιολόγησης άρθρων συστηματικής ανασκόπησης

Κριτήρια αξιολόγησης ερευνητικών άρθρων		
1. Η ερευνητική υπόθεση ή ερώτημα αναφέρεται με σαφήνεια;	Ναι	Όχι
2. Το εργαλείο/μέθοδος συλλογής δεδομένων ήταν το/η κατάλληλο/η για να απαντήσει την ερευνητική υπόθεση/ερευνητικό ερώτημα;	Ναι	Όχι
3. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου (όπου εφαρμόζεται) αναφέρονται;	Ναι	Όχι
4. Τα κριτήρια επιλογής/απόρριψης για συμμετοχή αναφέρονται;	Ναι	Όχι
5. Το μέγεθος του δείγματος ήταν ικανοποιητικό για αναλύσεις, ακόμα και αν δεν έγινε ανάλυση ισχύος για την εύρεση του ή δε γίνεται αναφορά για το ποσοστό ανταπόκρισης;	Ναι	Όχι
6. Η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων περιγράφεται;	Ναι	Όχι
7. Οι στατιστικές αναλύσεις ήταν οι πρόπουσες για να απαντηθεί το/τα ερευνητικό ερώτημα/τα;	Ναι	Όχι
8. Η συζήτηση των δεδομένων έγινε σε σχέση με το/τα ερευνητικά ερωτήματα ή υποθέσεις;	Ναι	Όχι

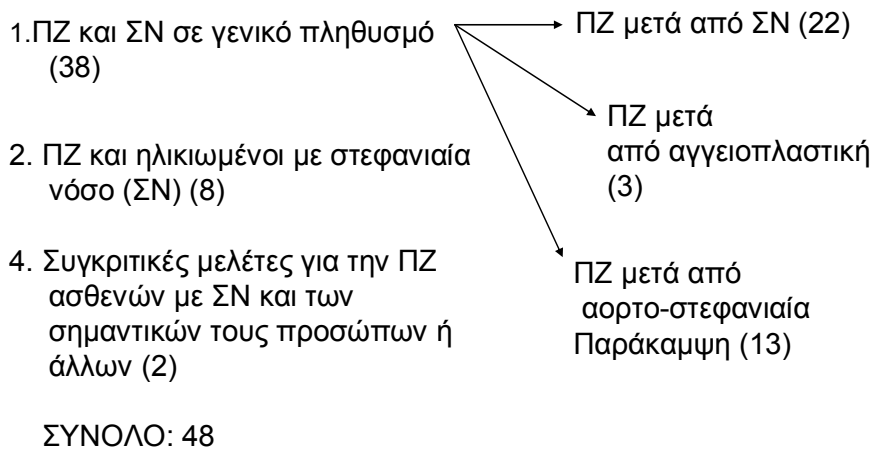
Source: Papastavrou et al. 2011a.



Διάγραμμα 1. Διαγραμματική απεικόνιση της ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής αναζήτησης (CRD, 2009)

Όλα τα άρθρα που επιλέγηκαν μελετήθηκαν προσεκτικά. Για την καλύτερη ανάπτυξη του θέματος και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, έγινε κατηγοριοποίηση σύμφωνα με τη θεματολογία των άρθρων που εντοπίστηκαν και τους στόχους αναζήτησης σε τρεις βασικές κατηγορίες και τρεις υποκατηγορίες στη πρώτη μόνο κατηγορία, όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 2 που ακολουθεί. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης αρχίζει με την περιγραφή των αποτελεσμάτων, τη συζήτηση ανά θεματική ενότητα και ακολουθεί η παρουσίαση σε πίνακες με τα κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που επιλέγηκαν. Οι πίνακες ακολουθούν την κάθε θεματική ενότητα και περιλαμβάνουν τα απαραίτητα στοιχεία με τους συγγραφείς των άρθρων, τη χρονολογία δημοσίευσης, το σκοπό, το υλικό και μέθοδο και τα ερευνητικά αποτελέσματα. Σημειώνεται ότι στην περίπτωση των συγκριτικών μελετών δεν έγινε πίνακας αφού μόνο δύο μελέτες εντοπίστηκαν και παρουσιάζονται περιγραφικά.

Συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας



Διάγραμμα 2. Θεματικές ενότητες που προέκυψαν από τη συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας

8.4. Αποτελέσματα

Η θεματική ενότητα για την ΠΖ σε σχέση με τη στεφανιαία νόσο αναφέρεται στο γενικό πληθυσμό και αφορά τρεις υποδιαιρέσεις όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2. Η παρουσίαση των ερευνών που εντοπίστηκαν αρχίζει με την πρώτη υποκατηγορία που αφορά στην ΠΖ των ασθενών μετά από ΣΝ.

8.4.1. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από στεφανιαία νόσο

Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας κατέδειξε είκοσι μελέτες ποσοτικής προσέγγισης και δύο ποιοτικής. Οι μελέτες ποσοτικής προσέγγισης με το πιο πάνω θέμα κατά κύριο λόγο αξιολογούν την ΠΖ των ασθενών με ΣΝ, συμπεριλαμβανομένου του Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (ΕΜ) και της ασταθούς στηθάγχης σε σχέση με το χρόνο (Boini et al. 2006, Heo et al. 2009), δημογραφικούς παράγοντες (Bosworth et al. 2000, Bergman, Berterö 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), σύγκριση μεταξύ δύο 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). Τέλος η μελέτη των Lahana, Pappa και Niakas (2010) αξιολόγησε την επίδραση της κατοικίας, της εθνικότητας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης στη ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων. Σημειώνεται ότι η συγκεκριμένη μελέτη ήταν η μοναδική που εντοπίστηκε στην Ελλάδα και παρόλο που δεν αναφέρεται σε ασθενείς με ΣΝ, επιλέχθηκε για την αναφορά της σε διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν τη ΣΥΠΖ του γενικού πληθυσμού σε δύο εθνότητες, τους Έλληνες και τους Αλβανούς.

Από τις 22 μελέτες που εντοπίστηκαν οι δύο ήταν ποιοτικής προσέγγισης, με την πρώτη να αφορά σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) (Bergman, Berterö 2001) και τη δεύτερη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Heo et al. 2009). Η πρώτη μελέτη παρόλο που δεν αφορά ασθενείς με ΣΝ επιλέχθηκε για το σχεδιασμό της που ήταν ποιοτικής προσέγγισης. Δύο αποτελούν προοπτικές μελέτες κοορτής (Muller-Nordhorn et al. 2004, Broddadottir et al. 2009), δύο είναι πειραματικές (Seki et al. 2003, Christian et al. 2007), μία είναι οιοική πειραματική (Farin, Meder 2010), τρεις είναι συγχρονικού σχεδιασμού (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004, Failde et al. 2006, Lahana, Pappa & Niakas 2010) και οι υπόλοιπες είναι περιγραφικές συγκριτικού διαχρονικού σχεδιασμού.

Πέντε μελέτες διεξήχθησαν στις Η.Π.Α, τέσσερις στον Καναδά, δύο στο Ηνωμένο Βασίλειο και από μία στη Φινλανδία, Σουηδία, Γερμανία, Αυστρία και Ισπανία. Μία επίσης έγινε στο Τόκυο της Ιαπωνίας, τη Γαλλία, την Αυστραλία και την Ελλάδα. Μία μελέτη αφορούσε δεκαοκτώ νοσοκομειακά καρδιολογικά κέντρα αποκατάστασης (Muller-Nordhorn et al. 2004), ενώ η μελέτη των Zhang et al. (2006) έγινε σε πενήντα τρία κέντρα σε έντεκα Ευρωπαϊκές χώρες και τον Καναδά. Οι Hofer et al. (2006) και Hofer et al. (2009) διενήργησαν μία μελέτη σε έξι κέντρα νοσοκομειακής αποκατάστασης στην Αυστρία, ενώ οι Christian et al. (2007) πραγματοποίησαν την έρευνά τους σε τρία 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 και Niakas (2010) έγινε στη Θεσσαλία μια

περιφέρεια της Ελλάδας. Όλες οι υπόλοιπες μελέτες διενεργήθηκαν σε ένα νοσοκομειακό κέντρο.

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

Η συλλογή δεδομένων στις δύο μελέτες με ποιοτική προσέγγιση έγινε με προσωπική συνέντευξη και ημι-δομημένο ερωτηματολόγιο (Bergman, Berterö 2001, Heo et al. 2009). Στις περισσότερες μελέτες ποσοτικής προσέγγισης χρησιμοποιήθηκε ως επί το πλείστον ένα ερωτηματολόγιο, το SF-36 ή το Seattle Angina Questionnaire (SAQ). Επιπλέον σε δύο μελέτες χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004, Stafford, Berk & Jackson 2009), στη μία μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρία (Farin, Meder 2010) και σε τέσσερις μελέτες χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Hofer et al. 2006, Hofer et al. 2009, Broddadottir et al. 2009) (Πίνακας 2).

Όσον αφορά στο ποσοστό ανταπόκρισης, τρία άρθρα αναφέρονται στο ποσοστό ανταπόκρισης και την αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης (Muller-Nordhorn et al. 2004, Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006), ενώ τέσσερα δεν αναφέρουν καθόλου τις προαναφερόμενες παραμέτρους (Bosworth et al. 2000, Zhang et al. 2006, Boini et al. 2006, Christian et al. 2007). 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, ήταν ότι η ΠΖ ήταν χαμηλότερη στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε αυτές που κάπνιζαν από τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, με τις μικρότερες στην ηλικία να βαθμολογούν χαμηλότερα και τις μεγαλύτερες να βαθμολογούν ψηλότερα από τους άνδρες του δείγματος την ποιότητα ζωής τους (Bosworth et al. 2000, Norris et al. 2004, Failde et al. 2006, Christian et al. 2007, Norris et al. 2008, Broddadottir et al. 2009). Επιπλέον, οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν για τη φτώχη ΠΖ ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, η διαταραγμένη ψυχική υγεία, και η ηλικία (Broddadottir et al. 2009). Σε μια άλλη μελέτη των Farin και Meder (2010) που αξιολογεί την επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή ως

προβλεπτικού παράγοντα της ΠΖ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (Κ.Α) σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, βρέθηκε ότι και οι δύο παράγοντες, η προσωπικότητα (2%) και η σχέση ιατρού- ασθενή (1,3-3,9%), είχαν σημαντική σχέση ως προβλέψιμοι παράγοντες με τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ των ασθενών. Ενώ παράγοντες όπως το εισόδημα, η κοινωνική στήριξη και η εξέλιξη της νόσου, βρέθηκε ότι επηρεάζουν την επιβάρυνση της ΠΖ και τη φυσική κατάσταση της υγείας τους σε μικρότερο βαθμό.

Σημειώνεται ότι δεν βρέθηκαν διαφορές φύλου σε σχέση με το χρόνο, τις αντιλήψεις για τη νόσο και την κατάσταση υγείας ή την ΠΖ των συμμετεχόντων (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005, Aalto et al. 2006). Επιπλέον, η αυτό-αντίληψη για την υγεία βρέθηκε να είναι καλύτερη σε ασθενείς με ψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, καλύτερη οικονομική κατάσταση και καλύτερη κοινωνική στήριξη (Lahana, Pappa & Niakas 2010). Σύμφωνα δε με τους Stafford, Berk και 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 δύο μετέπειτα μετρήσεις, ενώ οι θετικές συνδέονται με καλύτερα επίπεδα ΠΖ των ασθενών. Επιπρόσθετα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες ότι οι ηλικιωμένοι και λιγότερο προνομιούχοι κοινωνικά ασθενείς έχουν περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για τη νόσο.

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

Όσον αφορά στον παράγοντα ηλικία, σύμφωνα με τους Broddadottir et al. (2009) βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς ανέφεραν μέτρια επιβάρυνση στις φυσικές τους δραστηριότητες με τις μικρότερες στην ηλικία <65 ετών, να έχουν χαμηλότερη ΠΖ σε σχέση με τις φυσικές τους δραστηριότητες ($P<0,012$), λιγότερη στηθάγχη

($P < 0,053$), περισσότερη ικανοποίηση από τη θεραπεία ($P < 0,004$) και πιο θετικές αντιλήψεις για τη νόσο ($P < 0,000$), ενώ οι μεγαλύτερες των >65 ετών είχαν παρόμοιες τιμές ΠΖ με το γενικό πληθυσμό. Στα ίδια αποτελέσματα για τη θετική σχέση της ηλικίας με την ΠΖ και συγκεκριμένα τη χαμηλή σωματική λειτουργικότητα ($P = 0,056$), το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας ($P = 0,003$), το ρόλο το συναισθηματικό ($P = 0,003$), τη ζωτικότητα ($P = 0,037$), και την ψυχική υγεία ($P = 0,003$), είχαν προγενέστερα καταλήξει και άλλοι ερευνητές (Bosworth et al. 2000, Broddadottir et al. 2009).

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 στην ΠΖ στις διαστάσεις για το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την πνευματικότητα και το άγχος εκτός από την κατάθλιψη και την 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 δύο συνολικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 με χαμηλότερες όμως βαθμολογίες από τους άνδρες (Muller-Nordhorn et al. 2004, Christian et al. 2007).

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

Όσον αφορά στην εντόπιση αλλαγών στην ΠΖ των ασθενών με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο και τον καθορισμό κλινικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, βρέθηκε σημαντική μείωση στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, της γενικής υγείας, της ευεξίας και της συνολικής διάστασης της σωματικής λειτουργικότητας στους τρεις μήνες μετά το επεισόδιο. Οι παράγοντες που φαίνεται να ενοχοποιούνταν για την πιο πάνω μείωση της ΠΖ, ήταν η επαναιμάτωση, η ηλικία και η ύπαρξη προηγούμενου στεφανιαίου επεισοδίου (Failde et al. 2006).

Τέλος σε σχέση με την εξέλιξη της νόσου στο χρόνο μετά από διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και την ΠΖ, βρέθηκε ότι η αορτο-στεφανιαία παράκαμψη

σχετιζόταν με μεγαλύτερη βελτίωση της ΠΖ των μικρότερων στην ηλικία ασθενών στις μετέπειτα μετρήσεις, ενώ στους μεγαλύτερους ασθενείς παρατηρήθηκε όφελος μόνο στους έξι μήνες μετά την επέμβαση (Zhang et al. 2006).

Σημειώνεται επίσης ότι η επιβάρυνση της ΣΝ στην ΠΖ του Γαλλικού πληθυσμού, κατέδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΝ είχαν χαμηλότερη ΠΖ από τον υγιή πληθυσμό ιδιαίτερα στην κλίμακα για το ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας ($P<0,02$), το συναισθηματικό ρόλο ($P<0,002$), τη ζωτικότητα ($P<0,03$) και τη γενική υγεία ($P<0,0001$) (Boini et al. 2006). Σε μια άλλη προσπάθεια για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών με ΣΝ από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με την ΠΖ, βρέθηκε ότι το 92,5% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι παρόλο που κάποιοι εξέφρασαν παράπονα για το χρόνο επικοινωνίας, τις οδηγίες και τη ρύθμιση των ιατρικών επισκέψεων (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004).

Πίνακας 2. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από Στεφανιαία Νοσο

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Bosworth et al. 2000)	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της παροχής κοινωνικής στήριξης και των πολυδιάστατων περιοχών της ΣΥΠΖ, μετά από συμπερίληψη κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και διατάξεων όπως η σοβαρότητα της νόσου, η ηλικία, η μόρφωση και το φύλο, σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών με στεφανιαία νόσο μετά τον καθετηριασμό.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός-διαχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=4278 ασθενείς με ΣΝ. Περιβάλλον: 1 Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστήμιου του Duke, Η.Π.Α. Αποκλείστηκαν ασθενείς με κληρονομική καρδιακή νόσο, βαλβιδοπάθεια και ασθενείς που προγραμματίζονταν για αγγειοπλαστική. Συλλογή δεδομένων: αυτο-βαθμολόγηση, ερωτηματολόγιο SF-36 Ποσοστό ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε θετική σχέση της ηλικίας με τη χαμηλή σωματική λειτουργικότητα (P=0,004), το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας (P=0,056) και τον αυξημένο ρόλο της συναισθηματικής λειτουργικότητας (P=0,003), της ψυχικής υγείας (P=0,003) και της ζωτικότητας(P=0,037). Οι γυναίκες ασθενείς είχαν σημαντικά χαμηλότερη ΠΖ σε όλες τις διαστάσεις. Επίσης βρέθηκε ότι η μόρφωση <12 ετών είχε αρνητική σχέση με τη ΠΖ στις διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, γενική υγεία και ρόλο της συναισθηματικής λειτουργικότητας. Οι ασθενείς που ανήκαν σε μειονότητες, είχαν ψηλότερο επίπεδο ζωτικότητας από τους αυτόχθονες, ενώ οι ασθενείς που δεν ήταν παντρεμένοι είχαν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας από τους παντρεμένους. Τέλος όσοι δεν είχαν σημαντικό στεφανιαίο νόσημα είχαν ψηλότερο επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας και ζωτικότητας από εκείνους με σοβαρή στεφανιαία νόσο.
2	(Bergman, Berterö 2001)	Η αύξηση της γνώσης και κατανόησης του τι σημαίνει επιβάρυνση μετά από στεφανιαία νόσο και στο πώς επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ασθενών.	Σχεδιασμός: Ποιοτική μελέτη. Ερμηνευτικός. Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=8 άτομα με ΣΝ. Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Jonkoping, Σουηδία. Συλλογή δεδομένων: με προσωπική συνέντευξη, μαγνητοφώνηση, 2 κατ'οίκον και 6 σε δωμάτιο Νοσοκομείου. Ποσοστό ανταπόκρισης: 8 από 16 Αξιοπιστία: Οδηγός συνέντευξης που συντάχθηκε από τους ερευνητές για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης Εγκυρότητα: Παραπομπή στη βιβλιογραφία για θεματική	Τα αποτελέσματα ταξινομήθηκαν σε τρεις τομείς: τις αιτίες στεφανιαίου νοσήματος, δυσκολίες αποκατάστασης και την επιτυχή αποκατάσταση. Φαίνεται ότι η φυσική τους κατάσταση, η ψυχική και η κοινωνική έχουν επηρεαστεί από τη νόσο. Επιπλέον, η εξασφάλιση αυτο-ελέγχου του τρόπου ζωής τους, φαίνεται να εξαρτάται από τους ίδιους και από την στήριξη που δέχονται από άλλους. Περιγράφουν επίσης ότι το αίσθημα καλής προσαρμογής, το αισθάνθηκαν μετά που είχαν υιοθετήσει την άσκηση, την ανάπαυση και περισυλλογή στη ζωή τους.
3	(Seki et al. 2003)	Η αξιολόγηση της συμβολής της 3 ^{ης} φάσης της καρδιακής αποκατάστασης στη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Πειραματικός. Δειγματοληψία: Τυχαία N=38 ηλικιωμένους άνδρες >65 με στεφανιαία νόσο, N=20 στην πειραματική ομάδα και N=18 στην ομάδα ελέγχου Περιβάλλον: 1 καρδιολογικό τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Juntendo, Τόκυο. Η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας έξι μηνών ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε την συνήθη αγωγή. Συλλογή δεδομένων: αυτοβαθμολόγηση, αρχικά και σε έξι μήνες, ερωτηματολόγιο SF-36	Στην αρχική αξιολόγηση δεν παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Στους έξι μήνες, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε βελτίωση στη ΣΥΠΖ στις διαστάσεις για το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την πνευματικότητα και το άγχος με στατιστικά σημαντική διαφορά (P<0,01) σε σχέση με την αρχική αξιολόγηση, ενώ στη κατάθλιψη δεν παρατηρήθηκε βελτίωση. Στην ομάδα ελέγχου δεν φάνηκε καμιά μεταβολή στις πιο πάνω παραμέτρους.

			Ποσοστό ανταπόκρισης: Πλήρης Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	
4	(Norris et al. 2004)	Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ γυναικών και ανδρών, που τύγχαναν θεραπείας για στεφανιαία νόσο στην Αλμπέρτα, ένα χρόνο μετά τον καθετηριασμό στεφανιαίων, σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός - συγκριτικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=3392 ασθενείς για καθετηριασμό. Περιβάλλον: 1 νοσοκομείο, Αλμπέρτα, Καναδάς. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, αρχικά και 1 χρόνο μετά τον καθετηριασμό, 1 ερωτηματολόγιο, το Seattle Angina Questionnaire (SAQ). Ποσοστό ανταπόκρισης: 78,1% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Οι γυναίκες με ΣΝ ανέφεραν χειρότερη ΣΥΠΖ από τους άνδρες και στις 5 διαστάσεις με PORs<1,00 σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SAQ σε 1 χρόνο μετά τον καθετηριασμό. Επιπλέον οι γυναίκες είχαν σημαντική διαφορά (P<0,001) στην ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας και υπέρτασης από τους άνδρες.
5	(Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004)	Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών με ΣΝ από τις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση των εργαλείων μέτρησης της ΣΥΠΖ και των ειδικών κριτηρίων τους κατά πόσο μπορούν να αναγνωρίσουν περιοχές ικανοποίησης ή μη.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός συγχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Ευκολίας N=242 ασθενείς με ΣΝ. Περιβάλλον: 1 κέντρο ΣΝ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Nottingham, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, 3-6 μήνες μετά το εξιτήριο, 1 ειδικό ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας Healthcare Needs Assessment (HNA) και ακόμα 3 το SAQ, το SF-12 και το EQ-5D. Ποσοστό ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: Cronbach's alpha= 0,087 Εγκυρότητα: παραπομπή και πιλοτική μελέτη για το HNA.	Το 92,5% των ασθενών επιβεβαίωσαν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό επιβεβαιώθηκε και από τα ερωτηματολόγια της ΣΥΠΖ που αρκετές από τις διαστάσεις σχετίζονται με την ικανοποίηση και συνηγορούν υπέρ αυτής, ιδιαίτερα το SAQ που μετρά σφαιρικά την ικανοποίηση. Παρόλα αυτά το 1/3 των ασθενών εκφράζει παράπονα για το ραντεβού και το ¼ ζήτησε περισσότερο χρόνο επικοινωνίας και οδηγιών. Οι γυναίκες ήταν γενικά λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες σε σχέση με τις ανάγκες υγείας με (P<0,001). Οι χαμηλότερου κοινωνικού επιπέδου είχαν περισσότερες ανάγκες υγείας χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της ικανοποίησης.
6	(Muller-Nordhorn et al. 2004)	Η αξιολόγηση αλλαγής στη ΣΥΠΖ σε ασθενείς με ΣΝ μετά από 3 εβδομάδες συμμετοχής σε πρόγραμμα για καρδιακή αποκατάσταση σε συνηθισμένα κέντρα φροντίδας και η αναγνώριση πρώιμων παραγόντων πρόκλησης αλλαγής κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός σχεδιασμός προοπτικής κοορτής διάρκειας 12 μηνών. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=2441 ασθενείς με ΣΝ στα κέντρα αποκατάστασης. Περιβάλλον: 18 ενδο-νοσοκομειακά καρδιακά κέντρα αποκατάστασης, Γερμανία. Συλλογή δεδομένων: αυτοβαθμολόγηση, αρχικά στους έξι μήνες και δώδεκα μήνες μετά, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36. Ποσοστό ανταπόκρισης: 92% στους έξι μήνες και 85% στους δώδεκα. Αξιοπιστία: Cronbach's a > 0,80 σε όλες τις διαστάσεις εκτός της γενικής υγείας που ήταν 0, 67 Εγκυρότητα: παραπομπή	Όσον αφορά την αρχική και τη 12μηνη αξιολόγηση για τη ΣΥΠΖ των ασθενών με στεφανιαίο νόσημα, βρέθηκε σημαντική βελτίωση σε εκείνους που είχαν υποβληθεί σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη και στις δύο συνοπτικές διαστάσεις, τη φυσική PCS (P<0,001) και ψυχική MCS (P<0,006) καθώς και σε όλες τις υπο-κλίμακες εκτός από τη γενική υγεία και το ρόλο το συναισθηματικό. Οι ασθενείς όμως με έμφραγμα του μυοκαρδίου, βρέθηκε να έχουν σημαντική μείωση στο ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας (P<0,008). Επιπλέον οι γυναίκες μεταξύ της αρχικής και στους δώδεκα μήνες αξιολόγησης, σημείωσαν μεγάλη διαφορά και στις 2 συνοπτικές διαστάσεις PCS (P<0,017) και ψυχική MCS (P<0,001) με χαμηλότερες όμως βαθμολογίες από τους άνδρες.

7	(Kristofferzon, Lofmark & Carlsson 2005)	Η περιγραφή και σύγκριση των διαφορών φύλου στην αντίληψη της αντιμετώπισης, της κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής σε 1, 4 και 12 μήνες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM).	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός – συγκριτικός διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=171 ασθενείς με EM (N=74 γυναίκες και N=97 άνδρες), 1 μήνα μετά την εισαγωγή.</p> <p>Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Σουηδία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, 1, 4 και δώδεκα μήνες μετά το EM, 2 ερωτηματολόγια, το SF-36 και Quality of life Index-Cardiac version.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 22% οι γυναίκες και 30% οι άνδρες.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach's a 0,70-0,89 σε όλες τις διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων, εκτός της οικογενείας του Quality of life Index-Cardiac version που ήταν 0,64.</p> <p>Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Όσον αφορά την αξιολόγηση για την αντιμετώπιση, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο χρόνο, ενώ η ικανότητα αντίληψης για αντιμετώπιση των φυσικών θεμάτων αυξήθηκε.</p> <p>Η ΠΖ αυξήθηκε και στις δύο ομάδες στις διαστάσεις της φυσικής λειτουργικότητας (ΦΛ), ρόλου ΦΛ, κοινωνικής λειτουργικότητας και του ρόλου του συναισθηματικού με (P<0,000-0,003).</p> <p>Επιπλέον παρατηρήθηκε βελτίωση στην ψυχική υγεία των γυναικών και μείωση του πόνου στους άνδρες.</p> <p>Γενικά δεν βρέθηκαν διαφορές φύλου για τη ΠΖ στη διάρκεια του χρόνου.</p>
8	(Aalto et al. 2006)	Η διερεύνηση κατά πόσο οι αντιλήψεις για τη νόσο, τη σοβαρότητα της και το ιστορικό κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων σχετίζονται με την αυτό-βαθμολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας και ΠΖ μεταξύ ασθενών με ΣΝ.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – προοπτικός συγκριτικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Ευκολίας N=3130 ασθενείς αρχικά και N=2745 κατά την παρακολούθηση με ΣΝ, EM και επαναϊμάτωση.</p> <p>Περιβάλλον: 1 νοσοκομείο, Φινλανδία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, σε 2 χρονικές στιγμές, αρχικά και 1 χρόνο μετά, 1 ερωτηματολόγιο, το European standard single item question in Finish.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 84%</p> <p>Αξιοπιστία: test-retest reliability kappa coefficient=0,70</p> <p>Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Από τα ευρήματα το ιστορικό και η σοβαρότητα της νόσου, εξηγούν το 13% της γενικής υγείας και το 8% της ΠΖ.</p> <p>Οι αντιλήψεις για τη νόσο αυξάνουν το μερίδιο του εύρους διακύμανσης σε 18% και 16% αντίστοιχα σε σχέση με τους πιο πάνω παράγοντες.</p> <p>Στην αξιολόγηση του 1 έτους οι αντιλήψεις για τη νόσο εξηγούν μια σημαντική, αλλά μέτρια αλλαγή στην κατάσταση υγείας και τη ΠΖ.</p> <p>Δε βρέθηκαν διαφορές φύλου σε σχέση με τις αντιλήψεις για τη νόσο και την κατάσταση υγείας ή την ΠΖ.</p>
9	(Zhang et al. 2006)	Σύγκριση των αποτελεσμάτων υγείας μεταξύ 2 θεραπευτικών παρεμβάσεων της CABG και του Stent μεταξύ νεαρότερων ασθενών με στεφανιαία νόσο ≤ 65 και μεγαλύτερων > 65ετών, με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός οδηγού για την επιλογή της καταλληλότερης των δύο θεραπευτικών μεθόδων.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Προοπτικός περιγραφικός – συγκριτικός σχεδιασμός, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την κλινική μελέτη Stent or Surgery trial (SoS).</p> <p>Δειγματοληψία: Τυχαία N=988 ασθενείς με ΣΝ προερχόμενοι και από τις 2 θεραπευτικές παρεμβάσεις (CABG N=500) και (Stent N=488).</p> <p>Περιβάλλον: 53 κέντρα, 11 Ευρωπαϊκών χωρών και Καναδά.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: συνέντευξη, σε έξι και δώδεκα μήνες, 1 ερωτηματολόγιο, το SAQ.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: -</p> <p>Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή</p>	<p>Οι μετρήσεις στους έξι και δώδεκα μήνες, κατέδειξαν βελτίωση και στις δύο ομάδες ηλικιών και των 2 θεραπευτικών παρεμβάσεων (P<0,001), ενώ στον ένα χρόνο παρέμειναν όμοιες χωρίς διαφορές.</p> <p>Επιπλέον η αορτο-στεφανιαία παράκαμψη σχετίζεται με μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής των νεαρότερων στην ηλικία ασθενών, στις μετρήσεις για τους έξι και δώδεκα μήνες.</p> <p>Αντίθετα στους μεγαλύτερους ασθενείς με την ίδια παρέμβαση παρατηρήθηκε σημαντικό όφελος μόνο στους έξι μήνες.</p>

			Εγκυρότητα: παραπομπή	
10	(Boini et al. 2006)	Η διερεύνηση της επιβάρυνσης της εμφάνισης της ΣΝ στη ΣΥΠΖ στο γενικό Γαλλικό πληθυσμό.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός διαχρονικός σχεδιασμός προ-οπτικής κοορτής. Μέρος της μελέτης SUVIMAX για τον έλεγχο της λήψης αντι-οξειδοτικών βιταμινών και αλάτων στη διατροφή σε σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου και ΣΝ. Δειγματοληψία: Τυχαία διπλά τυφλή (randomized, double-blind) N=62 ασθενείς με ΣΝ, σε σύγκριση με N=310 της ομάδας ελέγχου, γενικός πληθυσμός, Περιβάλλον: Γαλλία. Συλλογή δεδομένων: αρχικά και σε οκτώ χρόνια, ένα ερωτηματολόγιο, το SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης:- Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Μερικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου μεταξύ των δύο μετρήσεων στους ασθενείς με ΣΝ βρέθηκαν χαμηλότερες από την ομάδα ελέγχου που ήταν ελεύθεροι από τη νόσο. Μετά από στάθμιση με άλλους παράγοντες όπως το δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, ΣΔ και επίπεδα λιποπρωτεϊνών, βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν σημαντικά χαμηλότερη ΣΥΠΖ στην κλίμακα για το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας (P<0,02), το συναισθηματικό ρόλο (P<0,02), τη ζωτικότητα (P<0,03), και τη γενική υγεία (P<0,0001).
11	(Failde et al. 2006)	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ψυχικής υγείας και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών, που σχετίζονται με την επιδείνωση της ΣΥΠΖ των νοσηλεύομενων ασθενών με στεφανιαία νόσο για επίτευξη ταξινόμησης (Cluster) τους σε ομάδες προτεραιότητας.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός συγχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Τυχαία, N=185 ασθενείς με ΣΝ. Περιβάλλον: 1 καρδιολογικό τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Cadiz, Ισπανία. Συλλογή δεδομένων: αυτό-βαθμολόγηση, ερωτηματολόγιο SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 100% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε ότι η μέση τιμή βαθμολογίας στην ποιότητα ζωής για το σύνολο του δείγματος σε όλες τις διαστάσεις του SF-36, ήταν χαμηλότερη σε σχέση με τη γενική υγεία και υψηλότερη στη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα. Σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες βαθμολόγησαν χαμηλότερα όλες τις διαστάσεις του SF-36, εκτός του σωματικού πόνου με (P<0,000-0,0,005). Όσον αφορά την ταξινόμηση (Cluster) των ασθενών σε ομάδες προτεραιότητας σύμφωνα με τη ΣΥΠΖ, αναγνωρίστηκαν δύο κατηγορίες η μια με καλή ΠΖ και η άλλη με άσχημη ανάλογα με τη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη 2 ^η κατηγορία ήταν το γυναικείο φύλο, προηγούμενη στεφανιαία νόσος και φτωχή ψυχική υγεία.
12	(Hofer et al. 2006)	Η τεκμηρίωση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων των προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης με απώτερο σκοπό την βελτίωση της ΠΖ των ασθενών με στεφανιαία νόσο, στην Αυστρία	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός – διαχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=487 ασθενείς με ΣΝ. Περιβάλλον: 6 κέντρα ενδο-νοσοκομειακής αποκατάστασης του Συνταξιοδοτικού Ασφαλιστικού Ινστιτούτου, Αυστρία. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, αρχικά και στο τέλος του προγράμματος αποκατάστασης διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων, 2 ερωτηματολόγια: το MacNew και το EQ-5D. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 83,8% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Η ολική ΠΖ των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά με την άρροδο του χρόνου, με τους ασθενείς με αορτο-στεφανιαία παράκαμψη και έμφραγμα του μυοκαρδίου, να σημειώνουν τη μεγαλύτερη βελτίωση στο τέλος του προγράμματος και με τα δύο ερωτηματολόγια (P<0,001-0,02). Τα 2/3 των ασθενών δήλωσαν ότι δεν είχαν προβλήματα στην κινητικότητα, αυτό-φροντίδα και τη διάσταση της κατάθλιψης του EQ-5D. Με το πέρας του προγράμματος αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών με (P<0,001) που δήλωσαν ότι δεν παρουσίαζαν προβλήματα κινητικότητας στην διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων.

13	(Failde, Soto 2006)	Η εντόπιση αλλαγών στη ΣΥΠΖ ασθενών με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, τρεις μήνες μετά το εξιτήριο από το Νοσοκομείο και ο καθορισμός των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων που τις ερμηνεύουν.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός – συγκριτικός διαχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=132 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο ΕΜ κατά την εισαγωγή τους. Περιβάλλον: 1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ισπανία. Συλλογή δεδομένων: συνέντευξη, αρχικά και τρεις μήνες μετά, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 57,6% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή στο δημιουργό Εγκυρότητα: παραπομπή στο δημιουργό	Στη 2 ^η αξιολόγηση, τρεις μήνες μετά βρέθηκε σημαντική μείωση στις διαστάσεις της φυσικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας, ευεξίας και της συνοπτικής διάστασης του φυσικής λειτουργικότητας PCS. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές όσον αφορά την ψυχική υγεία εκτός από τη ζωτικότητα που μειώθηκε σε εκείνους με ΕΜ που ήταν από χαμηλό κοινωνικό υπόβαθρο, μικρότερης ηλικίας, με επαναιμάτωση και κλάσμα εξώθησης <50. Όσον αφορά τη μείωση του PCS ήταν 6,4 βαθμούς χαμηλότερη στους ασθενείς με επαναιμάτωση, 0,2 βαθμούς χαμηλότερη για κάθε έτος ηλικίας και 4,7 βαθμούς στους ασθενείς με περισσότερους νοσηρούς παράγοντες.
14	(Christian et al. 2007)	Η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ μεταξύ γυναικών με στεφανιαία νόσο από διαφορετική εθνικότητα από την αρχή της νοσηλείας τους έως έξι μήνες μετά, της επίδρασης μιας μικρής διάρκειας εκπαιδευτικής παρέμβασης σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα και του καθορισμού παραγόντων σε σχέση με τη ΠΖ τους στους έξι μήνες μετά.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Πειραματικός σχεδιασμός με εκπαιδευτική παρέμβαση (συμβουλευτική, διατροφή, άσκηση, φαρμακοθεραπεία). Δειγματοληψία: Τυχαία N=160 γυναίκες με ΣΝ. Δεν αναφέρεται η ομάδα ελέγχου. Περιβάλλον: 3 ακαδημαϊκά νοσοκομεία, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: συνέντευξη, αρχικά και 6 μήνες μετά, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36 στα Αγγλικά και Ισπανικά σε δύο χρονικές στιγμές. Ποσοστό Ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε σημαντική βελτίωση της ΣΥΠΖ από την εισαγωγή έως 6 μήνες μετά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Από αυτές μάλιστα που ανέφεραν καλύτερη ΠΖ στους έξι μήνες, κάποιες ήταν εργαζόμενες, φυσικά δραστήριες, παντρεμένες, συμμετείχαν στο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης και δεν είχαν κατάθλιψη. Παρόλες όμως τις πιο πάνω διαφορές στις συνοπτικές διαστάσεις της PCS και MCS δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στους έξι μήνες μετά. Επιπλέον οι γυναίκες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά λιγότερο σωματικό πόνο στους έξι μήνες σε σχέση με εκείνες που έλαβαν τη συνήθη φροντίδα με (P<0,02).
15	(Martin et al. 2007)	Η διερεύνηση της επιβάρυνσης της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) και της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) στη ΣΥΠΖ και του επίπεδου ανταπόκρισης ασθενών με ΣΝ και ΚΑ, που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης της νόσου (Disease Management DM) με προσωπικά μοντέλα εκπαίδευσης, συμβουλευτικής και υποστηρικτικής επαφής.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός συγχρονικός και διαχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=2590 ασθενείς με ΣΝ και N=3182 με ΚΑ που συμμετείχαν στο 12μηνο πρόγραμμα αποκατάστασης. Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: τηλεφωνική συνέντευξη, αρχικά και στους 3,6 και 9 μήνες, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-8 στα Αγγλικά με προσθήκη κάποιων στοιχείων. Ποσοστό Ανταπόκρισης: Προοδευτική μείωση από την αρχική μέχρι τη 12 μνην ανταπόκριση. Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Τα αποτελέσματα έδειξαν 1,7-2,6 φορές μεγαλύτερη βελτίωση και στις δύο ομάδες συμμετεχόντων μετά την ολοκλήρωση του 12μηνου προγράμματος αποκατάστασης. Η ΚΑ και ΣΝ φαίνεται να επιβαρύνουν τη ΣΥΠΖ των ασθενών, με τη ΣΝ να επιβαρύνει περισσότερο την ψυχική υγεία ενώ η ΚΑ επιβαρύνει και τη φυσική και την ψυχική υγεία. Οι βαθμολογίες των ασθενών με ΣΝ που συμμετείχαν στο πρόγραμμα για την ΠΖ έδειξαν υψηλότερη σωματική λειτουργικότητα με TA=0,3 από άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας και χαμηλότερη ψυχική υγεία με TA=0,2.
16	(Norris et al. 2008)	Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ γυναικών και ανδρών, που τύγχαναν θεραπείας για στεφανιαία νόσο	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός - συγκριτικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=3394 ασθενείς με ΣΝ για καθετηριασμό. Περιβάλλον: 1 νοσοκομείο, Αλμπέρτα, Καναδάς.	Οι άνδρες με ΣΝ ανέφεραν καλύτερη ΣΥΠΖ από τις γυναίκες και στις 5 διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων, ακόμα και μετά από στάθμιση με κλινικούς παράγοντες, κοινωνική στήριξη και καταθλιπτικά συμπτώματα, στην αρχική και στον 1 χρόνο μετά αξιολόγηση. Το (P<0,001-0,045) σε όλες τις διαστάσεις και των 2 ερωτηματολογίων, ενώ 1 χρόνο μετά οι

		στην Αλμπέρτα, ένα χρόνο μετά τον καθετηριασμό στεφανιαίων.	Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, αρχικά και 1 χρόνο μετά τον καθετηριασμό, 2 ερωτηματολόγια, το SAQ και το EQ-5D. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 60% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	γυναίκες δήλωναν ακόμα σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Οι άνδρες δήλωναν υψηλότερη ικανοποίηση για τη θεραπεία από τις γυναίκες με ($P<0,001$) και υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από τις γυναίκες με τον ίδιο βαθμό σημαντικότητας.
17	(Stafford, Berk & Jackson 2009)	Η διερεύνηση κατά πόσον οι αντιλήψεις των ασθενών για τη ΣΝ, μπορούν να επιβαρύνουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και τη ΣΥΠΖ τους.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – προοπτικός συγκριτικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=193 ασθενείς με ΣΝ, ΕΜ, μετά από CABG, PTCA. Περιβάλλον: 1 μεγάλο γενικό νοσοκομείο, Αυστραλία. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, αρχικά σε 3 μήνες μετά το εξιτήριο και 9 μήνες μετά, 1 ερωτηματολόγιο για αντιλήψεις το Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), το SF-36 για τη ΣΥΠΖ και τρία ερωτηματολόγια για τη κατάθλιψη, ψυχική υγεία και κοινωνική στήριξη. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 84% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Οι αρνητικές πεποιθήσεις για την υγεία και ειδικά εκείνες που συνδέονται με τις επιπτώσεις της ΣΝ, βρέθηκαν σημαντικά προβλεπτικές για υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης στους τρεις και εννέα μήνες αξιολόγησης ($P<0,001$). Ενώ οι θετικές πεποιθήσεις συνδέονταν με καλύτερα αποτελέσματα στη ΣΥΠΖ των ασθενών ($P<0,04$). Οι ηλικιωμένοι και λιγότερο προνομιούχοι κοινωνικά ασθενείς βρέθηκε να έχουν περισσότερο αρνητικές πεποιθήσεις για τη νόσο.
18	(Hofer et al. 2009)	Η διαχρονική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων μετά από ενός μηνός ενδο-νοσοκομειακής νοσηλείας σε καρδιακό παρεμβατικό πρόγραμμα αποκατάστασης της ΣΥΠΖ ασθενών με στεφανιαία νόσο, στην Αυστρία.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός διαχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=487 ασθενείς με ΣΝ. Περιβάλλον: 6 κέντρα αποκατάστασης του Συνταξιοδοτικού Ασφαλιστικού Ινστιτούτου, Αυστρία. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, αρχικά και στο τέλος του προγράμματος αποκατάστασης, 2 ερωτηματολόγια: το MacNew και το EQ-5D. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 72,1% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Παρατηρήθηκε σημαντική βραχυπρόθεσμη βελτίωση σε όλες τις κλίμακες της ΣΥΠΖ του Mac New με ($P<0,001$) που υπεννέαρχει της ελάχιστη σημαντικής διαφοράς (0,5 βαθμοί Mac New) στο τέλος του προγράμματος αποκατάστασης ενώ κάποιοι ασθενείς σύμφωνα με το EQ-5D ανέφεραν κάποια προβλήματα κινητικότητας, καθημερινών δραστηριοτήτων και πόνου. Παρόλο δε που μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, στο τέλος των 2 ετών παρατήρησης που κράτησε η μελέτη, η ΠΖ μειώθηκε σημαντικά ($P<0,001$), όλες οι κλίμακες του Mac New παρέμειναν υψηλότερες από τις τιμές πριν την αποκατάσταση..
19	(Brodaddock et al. 2009)	Η διερεύνηση της ΣΥΠΖ των γυναικών με ΣΝ που υποβάλλονται σε αγγειογραφία με έμφαση στην επιβάρυνση της ΠΖ από την ηλικία και τα συμπτώματα κατάθλιψης.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός σχεδιασμός προ-οπτικής κοορτής (άντληση δεδομένων από τη βάση δεδομένων του Alberta Provisional Project για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ΣΝ (APPROACH) . Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=1034 γυναίκες με ΣΝ, 1 εβδομάδα μετά την υποβολή τους σε καθετηριασμό. Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Alberta, Καναδάς. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, 2	Γενικά οι γυναίκες της μελέτης ανέφεραν μέτρια επιβάρυνση στις φυσικές τους δραστηριότητες με τις μικρότερες στην ηλικία να έχουν χαμηλότερη ΣΥΠΖ, ενώ οι μεγαλύτερες είχαν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τις φυσικές δραστηριότητες ($P<0,012$), λιγότερη εμφάνιση στηθάγχης ($P<0,053$), περισσότερη ικανοποίηση από τη θεραπεία ($P<0,004$) και πιο θετικές αντιλήψεις για τη νόσο ($P<0,000$). Μετά από στάθμιση της βαθμολογίας της ΣΥΠΖ για κοινωνικο-οικονομικούς και κλινικούς παράγοντες, διαπιστώθηκε ότι: τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας

			ερωτηματολόγια: το EQ-5D και το SAQ. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 42,3% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	επιβάρυνσης, η ηλικία ήταν αρνητικά σχετιζόμενη με τη σωματική λειτουργικότητα (μεγαλύτερη ηλικία περισσότερη φυσική επιβάρυνση), ενώ είχε θετική επίδραση στην αντίληψη της νόσου.
20	(Heo et al. 2009)	Η διερεύνηση του πώς οι ασθενείς με ΚΑ καθορίζουν και αντιλαμβάνονται τη ΠΖ τους.	Σχεδιασμός: Ποιοτική μελέτη. Περιγραφικός σχεδιασμός και ανάλυση περιεχομένου. Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=20 ασθενείς με ΚΑ, 14 άνδρες και 6 γυναίκες. Περιβάλλον: 1 Πανεπιστημιακό κέντρο ερευνών, Midwestern city, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: προσωπική ημι-δομημένη συνέντευξη ανοικτού τύπου ερωτήσεις, ηχογραφημένη. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 100% Αξιοπιστία: Οδηγός συνέντευξης για σκοπούς μελέτης με εξωτερικό έλεγχο από τρεις εμπειρογνώμονες Εγκυρότητα: Συνεχείς έλεγχοι δεδομένων και ανάλυση περιεχομένου	Οι ασθενείς καθόρισαν τη ΠΖ ως: 1. την ικανότητα του να εκτελούν τις φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες που ήταν απαραίτητες και επιθυμητές για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες της οικογένειάς τους. 2. τη διατήρηση ευτυχίας 3. τη δέσμευση για εκπλήρωση σχέσεων με άλλους Επιπλέον αναγνώρισαν διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στην ΠΖ και έχουν σχέση με τη: Φυσική κατάσταση, ψυχολογική, πνευματική, οικονομική, κοινωνική και αυτό-φροντίδα. Αντιλαμβάνονται επίσης ότι η ΚΑ έχει επιβάρυνση στην ΠΖ τους.
21	(Lahana, Pappa & Niakas 2010)	Η αξιολόγηση της επίδρασης της κατοικίας, εθνικότητας και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης στη ΣΥΠΖ στην Ελλάδα.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Περιγραφικός, συγχρονικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Τυχαία N=1372 Έλληνες και Αλβανούς. Περιβάλλον: 1 επαρχία, Θεσσαλία, Ελλάδα. Συλλογή δεδομένων: προσωπική συνέντευξη, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36 με προσθήκη κάποιων κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 91,4%. Αξιοπιστία: δεν αναφέρει, παραπομπή Εγκυρότητα: παραπομπή	Διαπιστώθηκε ότι η δημοτική εκπαίδευση και το χαμηλό εισόδημα σχετίζονται με χαμηλότερη ΣΥΠΖ στις διαστάσεις της φυσικής και ψυχικής υγείας, ενώ η χαμηλή εκπαίδευση και η ηλικία σχετίζονται με το ρόλο της φυσικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας (P<0,05). Οι Αλβανοί συμμετέχοντες ανέφεραν καλύτερη ΠΖ από τους Έλληνες, αλλά μετά από έλεγχο των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπλέον οι κάτοικοι της υπαίθρου δήλωσαν καλύτερη ΣΥΠΖ στη γενική και ψυχική υγεία. Το φύλο και η ηλικία ήταν οι πιο εμφανείς παράγοντες επίδρασης, με τους νεαρότερους άνδρες να βαθμολογούν σε σημαντικά υψηλότερο επίπεδο τη ΠΖ τους.
22	(Farin, Meder 2010)	Η αξιολόγηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της σχέσεως μεταξύ ιατρού και ασθενή ως προβλέψιμος παράγοντας της ΣΥΠΖ των ασθενών με ισχαιμική καρδιοπάθεια, μετά από πρόγραμμα αποκατάστασης διάρκειας τριών εβδομάδων.	Σχεδιασμός: Ποσοτική προσέγγιση. Οιονεί πειραματικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Ευκολίας N=331 ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια κατά την εισαγωγή τους σε πρόγραμμα αποκατάστασης στο Νοσοκομείο. Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Freiburg, Γερμανία. Συλλογή δεδομένων: αυτοβαθμολόγηση, αρχικά και στο τέλος του προγράμματος τριών εβδομάδων, 3 ερωτηματολόγια, το SF-12, το Mac New και το SAQ. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 44,6%. Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Τόσον η προσωπικότητα (2%) όσον και η σχέση ιατρού-ασθενή με διακύμανση από 1,3% και 3,9%, βρέθηκε να έχουν σημαντική σχέση ως προβλέψιμοι παράγοντες με τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ των ασθενών. Όσον αφορά τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν όλες τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ, με το εισόδημα και τον καρδιακό κίνδυνο να κατέχουν τη σημαντικότερη επιβάρυνση στη σωματική λειτουργικότητα. Ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας ήταν ο βαθμός καρδιακού κινδύνου, που είναι σημαντικός σε σχέση με τη φυσική διάσταση της ΣΥΠΖ. Η συνολική επεξήγηση της διακύμανσης των διαφόρων παραγόντων σε όλες τις κλίμακες στη ΣΥΠΖ ήταν 50%-60%.

8.4.2. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από αγγειοπλαστική (PTCA)

Εντοπίστηκαν μόνο τρία άρθρα σε σχέση με το θέμα, με το πρώτο να έχει σκοπό την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με ΣΝ μετά από αγγειοπλαστική, το δεύτερο να αφορά σε σύγκριση μεταξύ συντηρητικής και παρεμβατικής θεραπείας και το τρίτο να αφορά στην αναγνώριση πιθανών προβλεπτικών παραγόντων βελτίωσης της ΠΖ ασθενών μετά από αγγειοπλαστική (Haghfelt et al. 2000, Spertus et al. 2004, Schechter, Agarwal & Zaman 2009) (Πίνακας 3).

Τα δύο άρθρα είχαν ποσοτική προσέγγιση και περιγραφικό – συγκριτικό προοπτικό σχεδιασμό ενώ το τρίτο που έχει σχέση με τους παράγοντες βελτίωσης αναφέρεται σε μελέτη παρατήρησης.

Τα δύο άρθρα είχαν δειγματοληψία ευκολίας ενώ το πρώτο αναφέρεται σε τυχαία δειγματοληψία με καθορισμό δύο ομάδων συμμετεχόντων με συντηρητική ή παρεμβατική θεραπεία. Στην πρώτη μελέτη των Haghfelt et al. (2000) οι ασθενείς είχαν ηλικία <70 ετών, ενώ στη μελέτη των Spertus et al. (2004) η μέση ηλικία ήταν 66±11 και στη μελέτη των Schechter, Agarwal και Zaman (2009) η ηλικία των ασθενών ήταν ≥80 ετών.

Οι δύο μελέτες των Spertus et al. (2004) και των Schechter, Agarwal και Zaman (2009) διενεργήθηκαν η μία στις Η.Π.Α και η άλλη στο Ηνωμένο Βασίλειο σε ένα νοσοκομείο, ενώ η τρίτη των Haghfelt et al. (2000) σε επτά νοσοκομεία της Κοπεγχάγης στη Δανία.

Επιπλέον, όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών. Στη μελέτη των Haghfelt et al. (2000) και των Schechter, Agarwal και Zaman (2009) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36, ενώ στην τρίτη μελέτη των Spertus et al. (2004) χρησιμοποιήθηκε το Seattle Angina Questionnaire (SAQ). Από τις τρεις μελέτες που εντοπίστηκαν μόνο η μελέτη των Haghfelt et al. (2000) αναφέρεται στο ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος και στην αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν σημαντική βελτίωση της ΠΖ των ασθενών στους έξι και δώδεκα μήνες μετά την αγγειοπλαστική, ενώ φαίνεται ότι οι ισχυρότεροι παράγοντες καθορισμού βελτίωσης της ΠΖ, ήταν η στηθάγχη και η σωματική κατάσταση. Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ παρεμβατικής και συντηρητικής θεραπείας, εντοπίστηκε σημαντική βελτίωση σε όσους ασθενείς υποβλήθηκαν σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη, ή αγγειοπλαστική στην κλίμακα της

φυσικής λειτουργικότητας ($P=0,03$), το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας ($P=0,04$), και τη συνολική κλίμακα φυσικής λειτουργικότητας ($P=0,05$), από εκείνους που ήταν σε συντηρητική θεραπεία.

Πίνακας 3. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από Αγγειοπλαστική

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Haghfelt T et al. 2000)	Η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με μετεμφραγματική ισχαιμία που ακολουθούν συντηρητική ή παρεμβατική θεραπεία.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός προοπτικός σχεδιασμός (3 έτη). Δειγματοληψία: Τυχαία N=113 ασθενείς με ΕΜ, N=51 με συντηρητική και N=62 παρεμβατική θεραπεία (CABG, PTCA). Περιβάλλον: 7 επαρχιακά Νοσοκομεία και το Καρδιολογικό Κέντρο του Εθνικού πανεπιστημίου, Κοπεγχάγη, Δανία. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, ένα ερωτηματολόγιο το SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 97,4%% Αξιοπιστία: Cronbach's alpha=0,77-0,93 Εγκυρότητα: διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη με το μεταφρασμένο κείμενο σε τριάντατρεις ασθενείς και πέντε προσωπικές συνεντεύξεις (ποιοτικά δεδομένα)	Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ασθενείς με παρεμβατική θεραπεία σκόραραν καλύτερα στις κλίμακες του ερωτηματολογίου για τη σωματική λειτουργικότητα (P=0,03), το ρόλο φυσικής λειτουργικότητας (P=0,04), και τη συνοπτική κλίμακα φυσικής λειτουργικότητας (P=0,05), από εκείνους που ήταν σε συντηρητική θεραπεία. Συμπτώματα στηθάγχης παρατηρήθηκαν σε 18% των ασθενών με την παρεμβατική και 31% αυτών με συντηρητική αγωγή. Γενικά οι ασθενείς με την παρεμβατική θεραπεία είχαν καλύτερη ΣΥΠΖ από αυτούς με τη συντηρητική.
2	(Spertus et al. 2004)	Η αναγνώριση πιθανών προβλεπτικών παραγόντων σε σχέση με τα οφέλη στη ΠΖ ασθενών μετά από αγγειοπλαστική.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός προοπτικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=1528 ασθενείς μετά από αγγειοπλαστική. Περιβάλλον: The Mid-America Heart institute, Kansas , Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: συνέντευξη, αρχικά προ του εξιτηρίου και ένα έτος μετά, ένα ερωτηματολόγιο το SAQ. Ποσοστό Ανταπόκρισης: (1528 από 1631) Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης στηθάγχης και φυσική λειτουργία ήταν οι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες κατά την αρχική αξιολόγηση για τη βελτίωση της ΠΖ ένα χρόνο μετά την αγγειοπλαστική. Συγκρίνοντας τους ασθενείς χωρίς και με στηθάγχη, η βελτίωση που παρατηρήθηκε στη ΠΖ ήταν (P<0,001). Επίσης οι ασθενείς με ελάχιστο βαθμό περιορισμού σε φυσικές δραστηριότητες, βελτιώθηκαν (P<0,001), σε σχέση με εκείνους που είχαν σοβαρότερο βαθμό.
3	(Schechter, Agarwal & Zaman 2009)	Η αξιολόγηση της ΠΖ των ογδοντάρηδων που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός προοπτικός σχεδιασμός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=74 ασθενείς μετά από percutaneous coronary revascularization (PCR). Περιβάλλον: 1 νοσοκομείο, Newcastle, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: αυτοβαθμολόγηση, αρχικά και 6,12 μήνες μετά, 2 ερωτηματολόγια, το SF-36 και το SAQ. Ποσοστό Ανταπόκρισης:- Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Φαίνεται ότι στην ΠΖ των ογδοντάρηδων, παρουσιάστηκε βελτίωση στους έξι μήνες από την αρχική αξιολόγηση σε σχέση με τις συνοπτικές κλίμακες του ερωτηματολογίου στη φυσική και ψυχική υγεία καθώς και στις υποκλίμακες της φυσικής λειτουργικότητας, του σωματικού πόνου και του ρόλου του συναισθηματικού, που διατηρήθηκε και στους δώδεκα μήνες που ακολούθησαν (P<0,05).

8.4.3. Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG)

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν δεκατρία άρθρα που αξιολόγησαν την ΠΖ ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη και τη σχέση της με δημογραφικούς, κλινικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Dantas 2002, Al-Ruzzeh et al. 2005, Lee 2009). Ενώ κάποιες μελέτες επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση αλλαγών, (Jarvinen 2003, Penckofer 2005, Le Grande 2006, Loponen et al. 2007, Rantanen et al. 2009b, Pfaffenberger et al. 2010) μετά από την επέμβαση σε σχέση με τις διαστάσεις της υγείας, το χρόνο παρέλευσης και την εμφάνιση συμπτωμάτων (Lee 2008), κάποιες μελέτησαν την επίδραση προγραμμάτων αποκατάστασης στην ΠΖ των ασθενών (Barry et al. 2006, Lie et al. 2009).

Όσον αφορά στο σχεδιασμό, ένα άρθρο χρησιμοποίησε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (Lie et al. 2009), ένα άρθρο χρησιμοποίησε περιγραφικό, συγκριτικό αναδρομικό σχεδιασμό (Al-Ruzzeh et al. 2005), δύο χρησιμοποίησαν περιγραφικό, συγκριτικό, διαχρονικό σχεδιασμό (Loponen et al. 2007, Pfaffenberger et al. 2010) και τρία χρησιμοποίησαν περιγραφικό προοπτικό σχεδιασμό τύπου συσχέτισης (Penckofer et al. 2005, Peric et al. 2008, Rantanen et al. 2009b). Επιπλέον τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν προοπτική μελέτη κοορτής (Jarvinen 2003, Barry et al. 2006, Lee 2008, Lee 2009,) και οι υπόλοιπες δύο χρησιμοποίησαν περιγραφικό σχεδιασμό τύπου συσχέτισης (Dantas 2002, Le Grande et al. 2006).

Όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν δειγματοληψία ευκολίας από το αρχείο των νοσοκομείων ή ακολούθησαν τη σειρά προσέλευσης για την επέμβαση εκτός από μία που χρησιμοποίησε τυχαία δειγματοληψία (Lie et al. 2009). Η πλειονότητα των μελετών έγινε σε ένα νοσοκομείο και μόνο δύο έγιναν σε δείγμα από δεκαοκτώ νοσοκομεία αναφοράς στη Φινλανδία (Jarvinen 2003) και εκείνη των Penckofer et al. (2005) που επέλεξαν δείγμα από δύο καρδιολογικά κέντρα των Η.Π.Α. Τρεις από τις μελέτες που εντοπίστηκαν έγιναν στις Η.Π.Α. (Dantas 2002, Penckofer et al. 2005, Barry et al. 2006) και τρεις στη Φινλανδία από τους (Jarvinen 2003, Loponen et al. 2007, Rantanen et al. 2009b). Δύο μελέτες έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο (Al-Ruzzeh et al. 2005, Lee 2008) και μία μελέτη έγινε από τους Le Grande et al. (2006) στην Αυστραλία, τους Lie et al. (2009), στη Νορβηγία, τους Peric et al. (2008) στη Βοσνία - Ερζεγοβίνη και τους Pfaffenberger et al. (2010) στην Αυστρία.

Επιπλέον για τη συλλογή δεδομένων, όλες οι μελέτες χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών εκτός από μία που χρησιμοποίησε δύο ερωτηματολόγια των Lie et al. (2009) και μία τρία των Pfaffenberger et al. (2010). Σημειώνεται ότι η πλειονότητα των μελετών χρησιμοποίησε εκτός από τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ΠΖ των συμμετεχόντων και άλλα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση άλλων παραμέτρων όπως για παράδειγμα, τη μέτρηση της καρδιολογικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο του New York Heart Association (NYHA) (Jarvinen 2003), το ερωτηματολόγιο της διατροφής (Lee 2009) και της κατάθλιψης (Le Grande et al. 2006, Pfaffenberger et al. 2010).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε από τις πλείστες μελέτες για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ ήταν το SF-36 (Jarvinen 2003, Al-Ruzzeh et al. 2005, Barry et al. 2006, Le Grande et al. 2006, Lee 2008, Lie et al. 2009, Lee 2009, Pfaffenberger et al. 2010,). Χρησιμοποιήθηκαν επίσης το ερωτηματολόγιο των 15 διαστάσεων 15D (Loponen et al. 2007), το National Health Profile (NHP) (Peric et al. 2008), το SAQ (Lie et al. 2009), το Flanagan (Dantas 2002) και το MacNew (Pfaffenberger et al. 2010). Σημειώνεται ότι σε όλες τις προοπτικού και διαχρονικού σχεδιασμού μελέτες, έγιναν τουλάχιστον δύο μετρήσεις αξιολόγησης της ΠΖ, μια πριν και μια μετά την παρέμβαση (Jarvinen 2003, Penckofer et al. 2005, Barry et al. 2006, Loponen et al. 2007, Peric et al. 2008, Lee 2008, Lie et al. 2009, Lee 2009, Rantanen et al. 2009b, Pfaffenberger et al. 2010).

Όσον αφορά στο ποσοστό ανταπόκρισης και το κριτήριο της αξιοπιστίας μόνο τρία άρθρα αναφέρονται και στις δύο παραμέτρους (Dantas 2002, Penckofer et al. 2005, Le Grande et al. 2006). Επτά άρθρα αναφέρονται μόνο στο ποσοστό ανταπόκρισης, (Jarvinen 2003, Al-Ruzzeh et al. 2005, Barry et al. 2006, Peric et al. 2008, Lee 2008, Lie et al. 2009, Lee 2009) ενώ δύο άρθρα δεν αναφέρονται σε κανένα από τα πιο πάνω κριτήρια αξιοπιστίας (Loponen et al. 2007, Rantanen et al. 2009b).

Τα κύρια ευρήματα των μελετών όσον αφορά στους δημογραφικούς, κλινικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, κατέδειξαν ότι η ΠΖ των ασθενών με αορτο-στεφανιαία παράκαμψη προεγχειρητικά ήταν χαμηλότερη σε σχέση με την ηλικία, με τους μεγαλύτερους στην ηλικία ασθενείς να βαθμολογούν χαμηλότερα την ΠΖ τους (Jarvinen 2003, Lee 2009). Η μέση τιμή της βαθμολογίας για τη συνολική ψυχική κλίμακα για τους ≥ 75 ετών ασθενείς δεν σημείωσε σημαντική διαφορά

($P=0,097$), και είχαν μικρότερη βελτίωση από τους νεαρότερους στην ηλικία ($P<0,05$). Το ίδιο βρέθηκε και για τη βαθμολόγηση βελτίωσης στη γενική τους υγεία που ήταν χαμηλότερη και στατιστικά μη σημαντική ($P=0,817$) (Jarvinen 2003). Το γενικό συμπέρασμα ήταν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς όχι μόνο είχαν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, αλλά είχαν και μικρότερο όφελος από την επέμβαση στην ΠΖ τους.

Χαμηλότερα βαθμολόγησαν την ΠΖ σε σχέση με το φύλο και οι γυναίκες του δείγματος σε σύγκριση με τους άνδρες και το γενικό πληθυσμό (Penckofer et al. 2005, Peric et al. 2008). Γενικά την ψηλότερη βαθμολόγηση από τις κλίμακες μέτρησης της ΠΖ κατέλαβε η ικανοποίηση από την αυτονομία (MT=5,9, TA=1,2) και η στενή σχέση με τις συζύγους και τα σημαντικά τους πρόσωπα (MT=5,9, TA=1,5) (Dantas 2002).

Μετεγχειρητικά βρέθηκε σημαντική βελτίωση της ΠΖ σε αρκετές από τις διαστάσεις της υγείας (Jarvinen 2003, Penckofer et al. 2005, Loponen et al. 2007, Lee 2008, Lie et al. 2009, Rantanen et al. 2009b, Pfaffenberger et al. 2010). Σημειώνεται ότι σε σύγκριση με τις συζύγους τους μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη, οι άνδρες ασθενείς ανέφεραν καλύτερη ΠΖ ($P<0,001$) (Rantanen et al. 2009b) ενώ στις μελέτες που αξιολόγησαν τις αλλαγές και επιπτώσεις μετά την επέμβαση σε προγράμματα κοινωνικής στήριξης και αποκατάστασης, βρέθηκε ότι αυτά επιδρούν θετικά στην ΠΖ των συμμετεχόντων ειδικά στη διάσταση της ψυχικής υγείας ($P=0,02$) (Dantas 2002, Barry et al. 2006).

Επιπλέον καθοριστικοί παράγοντες μη βελτίωσης κρίθηκαν: η συνολική κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας (Le Grande et al. 2006, Lie et al. 2009), η περιφερική αγγειοπάθεια, οι επιπλοκές φλεγμονής και ο τύπος προσωπικότητας ως καθοριστικό στοιχείο της ψυχικής υγείας (Al-Ruzzeh et al. 2005). Γενικά οι παράγοντες που φαίνεται να επιβαρύνουν την ΠΖ των ασθενών με ΣΝ είναι: το γυναικείο φύλο, ο σωματικός πόνος, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σε σχέση με τη σωματική λειτουργικότητα και το χαμηλό κλάσμα εξώθησης σε σχέση με την κινητικότητα, τη συναισθηματική αντίδραση, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την κοινωνική απομόνωση (Peric et al. 2008). Σχετικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων στηθάγχης και δύσπνοιας μετεγχειρητικά βρέθηκε ότι στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες ήταν ασυμπτωματικοί (Lee 2008). Σε αυτό συνηγορεί και η μελέτη της Jarvinen (2003) που κατέδειξε ότι το 86,4% των ασθενών ανάρρωσε χωρίς

επιπλοκές και παρουσίασε σημαντική βελτίωση στην ΠΖ σε όλες τις διαστάσεις της υγείας και της ολικής απόδοσης μετά από CABG.

Πίνακας 4. Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από Αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG)

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Dantas 2002)	Η διερεύνηση κατά πόσον μετά από στάθμιση για δημογραφικούς, κλινικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, η πρόσθεση της κατασκευής του Andonovsky's (1987,1993) όσον αφορά την αίσθηση της συνάφειας, επεξηγεί επιπρόσθετες κλίμακες της ΠΖ των ασθενών με αορτο-στεφανιαία παράκαμψη.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός - συσχέτισης. Δειγματοληψία: Ευκολίας (αρχείο) με N= 80 με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG). Περιβάλλον: 1 Πανεπιστημιακό Ιατρικό κέντρο Ουάσιγκτον, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 2 ερωτηματολόγια, του Flanagan για τη ΠΖ και του Andonovsky για την αίσθηση της συνάφειας. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 44% (ογδόντα τέσσερεις από διακόσιους δώδεκα ασθενείς) Αξιοπιστία: Cronbach's alpha 0,92 Εγκυρότητα: παραπομπή	Όσον αφορά την ΠΖ, η υψηλότερη βαθμολόγηση που βρέθηκε ήταν για την κλίμακα της ικανοποίησης από την αυτονομία, την ικανότητα να κάνουν μόνοι τους πράγματα (MT=5,9, TA=1,2) και τη στενή σχέση με τις συζύγους και τα σημαντικά τους πρόσωπα (MT=5,9, TA=1,5). Αντίθετα η χαμηλότερη βαθμολογία ήταν στην κλίμακα της υγείας σε σχέση με τη φυσική ικανότητα και τη συμμετοχή σε ενεργό διασκέδαση (MT=4,5, TA=1,6). Σε σχέση με την κοινωνική στήριξη, την αυτόεκτίμηση και την αίσθηση συνάφειας, η εξήγηση του εύρους της κλίμακας για την ΠΖ αυξήθηκε με 64%, 69% και 75% αντίστοιχα.
2	(Jarvinen 2003)	Η διερεύνηση των αλλαγών στη ΣΥΠΖ, την κατάσταση της ολικής απόδοσης και τη παρουσία συμπτωμάτων, κατά την διάρκεια ενός χρόνου μετά από CABG, με έμφαση στα μετεγχειρητικά οφέλη για τους ηλικιωμένους ασθενείς.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Κλινική προ-οπτική μελέτη κοορτής. Δειγματοληψία: Ευκολίας (αρχείο) N=500 ασθενείς κοορτής με CABG, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Περιβάλλον: Ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Tampere και δεκαοκτώ Νοσοκομεία παραπομπής μετά το εξιτήριο, Φινλανδία. Συλλογή δεδομένων: Αυτοβαθμολόγηση, αρχικά και ταχυδρομικά στους δώδεκα μήνες, 3 ερωτηματολόγια, το RAND-36 Health Survey για τη ΣΥΠΖ (Φιλανδικά), το Karnofsky dependency category για την ολική απόδοση και το New York Heart Association (NYHA) για την παρουσία συμπτωμάτων. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 45% αρχικά και 94,7% στους δώδεκα μήνες. Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε ότι το 86,4% των ασθενών ανάρρωσε χωρίς επιπλοκές και παρουσιάστηκε σημαντική βελτίωση της ΣΥΠΖ σε όλες τις περιοχές (8) του RAND-36 και της ολικής απόδοσης (NYHA) κατά τη διάρκεια των δώδεκα μηνών μετά το CABG. Η μέση τιμή της βαθμολογίας για τη συνοπτική ψυχική κλίμακα για τους ≥ 75 ασθενείς δεν σημείωσε σημαντική διαφορά (P=0,097), και είχαν μικρότερη βελτίωση από τους μικρότερους στην ηλικία (P<0,05). Το ίδιο ισχύει και για τη βαθμολόγηση βελτίωσης στη γενική τους υγεία που ήταν χαμηλότερη και στατιστικά μη σημαντική (P=0,817). Το γενικό συμπέρασμα ήταν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς όχι μόνο είχαν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά είχαν και μικρότερο όφελος από την επέμβαση στην ΠΖ τους.
3	(Penckofe r et al. 2005)	Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και ο εντοπισμός τυχόν αλλαγών) στη ΠΖ γυναικών ασθενών προ και τρεις μήνες μετά την	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός προ-οπτικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=61 γυναίκες. Περιβάλλον: Δύο καρδιακά κέντρα, Midwestern, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 3 ερωτηματολόγια, ο Δείκτης Psychological General Well Being (Dury, 1984), η κλίμακα για	Βρέθηκε ότι οι γυναίκες του δείγματος τρεις μήνες μετά την επέμβαση, είχαν σημαντική βελτίωση της ΠΖ τους (P=0,004) λόγω αυξημένης ικανοποίησης με την υγεία και λειτουργικότητα στους (P<0,001). Επίσης είχαν εμφανίσει λιγότερη στηθάγχη (P<0,001) και αναπνευστική δυσχέρεια

		αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG).	Specific Activity Scale by Goldman and Colleagues (1981) και ο Ferrans Powers Quality of Life Index (1992) στην ειδική καρδιακή έκδοση για τη ΣΥΠΖ στα Αγγλικά. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 82% Αξιοπιστία: Cronbach's alpha 0,91 προ και 0,95 μετεγχειρητικά Εγκυρότητα: παραπομπή	(P=0,014) παρόλο που η κόπωση στην πλειοψηφία των γυναικών δεν είχε ανακουφιστεί. Επίσης η ψυχολογική ευημερία τους βελτιώθηκε μετεγχειρητικά (P<0,001) με παρουσία χαμηλότερων επιπέδων άγχους (P<0,001), αύξηση του επιπέδου ευημερίας (P=0,021) και συναίσθημα υγείας (P<0,001) και ζωτικότητας (P=0,023). Επιπλέον ανέφεραν ότι χρειάστηκαν λιγότερη συναισθηματική αντιμετώπιση (P=0,043) χαρακτηριστικό ότι είχαν λιγότερη συναισθηματική αναστάτωση (distress), παρόλο που το 25% του δείγματος βίωσε σοβαρή ψυχολογική αναστάτωση στους τρεις μήνες, γεγονός που αποτελεί ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση.
4	(Al-Ruzzeh et al. 2005)	Η αξιολόγηση των καθοριστικών παραγόντων για φτωχή mid-term ΣΥΠΖ σε ασθενείς που για πρώτη φορά υποβλήθηκαν σε (CABG).	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός αναδρομικός. Δειγματοληψία: Ευκολίας (αρχείο με σειρά προσέλευσης που αναλύθηκε αναδρομικά) N=437 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CABG. Περιβάλλον: Μία κλινική εξωτερικών ασθενών στο Harefield Hospital, Middlesex, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: Αυτό-βαθμολόγηση 12 μετά, 3 ερωτηματολόγια, το SF-36 για τη ΠΖ, το ερωτηματολόγιο HADS για την κατάθλιψη και άγχος και το DS14 για την αρνητική ανταπόκριση και κοινωνική απομόνωση. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 94,4% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκαν δέκα παράγοντες ως προβλεπτικοί για χαμηλή βαθμολογία στη φυσική υγεία της ΣΥΠΖ ενώ μόνο τρεις κρίθηκαν ως καθοριστικοί για τη φτωχή βαθμολογία στη φυσική υγεία, όπως γαστρεντερικά προβλήματα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και ο τύπος D personality. Εντοπίστηκαν έντεκα παράγοντες σαν πιθανοί καθοριστικοί παράγοντες για φτωχή βαθμολογία του στοιχείου της ψυχικής υγείας της ΣΥΠΖ. Π.χ η ηλικία >70, δύσπνοια, κάπνισμα, αναπνευστικά προβλήματα, προ-εγχειρητικά εγκεφαλικά, πνευμονικές επιπλοκές και άγχος. Ενώ μόνο τρεις ανεξάρτητοι παράγοντες, η περιφερική αγγειοπάθεια, οι επιπλοκές φλεγμονής και ο τύπος D personality (>10 στην κλίμακα DS14), βρέθηκε να προκαλούν φτωχή βαθμολογία στη φυσική διάσταση.
5	(Barry et al. 2006)	Η διερεύνηση κατά πόσον η προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη μπορεί να προβλέψει αλλαγές στη ΣΥΠΖ σε σχέση με τη φυσική και ψυχική λειτουργικότητα σε ασθενείς με CABG έξι μήνες μετά την	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Κλινική προοπτική μελέτη κοορτής. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=1164 ασθενείς κοορτής, μετά από CABG. Περιβάλλον: Ένα Νοσοκομείο, Yale New Heaven, Η.Π.Α. Συλλογή δεδομένων: Προσωπική συνέντευξη, αρχικά (προ εξιτηρίου) και τηλεφωνικά στους 6 μήνες, 3 ερωτηματολόγια, το SF-	Το 23,2% και το 24,4% του δείγματος έτυχαν χαμηλής έως μέτριας ψυχολογικής στήριξης ενώ το 52,4% είχαν υψηλό βαθμού. Η υψηλή ψυχολογική στήριξη συνδέθηκε με το ανδρικό φύλο (P=0,001) και το γάμο (P<0,001). Επιπλέον η φυσική (P=0,0002) και ψυχική υγεία (P<0,0001) πριν την επέμβαση είχε σχέση με την ψυχολογική στήριξη και η βαθμολογία αυξάνεται με την αύξηση της στήριξης.

		επέμβαση.	36 για τη ΣΥΠΖ και το Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) και Inventory Social Support Scale για την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 92% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Η συχνή μέτρηση της κοινωνικής στήριξης βρέθηκε ότι μπορεί να προβλέψει θετική αλλαγή στην ψυχική υγεία ($P=0,02$) και την ΠΖ. Ενώ η αλλαγή στη βαθμολογία ήταν υψηλότερη όταν οι συμμετέχοντες είχαν χαμηλότερη ψυχική υγεία προ της επέμβασης. Όσον αφορά την εμφάνιση τυχόν αλλαγής στη σωματική λειτουργικότητα δεν φάνηκε να σχετίζεται με την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη. Συμπερασματικά μια καλύτερη εκτίμηση θα βοηθούσε στους γιατρούς στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας μετά την επέμβαση.
6	(Le Grande et al. 2006)	Η αναγνώριση γενικών αλλαγών στη ΣΥΠΖ ασθενών μετά από CABG σε σχέση με τη φυσική, την ψυχική υγεία και κοινωνικο-δημογραφικούς, ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες σε μια περίοδο έξι μηνών.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός μεταξύ εκείνων που συμπλήρωσαν και εκείνων που δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Δειγματοληψία: Ευκολίας $N=182$ ασθενείς από λίστα αναμονής για επέμβαση CABG Περιβάλλον: Ένα Νοσοκομείο (The Royal Melbourne Hospital, Αυστραλία). Συλλογή δεδομένων: Ένα μήνα πριν την επέμβαση και δύο, έξι μήνες μετά ταχυδρομικά, τρία ερωτηματολόγια, το SF-36, το Profile of Mood States (POMS) και το Everyday Functioning Questionnaire (EFQ). Ποσοστό Ανταπόκρισης: 49% Αξιοπιστία: Cronbach's alpha 0,89 για τη συνολική φυσική και 0,87 για τη συνολική ψυχική υγεία Εγκυρότητα: παραπομπή	Όσον αφορά την κλίμακα της συνολικής φυσικής και ψυχικής υγείας με το SF-36, αναγνωρίστηκαν δύο ομάδες ασθενών με χαρακτηριστική εξέλιξη (trajectory) της ΣΥΠΖ τους μετά την επέμβαση, κατατάσσοντας τους σε ομάδα βελτίωσης και μη βελτίωσης. Επιπλέον αναγνωρίστηκαν διαφορετικοί καθοριστικοί παράγοντες για τις δύο ομάδες σε σχέση με τη συνολική κλίμακα υγείας. Για την ομάδα μη βελτίωσης ο πιο καθοριστικός παράγοντας για τη συνολική κλίμακα φυσικής υγείας ήταν η κοιλιακή μαρμαρυγή ($P<0,10$) η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια ($P<0,05$), προηγούμενο EM ($P<0,05$), το γυναικείο φύλο ($P<0,10$) γενέτειρα εκτός Αυστραλίας ($P<0,05$) και ανεργία ($P<0,05$). Για την ομάδα με τη βελτίωση ήταν η αρρυθμία ($P<0,05$) και η υψηλή πνευμονική πίεση ($P<0,05$) κατά την επέμβαση.
7	(Loponen et al. 2007)	Η αξιολόγηση των αλλαγών της ΣΥΠΖ των ασθενών με αορτο-στεφανιαία παράκαμψη (CABG) σε βραχυπρόθεσμη (6 μήνες) και μεσο-πρόθεσμη (18 μήνες) παρακολούθηση με σκοπό τη μετεγχειρητική σύγκριση σε σχέση με το φύλο	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – διαχρονικός συγκριτικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης $N=302$ ασθενείς με CABG για αγγειογραφία Περιβάλλον: Δύο τμήματα, το καρδιολογικό και το θωρακοκαρδιαγγειακό, του Vaasa Central Hospital, Φινλανδία. Συλλογή δεδομένων: Συνέντευξη αρχικά κατά την αγγειογραφία και ταχυδρομικά στους 6 μήνες και 18 μήνες μετά την επέμβαση, 1	Η προεγχειρητική ΣΥΠΖ των ασθενών βρέθηκε χαμηλότερη σε σχέση με την ηλικία και το φύλο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό ($P<0,001$). Μετά την επέμβαση η ΠΖ τους βελτιώθηκε σημαντικά και οι θετικές αλλαγές διήρκεσαν καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης, παρόλο που παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση στους 18 μήνες. Παρατηρήθηκε επίσης χαμηλότερη ΠΖ στις γυναίκες

		και 3 διατάξεις της ηλικίας (<65, 65-74 και ≥75 ετών).	ερωτηματολόγιο το 15D Instrument για τη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ποσοστό Ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	(P=0,005)παρόλο που και στα δύο φύλα σημειώθηκε μετεγχειρητική βελτίωση. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους (≥75 ετών), η αρχική βελτίωση της ΠΖ επανήλθε στα προεγχειρητικά επίπεδα στους 18 μήνες μετά την επέμβαση.
8	(Lee 2007)	Η περιγραφή των χαρακτηριστικών κοορτής, της στηθάγχης, των αναπνευστικών προβλημάτων και της αυτό-βαθμολόγησης της ΣΥΠΖ των ασθενών, 5 χρόνια από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG).	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, διαχρονικός, συγκριτικός, σχεδιασμός κοορτής. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=128 ασθενείς με CABG για επέμβαση, δείγμα από μια μεγαλύτερη μελέτη. Περιβάλλον: Ένα Νοσοκομείο, Middlesex Hospital, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: Συνέντευξη και ταχυδρομικά, 5 χρόνια μετά την επέμβαση, 1 ερωτηματολόγιο το SF-36 για τη ΠΖ. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 79% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Τα αποτελέσματα από τις συνεντεύξεις κατέδειξαν ότι οι συνολικές κλίμακες του ερωτηματολογίου για τη φυσική και ψυχική υγεία ήταν σχετικά καλές, (45,8 και 53,6) σε σχέση με τους ασθενείς που απάντησαν ταχυδρομικά (MT=30,8) (P<0,001). Επιπλέον αυτοί που απάντησαν ταχυδρομικά σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ΠΖ, τη ψυχική υγεία, παρόλο που δεν ήταν στατιστικά σημαντική (49,6, P=0,081). Όσον αφορά τη στηθάγχη και τα αναπνευστικά προβλήματα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ασυμπτωματική σε σύγκριση με την προεγχειρητική τους κατάσταση.
9	(Lie et al. 2009)	Η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κατ' οίκον παρεμβατικού προγράμματος αποκατάστασης με ψυχοεκπαιδευτική ενημέρωση και ψυχολογική στήριξη στη ΣΥΠΖ ασθενών με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG).	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός τυχαιοποιημένης δοκιμής ελέγχου (randomized control trial). Δειγματοληψία: Τυχαία N=185 ασθενείς, N=93 στην ομάδα παρέμβασης και N=92 στην ομάδα ελέγχου. Περιβάλλον: Ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ulleval University Hospital, Oslo, Νορβηγία. Συλλογή δεδομένων: 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την επέμβαση, δύο ερωτηματολόγια, το SF-36 για την ΠΖ και το SAQ και στις δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τον γενικό πληθυσμό. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 185 από 203 ασθενείς Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Σημειώθηκε σημαντική βελτίωση και στις δύο ομάδες συμμετεχόντων, στην πλειοψηφία των υποκλιμάκων και των δύο ερωτηματολογίων, χωρίς όμως να παρατηρηθεί σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στις έξι εβδομάδες και έξι μήνες αξιολόγησης, μετά το χειρουργείο. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό βρέθηκε σημαντική διαφορά (P<0,05) στις υποκλίμακες του SF-36, όσον αφορά το ρόλο της σωματικής και ψυχικής υγείας και το σωματικό πόνο.
10	(Peric et al. 2008)	Η αξιολόγηση των αλλαγών στη ΠΖ των ασθενών μετά από CABG και η εντόπιση των προ και μετεγχειρητικών παραγόντων που την επιδεινώνουν.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, συγκριτικός, προοπτικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=192 ασθενείς, με CABG. Περιβάλλον: Ένα καρδιολογικό κέντρο, Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Συλλογή δεδομένων: ταχυδρομικά, προ της επέμβασης και 6 μήνες μετά, 1 ερωτηματολόγιο, το Nottingham Health Profile Questionnaire για τη ΠΖ.	Σε σύγκριση με την αρχική αξιολόγηση προ της επέμβασης, στους έξι μήνες σημειώθηκε βελτίωση της ΠΖ σε όλες τις περιοχές του ερωτηματολογίου (P<0,001). Οι παράγοντες που φαίνεται να επιβαρύνουν τη ΠΖ των ασθενών είναι: το γυναικείο φύλο σε σχέση με το σωματικό πόνο (P=0,002), ο ΣΔ σε σχέση με τη φυσική κινητικότητα (P=0,003) και το χαμηλό κλάσμα εξώθησης σε σχέση με την

			<p>Ποσοστό Ανταπόκρισης: 192 από 208 Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>κινητικότητα (P=0,047), τη συναισθηματική αντίδραση (P=0,03) και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές στην κοινωνική απομόνωση (P=0,02). Συμπερασματικά οι προβλεπτικοί παράγοντες της χειροτέρευσης της ΠΖ έξι μήνες μετά την επέμβαση ήταν το γυναικείο φύλο, ο ΣΔ, χαμηλό κλάσμα εξώθησης και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p>
11	(Lee 2009)	<p>Η αναγνώριση των καθοριστικών παραγόντων σε σχέση με τη φυσική και ψυχική ΠΖ των ασθενών, πέντε χρόνια μετά το (CABG).</p>	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, διαχρονικός, συγκριτικός, σχεδιασμός κοορτής. Δειγματοληψία: Ευκολίας (αρχείο) με ανάκληση N=128 ασθενών που για πρώτη φορά υποβλήθηκαν σε CABG και παρέμειναν μέχρι τα πέντε χρόνια. Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο, Middlesex Hospital, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: Συνέντευξη και ταχυδρομικά, 5 χρόνια μετά την επέμβαση, 4 ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο SF-36 για τη ΠΖ, 1 για το διατολόγιο και 2 για την κατάθλιψη και άγχος. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 79% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Οι παράγοντες που αναγνωρίστηκαν είχαν σχέση με την προεγχειρητική και κατά τη διάρκεια παρακολούθησης στηθάγχη, το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης και τη φυσική δραστηριότητα που μετρούν το 37% της συνοπτικής κλίμακας της φυσικής λειτουργικότητας. Το προεγχειρητικό άγχος, η ηλικία η διατροφή και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την παρακολούθηση, μετρούν το 60% της συνοπτικής κλίμακας για την ψυχική λειτουργικότητα. Συμπερασματικά υποδεικνύεται ότι το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι ισχυροί παράγοντες επίδρασης στις δύο συνολικές διαστάσεις της φυσικής και σωματικής υγείας μετά από την επέμβαση.</p>
12	(Rantanen et al. 2009b)	<p>Η εντόπιση αλλαγών και αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με τη ΣΥΠΖ των ασθενών και των σημαντικών τους προσώπων μετά από (CABG).</p>	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, συγκριτικός, προοπτικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=163 ασθενείς μετά το CABG και τα σημαντικά τους πρόσωπα, με σειρά προσέλευσης. Περιβάλλον: Ένα νοσοκομείο, Φινλανδία. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 1,6 και 12 μήνες μετά την επέμβαση, 2 ερωτηματολόγια, το 15D Instrument για την ΠΖ βασισμένο στο WHO και το ερωτηματολόγιο για κοινωνική στήριξη που σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της μελέτης. Ποσοστό Ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Η ΜΤ της ΠΖ των ασθενών σύμφωνα με τη βαθμολογία των 15D ήταν 0,845 (TA=0,096). Στους έξι μήνες ήταν 0,868 (TA=0,100) και στους δώδεκα μήνες ήταν 0,876 (TA=0,097). Η ΜΤ της ΠΖ των σημαντικών τους προσώπων, ένα μήνα μετά ήταν 0,898 (TA=0,089), στους έξι μήνες 0,907(TA=0,092) και στους 12 μήνες 0,910 (TA=0,091). Η αλλαγή στη ΣΥΠΖ των ασθενών και των σημαντικών τους προσώπων βρέθηκε ότι ήταν στατιστικά σημαντική (P<0,001) κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Επιπλέον σε σχέση με τα σημαντικά τους πρόσωπα, η βελτίωση της ΠΖ των ασθενών ήταν μεγαλύτερη (P<0,001). Δεν βρέθηκε όμως ότι η αλλαγή στη ΠΖ των ασθενών και των σημαντικών τους προσώπων είχε σχέση με τους</p>

				παράγοντες που ελέγχθηκαν στη μελέτη και την κοινωνική στήριξη που έτυχαν.
13	(Pfaffenberger et al. 2010)	Η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG).	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – διαχρονικός.</p> <p>Δειγματοληψία: Ευκολίας N=54 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη.</p> <p>Περιβάλλον: Ένα Νοσοκομείο, Αυστρία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: προ-εγχειρητικά και 4 εβδομάδες και 3 μήνες μετά την επέμβαση, 2 ερωτηματολόγια για τη ΠΖ, το SF-36 και το MacNew και 2 για το άγχος και την κατάθλιψη (STAI, HADS-D).</p> <p>Ποσοστό Ανταπόκρισης: -</p> <p>Αξιοπιστία: δεν αναφέρει</p> <p>Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Βρέθηκε σημαντική βελτίωση στη ΣΥΠΖ σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο MacNew στους 3 μήνες μετά την επέμβαση. Επιπλέον το προεγχειρητικό άγχος παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την ΠΖ 3 μήνες μετά.</p> <p>Συσχέτιση της προεγχειρητικής κατάθλιψης όμως και της μετεγχειρητικής ΠΖ εντοπίστηκε μόνο σε μεμονωμένες κλίμακες.</p>

8.4.4. Ποιότητα Ζωής και ηλικιωμένοι με στεφανιαία νόσο

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντόπισε οκτώ άρθρα, από τα οποία τα πέντε ασχολούνται με την αξιολόγηση της ΠΖ (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Jensen et al. 2006, Goins et al. 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009) των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ, ενώ δύο μελετούν την ΠΖ σε σχέση με ψυχολογικούς και κλινικούς παράγοντες που την επηρεάζουν (Yu Lee & Woo 2004b, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009). Επιπλέον μία μελέτη από τους Bonetti et al. (2005) σύγκρινε για βελτίωση στην ΠΖ, αξιολογώντας τα αποτελέσματα μεταξύ αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής και της επεμβατικής θεραπείας, σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια συμπτωματική ΣΝ.

Μία μελέτη των Collins et al. (2002) είχε σχεδιασμό αναδρομικής κοορτής, ενώ η μελέτη των Huber Collins (2007) ήταν αναδρομικού, περιγραφικού, συγκριτικού σχεδιασμού. Δύο μελέτες ήταν πειραματικού σχεδιασμού (Bonetti et al. 2005, Jensen et al. 2006, Barnes et al. 2006), τρεις ήταν διαχρονικές (Merkouris et al. 2008, Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi et al. 2009,) και μία ήταν περιγραφικού-συγκριτικού σχεδιασμού (Sjogren, Thulin 2004).

Όλες οι μελέτες που εντοπίστηκαν διεξήχθησαν σε ένα νοσοκομείο ή ιατρικό κέντρο. Δύο μελέτες έγιναν στη Σουηδία (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004), μία στην Ελλάδα (Merkouris et al. 2008) και μία στην Κοπεγχάγη της Δανίας (Jensen et al. 2006). Τέλος, μία μελέτη έγινε στην Ολλανδία (Barbareschi et al. 2009), ενώ δύο μελέτες (Bonetti et al. 2005, Huber et al. 2007) και μία (Agarwal, Schechter & Zaman 2009), έγιναν στην Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο, αντίστοιχα.

Η δειγματοληψία που χρησιμοποίησε η πλειονότητα των μελετών ήταν ευκολίας, (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Yu, Lee & Woo 2004c, Jensen et al. 2006, Barnes et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008, Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi et al. 2009), ενώ μία μελέτη χρησιμοποίησε τυχαία δειγματοληψία (Bonetti et al. 2005, Goins et al. 2006).

Η συλλογή δεδομένων στις περισσότερες μελέτες έγινε σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, με τη χρήση ενός μόνο ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ΠΖ (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Yu, Lee & Woo 2004c, Bonetti et al. 2005, Jensen et al. 2006, Goins et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008), και αυτό έγινε 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

ερωτηματολογίου κατασκευασμένου από τους ερευνητές, ενώ δύο μελέτες χρησιμοποίησαν δύο ερωτηματολόγια (Agarwal, Schechter & Zaman 2009, Barbareschi et al. 2009).

Τρεις από τις μελέτες (Collins et al. 2002, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009) αναφέρουν το ποσοστό ανταπόκρισης και το κριτήριο της αξιοπιστίας (Cronbach's alpha). Τέσσερις μελέτες αναφέρουν μόνο το ποσοστό ανταπόκρισης (Sjogren, Thulin 2004, Yu, Lee & Woo 2004c, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007) ενώ οι υπόλοιπες δεν αναφέρουν κανένα από τα πιο πάνω κριτήρια.

Τα κύρια ευρήματα των μελετών για την αξιολόγηση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ επικεντρώνονται στην εντόπιση βελτίωσης στη ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων μετά από CABG (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Jensen et al. 2006, Goins et al. 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009), ιδιαίτερα στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας και της ικανοποίησης, της μείωσης του πόνου, της καλύτερης ευημερίας και του ύπνου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Collins et al. 2002). Στην ίδια μελέτη υπογραμμίζεται ότι οι άνδρες ασθενείς είχαν παρόμοια ΠΖ με τον υγιή πληθυσμό ($P<0,05$), ενώ οι γυναίκες του δείγματος είχαν χειρότερη ΠΖ ($P<0,01$) και στις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου.

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

Στη συγκριτική μελέτη των Bonetti et al. (2005) για την αποτελεσματικότητα 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 δύο ομάδες ασθενών. Επίσης, τονίζεται ότι οι ασθενείς που έτυχαν επαναιμάτωσης είχαν χαμηλότερη συχνότητα εισαγωγής με καρδιακή αιτιολογία από τη δεύτερη ομάδα του δείγματος και σπανιότερη εμφάνιση στηθάγχης ($P<0,05$).

Βελτίωση στην ΠΖ των ηλικιωμένων μετά από CABG, παρατηρήθηκε και σε άλλες μελέτες (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% των συμμετεχόντων σημείωσε βελτίωση στην ΠΖ, 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 στην ΠΖ των ηλικιωμένων μετά από αγγειοπλαστική PCR, οι Agarwal, Schechter και Zaman (2009), βρήκαν ότι παρουσιάστηκε σημαντική βελτίωση στη συνοπτική κλίμακα της σωματικής και ψυχικής διάστασης υγείας, στο ρόλο το συναισθηματικό, το σωματικό πόνο και στις δύο μετεγχειρητικές μετρήσεις που έγιναν στους έξι και δώδεκα μήνες μετά την επέμβαση.

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

Στη μελέτη των Barbareschi et al. (2009) βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία, είχαν περισσότερα καρδιακά συμπτώματα, κατάθλιψη και χαμηλή σωματική λειτουργικότητα στην αρχική αξιολόγηση ενώ σημείωσαν βελτίωση στις μετέπειτα μετρήσεις στους έξι και δώδεκα μήνες μετά τη διάγνωση.

Πίνακας 5. Ποιότητα ζωής και ηλικιωμένοι με στεφανιαία νόσο

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Collins et al. 2002)	Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής επέμβασης, στην διάμεσο (medium-term) επιβίωση πέντε χρόνια και ΠΖ σε ασθενείς 80-84 ετών μετά από εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη, αναδρομικής κοορτής. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανοιχτή εγχείρηση καρδιάς. Περιβάλλον: 1 Καρδιακό κέντρο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Umea, Σουηδία. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 36 μήνες μετά (στους επιζήσαντες), 1 ερωτηματολόγιο, το Swedish Quality of Life Survey (SWED-QUAL) και σύγκριση με γενικό πληθυσμό μετά από στάθμιση του φύλου και της ηλικίας. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 183 από 200 ασθενείς Αξιοπιστία: Cronbachs alpha 0,80-0,88 για το σύνολο των πέντε συστατικών Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε ότι ο μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας θνησιμότητας που ήταν στατιστικά σημαντικός για τη θνησιμότητα στους τριάντα έξι μήνες παρατήρηση, ήταν η συστημακή υπέρταση (P=0,009). Σε σχέση με τη ΠΖ βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και ικανοποίηση, μείωση του πόνου, καλύτερη ευημερία (P<0,01) και παρόμοιο επίπεδο ύπνου (P=0,106) σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον οι άνδρες ασθενείς είχαν παρόμοια ΠΖ με τον υγιή πληθυσμό (P>0,05).ενώ οι γυναίκες είχαν καλύτερη ΠΖ (P<0,01) και στις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου.
2	(Sjogren, Thulin 2004)	Η αξιολόγηση και σύγκριση της ΠΖ των πολύ ηλικιωμένων ασθενών που επέζησαν (long-term survival) μετά από εγχείρηση καρδιάς με το γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – συγκριτικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=41 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση καρδιάς. Περιβάλλον: 1 καρδιακό χειρουργικό κέντρο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Lund, Σουηδία. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 95% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Γενικά δεν παρατηρήθηκαν διαφορές του υπό μελέτη πληθυσμού σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό σε έξι από τις οκτώ διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Παρατηρήθηκαν όμως σημαντικές διαφορές σε δύο διαστάσεις, το σωματικό πόνο και τη σωματική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς δήλωσαν χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα, είχαν όμως λιγότερο πόνο από το γενικό Σουηδικό πληθυσμό.
3	(Bonetti et al. 2005)	Η σύγκριση της φαρμακευτικής (χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων) με την επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης και της μακρόχρονης (long-term) αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της στην ΠΖ σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια συμπτωματική ΣΝ.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Κλινική προοπτική μελέτη δοκιμής (clinical trial). Δειγματοληψία: Τυχαία N=148 ασθενείς με χρόνια ΣΝ 2 ^{ης} τάξεως σύμφωνα με την Καναδική καρδιαγγειακή εταιρεία. Περιβάλλον: Ελβετία. Συλλογή δεδομένων: αρχικά και σε 12 μήνες, 1 ερωτηματολόγιο, το SF12. Ποσοστό Ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Σύμφωνα με την αρχική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου η ΠΖ ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες ασθενών. Κατά τη μακρόχρονη αξιολόγηση (δώδεκα μήνες), οι ασθενείς που έτυχαν επαναιμάτωσης είχαν σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα εισαγωγής με καρδιακά αίτια (22%) σε σχέση με την ομάδα φαρμακοθεραπείας (40%). Επιπλέον η σοβαρότητα της στηθάγχης (P<0,05) και η θνησιμότητα (P<0,01), παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα στην ομάδα που έτυχε της φαρμακοθεραπείας σε

				σχέση με εκείνη που έτυχε επαναιμάτωσης.
4	(Jensen et al. 2006)	Η σύγκριση της ΣΥΠΖ ηλικιωμένων με μέτριο έως υψηλό κίνδυνο μετά αορτοστεφανιαία παράκαμψη, σε σχέση με την αποσύνδεση (off pump) και σύνδεσης με την αντλία (on-pump).	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Κλινική μελέτη δοκιμής (clinical trial). Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης, N=120 ασθενείς, μετά από αορτο-στεφανιαία παράκαμψη. Τυχαία επιλογή στις ομάδες σύνδεσης N=55 και αποσύνδεσης αντλίας N=54. Περιβάλλον: 1 καρδιακό κέντρο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Κοπεγχάγη. Συλλογή δεδομένων: Συνέντευξη, αρχικά και στους 3 μήνες, 1 ερωτηματολόγιο, το SF-36. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 96,5% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Όσον αφορά τη ΣΥΠΖ, βρέθηκε βελτίωση και στις 2 ομάδες ασθενών στους τρεις μήνες παρακολούθησης εκτός από το ρόλο το συναισθηματικό που ευνοείται σε εκείνους που βρίσκονται σε σύνδεση με την αντλία (P=0,04). Όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης παρέμειναν τα ίδια και στις δύο ομάδες από την αρχική μέχρι τη τελική αξιολόγηση. Συμπερασματικά η ΠΖ και στις δύο ομάδες ασθενών βελτιώθηκε μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη.
5	(Huber et al. 2007)	Η αξιολόγηση της μετεγχειρητικής ΠΖ σε ασθενείς > 80 ετών με εγχείρηση καρδιάς όπως αορτοστεφανιογραφία, αντικατάσταση βαλβίδας ή συνδυασμός των δύο.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – αναδρομικός σχεδιασμός με επισκόπηση αρχείου. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης, N=161 ογδοντάρηδες που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση καρδιάς. Περιβάλλον: 1 Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ελβετία. Συλλογή δεδομένων: Τηλεφωνική συνέντευξη, 2 μήνες μετά, 1 ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το SAQ με την προσθήκη δύο ερωτήσεων για δύσπνοια. Ποσοστό Ανταπόκρισης: 100% Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Σχετικά με την ΠΖ, βρέθηκε ότι το 81% των συμμετεχόντων ογδοντάρηδων, δεν είχαν ή είχαν λίγη δυσκολία στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, 70% δεν είχαν ή είχαν λίγο περιορισμό στη φυσική τους δραστηριότητα, 93% δήλωσαν ότι δεν είχαν συμπτώματα και 72% ότι ήταν απαλλαγμένοι από δύσπνοια. Γενικά είναι αξιοσημείωτη η βελτίωση της ΠΖ σε όλους τους ασθενείς μετά την επέμβαση.
6	(Agarwal, Schechter & Zaman 2009)	Η αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης και της ΠΖ των ογδοντάρηδων μετά από επέμβαση percutaneous revascularization (PCR) σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό.	Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, συγκριτικός, διαχρονικός. Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=75 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCR. Περιβάλλον: Ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ηνωμένο Βασίλειο. Συλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, αρχικά και στους 6 και 12 μήνες, 2 ερωτηματολόγια, το SF-36 και το SAQ. Ποσοστό Ανταπόκρισης: - Αξιοπιστία: δεν αναφέρει Εγκυρότητα: παραπομπή	Βρέθηκε σημαντική βελτίωση στη συνοπτική κλίμακα της φυσικής και ψυχικής διάστασης και στο ρόλο το συναισθηματικό, σωματικό πόνο στους έξι μήνες. Αυτές οι διαστάσεις της ΠΖ διατηρήθηκαν στο ίδιο επίπεδο και στους δώδεκα μήνες σύμφωνα με το SF-36. Στους δώδεκα μήνες όλες οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου ήταν χαμηλότερες του γενικού πληθυσμού. Όσον αφορά το SAQ, το 90% στους έξι μήνες είχαν ελαφριά στηθάγχη ενώ στους δώδεκα μήνες το 80% δήλωσαν το ίδιο.

7	(Barbaresehi et al. 2009)	Η εντόπιση τυχόν διαφορών σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο και τη πορεία της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, συγκριτικός, διαχρονικός (μέρος της Groningen Longitudinal Aging Study) σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν συμμετείχαν στο δείγμα.</p> <p>Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N=202 ασθενείς με ΕΜ και ΚΑ.</p> <p>Περιβάλλον: Ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ολλανδία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: αρχικά (προ της διάγνωσης) και στους δύο, έξι και δώδεκα μήνες, ταχυδρομικά, δύο ερωτηματολόγια, το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και το Medical Outcomes Study Short Form 20 (MO SF-20).</p> <p>Ποσοστό Ανταπόκρισης: 202 από 256 ασθενείς</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbachs alpha 0,71-0,83 για τη κατάθλιψη και 0,79-0,87 για τη σωματική λειτουργικότητα (αρχική αξιολόγηση)</p> <p>Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	Από το δείγμα οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο ενώ οι συμμετέχοντες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και μικρότερης ηλικίας, είχαν λιγότερα καρδιακά συμπτώματα, κατάθλιψη και καλύτερη σωματική λειτουργικότητα στην αρχική αξιολόγηση. Όσον αφορά τα αποτελέσματα στους έξι μήνες μετά την διάγνωση, αυτά ήταν παρόμοια στη σωματική υγεία, ενώ στους δώδεκα μήνες βρέθηκε διαφορά στη σωματική υγεία (P=0,04), στο σωματικό ρόλο (P<0,04) και τη κοινωνική λειτουργικότητα (P=0,05).
8	(Merkouris et al. 2008)	Η διερεύνηση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με αορτοστεφανιαία παράκαμψη.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός, συγκριτικός, διαχρονικός.</p> <p>Δειγματοληψία: Σειρά προσέλευσης N= 63 ασθενείς με αορτοστεφανιαία παράκαμψη.</p> <p>Περιβάλλον: Ένα καρδιοχειρουργικό κέντρο, Ένα Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Προσωπική συνέντευξη αρχικά (προ της επέμβασης) και τηλεφωνική στους 4 και 12 μήνες μετά, από τον ίδιο ερευνητή, 1 ερωτηματολόγιο, το MacNew.</p> <p>Ποσοστό Ανταπόκρισης: 63 ασθενείς αρχικά, 59 στους τέσσερις μήνες και 56 στους δώδεκα μήνες (λόγω θανάτου).</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbachs alpha 0,75-0,89</p> <p>Εγκυρότητα: παραπομπή</p>	<p>Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες (76,2%), παντρεμένοι και συνταξιούχοι.</p> <p>Η ΠΖ σημείωσε σημαντική βελτίωση στους τέσσερις μήνες και συνέχισε με λιγότερο βαθμό και στους δώδεκα μήνες. Το 80,4% σημείωσε βελτίωση στη ΠΖ του.</p> <p>Παρόλη τη βελτίωση, ένα ποσοστό >60% συνέχισε να αναφέρει επιδείνωση σε ερωτήσεις που είχαν σχέση με την αυτοπεποίθηση και εξάρτηση από άλλους, χαρακτηριστικό ενός προστατευτικού περιβάλλοντος.</p> <p>Ένας στους δύο ασθενείς ανέφεραν προβλήματα στη γνωστική τους ικανότητα και στις δύο μετεγχειρητικές αξιολογήσεις.</p> <p>Οι γυναίκες σημείωσαν φτωχότερη ΠΖ από τους άνδρες ενώ οι ηλικιωμένοι γνώριζαν πολύ λίγα για την επέμβαση προ απ' ότι μετά το χειρουργείο.</p>

8.4.5. Συγκριτικές μελέτες για την ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και των σημαντικών τους προσώπων ή άλλων

Σ' αυτό το κεφάλαιο περιγράφονται οι μελέτες που περιλαμβάνουν συγκρίσεις στις αντιλήψεις των ασθενών και των σημαντικών τους προσώπων, συζύγων ή συντρόφων, σε σχέση με την ΠΖ των ασθενών με καρδιακή νόσο. Εντοπίστηκαν μόνο δύο μελέτες, που είχαν ποσοτική προσέγγιση και περιγραφικό συγκριτικό σχεδιασμό (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009). Η πρώτη έρευνα, αφορά στην ΠΖ ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακό επεισόδιο, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους (Phillips et al. 2003). Και η δεύτερη, αφορά στην ΠΖ νεαρότερων ασθενών με καρδιολογικό πρόβλημα >21 ετών, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους, που συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης (Fast, Steinke & Wright 2009).

Η πρώτη μελέτη, θεωρείται πολύ σημαντική για το υπό μελέτη θέμα και όπως αναφέρθηκε αφορά στη συγκριτική μελέτη των Phillips et al. (2003) που αξιολόγησε τις διαφορές στις αντιλήψεις για την ΠΖ μεταξύ καρδιολογικών ασθενών και των συζύγων τους, σύμφωνα με το Medical Outcome Survey-Short Form 36 (SF-36) και την εισήγηση πως αυτές οι πληροφορίες μπορεί να συμβάλουν θετικά στην αποκατάστασή τους. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν δειγματοληψία ευκολίας με N=57 ηλικιωμένους ασθενείς (ΜΤ ηλικίας 67 ετών) και τις συζύγους τους, από τρία κέντρα καρδιακής αποκατάστασης στην Αριζόνα των Η.Π.Α, μετά από πρόσφατο καρδιακό επεισόδιο, χωρίς όμως να διευκρινίζεται η διάγνωση. Η συλλογή δεδομένων έγινε στην αρχή του προγράμματος αποκατάστασης, με αυτοβαθμολόγηση σε όλες τις περιπτώσεις, εκτός από τρεις που λόγω αναλφαβητισμού διενεργήθηκε συνέντευξη από έμπειρο ερευνητή και τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Το άρθρο αναφέρει ότι είχε πλήρες ποσοστό ανταπόκρισης, δεν αναφέρεται όμως σε κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι οι αντιλήψεις των συζύγων για την ΠΖ και τη βαθμολόγηση της σωματικής υγείας των ασθενών ήταν 10% χαμηλότερη από την βαθμολόγηση των ίδιων των ασθενών ($P<0,04$). Γενικά, όμως, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, στις διάφορες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

Πολύ σημαντική είναι και η δεύτερη μελέτη που εντοπίστηκε και αξιολογεί την ΠΖ των καρδιολογικών ασθενών, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους, πριν και μετά από καρδιακή αποκατάσταση (Fast, Steinke & Wright 2009). Η αναφορά σε καρδιολογικούς ασθενείς, εκτός από τις περιπτώσεις του EM

(14%) και της ΚΑ (7%), περιλαμβάνει και περιπτώσεις που έτυχαν επεμβατικής θεραπείας όπως αορτοστεφανιαία παράκαμψη (60%) και αντικατάσταση βαλβίδας (16 %). Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν δειγματοληψία ευκολίας με N=42 ζεύγη ασθενών και συγγενών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης διάρκειας 12-18 εβδομάδων. Η συλλογή δεδομένων έγινε αρχικά κατά τον προσανατολισμό στο πρόγραμμα αποκατάστασης και πέντε εβδομάδες μετά, με αυτοβαθμολόγηση και τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 70%, αφού από τα εξήντα ζεύγη που αρχικά επιλέχθηκαν για τη μελέτη, παρέμειναν σαράντα δύο μέχρι το τέλος. Δεν γίνεται αναφορά στα κριτήρια της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς δήλωσαν βελτίωση στη ΣΥΠΖ από την αρχική στην τελική αξιολόγηση, σε επτά από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις και στις δύο συνολικές βαθμολογίες. Αναλυτικά, σημειώθηκε βελτίωση όσον αφορά στις υποκλίμακες για τη σωματική λειτουργικότητα, το ρόλο της φυσικής λειτουργικότητας, το σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο ($P<0,001$) και την ψυχική υγεία ($P<0,01$) και τις δύο συνολικές βαθμολογίες για τη σωματική και ψυχική υγεία ($P<0,001$). Οι σύζυγοι συμφώνησαν με τους ασθενείς ότι η ΣΥΠΖ των ασθενών από την αρχική στην τελική αξιολόγηση βελτιώθηκε σε όλες τις κλίμακες. Οι ασθενείς και οι σύζυγοί τους, βρέθηκε να σημειώνουν σημαντικές διαφορές στην αρχική αξιολόγηση σε σχέση με τη ζωτικότητα και την ψυχική υγεία ενώ στην τελική αξιολόγηση συμφωνούν στη σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία και διαφέρουν στη ζωτικότητα και την ψυχική υγεία ($P<0,01$ και στις δύο). Από τα ευρήματα προέκυψε ότι οι ασθενείς σημείωσαν βελτίωση στη ΣΥΠΖ στην τελική από την αρχική αξιολόγηση, με τις συζύγους τους να συμφωνούν επί του θέματος. Φαίνεται, δηλαδή, ότι η ΠΖ των ασθενών, μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων, καθρεφτίζεται και στις αντιλήψεις των συζύγων τους.

Είναι εμφανές από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και το διεθνές ενδιαφέρον που επιδεικνύεται για την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαίο νόσημα, ότι το θέμα αποτελεί το 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 (Υπουργείο Υγείας 2007). Επιπλέον, η αλλαγή στον τρόπο ζωής όσον αφορά στη διατροφή και την άσκηση, θεωρείται ότι συμβάλλει στην

αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων προκαλώντας διάφορες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και των οικείων τους. Αυτό φάνηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας.

Όπως προαναφέρθηκε μόνο δύο συγκριτικές έρευνες εντοπίστηκαν, που να αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα σε κέντρα αποκατάστασης και των συζύγων τους (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009). Σύμφωνα με την πρώτη μελέτη (Phillips et al. 2003), βρέθηκε ότι οι σύζυγοι βαθμολόγησαν 10% χαμηλότερα τη ΠΖ των ασθενών, στη σωματική υγεία, από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς. Ενώ στη δεύτερη μελέτη οι σύζυγοι συμφώνησαν ότι η ΣΥΠΖ των ασθενών από την αρχική στην τελική αξιολόγηση βελτιώθηκε σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 και οι σύζυγοι παρουσιάζεται να καθρεφτίζουν τις απόψεις των ασθενών (Fast, Steinke & Wright 2009).

Φαίνεται ότι το υπό μελέτη θέμα καλείται να καλύψει ένα σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία σε σχέση με τις αντιλήψεις των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ατόμων που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την ποιότητα ζωής τους. Οι συγκρίσεις μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων συμμετεχόντων μέσα από τα ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά δεδομένα, αναμένεται να ρίξουν φως στην ποιότητα ζωής των ασθενών και να προσθέσουν στην υπάρχουσα γνώση ένα σημαντικό θεωρητικό υπόβαθρο για κλινική εφαρμογή και περαιτέρω έρευνα.

8.5. Συμπεράσματα

8.5.1. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νοσο και παράγοντες που την επηρεάζουν

Γενικά η ΠΖ των ασθενών με ΣΝ που αντιμετωπίστηκαν με συντηρητική θεραπεία σε σύγκριση με εκείνους που έτυχαν παρεμβατικής θεραπείας ήταν χαμηλότερη. Οι διαστάσεις υγείας που φαίνεται να επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας, του ρόλου της σωματικής λειτουργικότητας και της συνολικής σωματικής λειτουργικότητας. Επιπλέον, η επιβάρυνση της ΣΝ στην ΠΖ του Γαλλικού πληθυσμού, κατέδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΝ είχαν χαμηλότερη ΠΖ από τον υγιή πληθυσμό ιδιαίτερα στην κλίμακα για το ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας, το συναισθηματικό ρόλο, τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία.

Ωστόσο σε σχέση με την εξέλιξη της νόσου στο χρόνο μετά από διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και την ΠΖ, βρέθηκε ότι η αορτο-στεφανιαία παράκαμψη σχετιζόταν με μεγαλύτερη βελτίωση της ΠΖ των μικρότερων στην ηλικία ασθενών στις μετέπειτα μετρήσεις, ενώ στους μεγαλύτερους ασθενείς παρατηρήθηκε όφελος μόνο στους έξι μήνες μετά την επέμβαση.

Αξιοσημείωτο ήταν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς όχι μόνο είχαν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά και μικρότερο όφελος από την επέμβαση στην ΠΖ τους. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι και λιγότερο προνομιούχοι κοινωνικά ασθενείς είχαν περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για τη νόσο.

Όσον αφορά στο φύλο, τα ευρήματα των ερευνών κατέδειξαν ότι η ΠΖ ήταν χαμηλότερη στις γυναίκες ασθενείς με ΣΝ χωρίς παρεμβατική θεραπεία, ιδιαίτερα σε αυτές που κάπνιζαν σε σχέση με τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού και συγκεκριμένα στις μικρότερες στην ηλικία. Αντίθετα, οι μεγαλύτερες στην ηλικία είχαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από τους άνδρες ασθενείς. Όσον αφορά στη σχέση της ΠΖ μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη και το φύλο, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς είχαν χαμηλότερη ΠΖ από τους άνδρες του δείγματος και από το γενικό πληθυσμό.

Σε σχέση με την συμμετοχή των ασθενών σε προγράμματα αποκατάστασης βρέθηκε ότι αυτά επιδρούν θετικά στην ΠΖ των ασθενών ειδικά στη διάσταση της ψυχικής υγείας. Ενώ η αυτό-αντίληψη για την υγεία βρέθηκε να είναι καλύτερη σε ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, καλύτερη οικονομική κατάσταση και καλύτερη κοινωνική στήριξη

Γενικά, οι παράγοντες που κρίθηκαν καθοριστικοί για την επιβάρυνση της ΠΖ των ασθενών με ΣΝ ήταν: το φύλο, η ηλικία το εισόδημα, η κοινωνική στήριξη, το επίπεδο εκπαίδευσης και η

εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν για τη φτωχή ΠΖ ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, η διαταραγμένη ψυχική υγεία, και η ηλικία.

Τέλος από μελέτη που διενεργήθηκε στις Η.Π.Α, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ανήκαν σε μειονότητες, είχαν υψηλότερο επίπεδο ζωτικότητας από τους Καυκάσιους, ενώ οι άγαμοι είχαν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας από τους έγγαμους. Επιπρόσθετα, όσοι δεν είχαν σοβαρό στεφανιαίο νόσημα είχαν υψηλότερο επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας και ζωτικότητας, από εκείνους με σοβαρή στεφανιαία νόσο (Bosworth et al. 2000).

8.5.2. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και παράγοντες που την επηρεάζουν

Τα κύρια ευρήματα των μελετών για την αξιολόγηση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ επικεντρώθηκαν ως επί το πλείστον στην εντόπιση βελτίωσης στη ΠΖ των συμμετεχόντων μετά από CABG, ιδιαίτερα στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας και ικανοποίησης, μείωσης του πόνου, καλύτερης ευημερίας και ύπνου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Υπογραμμίζεται ότι οι άνδρες ασθενείς είχαν παρόμοια ΠΖ με τον υγιή πληθυσμό, ενώ οι γυναίκες είχαν εμφανώς χαμηλότερη ΠΖ, γεγονός που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα των ερευνών σε σχέση με τη ΣΝ και τον τρόπο αντιμετώπισης. Εξάλλου βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία, είχαν περισσότερα καρδιακά συμπτώματα, κατάθλιψη και χαμηλή σωματική λειτουργικότητα στην αρχική αξιολόγηση ενώ σημείωσαν κάποια βελτίωση στις μετέπειτα μετρήσεις στους έξι και δώδεκα μήνες μετά τη διάγνωση

Σε διαχρονικές μελέτες μετά από επέμβαση CABG σε ηλικιωμένους, βρέθηκε ότι η ΠΖ ήταν σημαντικά πιο χαμηλή από ότι ο γενικός πληθυσμός σε δύο διαστάσεις της υγείας που αφορούν στο σωματικό πόνο και τη σωματική λειτουργικότητα. Επιπλέον, παρόλο που στη σωματική λειτουργικότητα οι ηλικιωμένοι δήλωναν χαμηλότερη βαθμολογία στην ΠΖ τους, είχαν λιγότερο σωματικό πόνο από το γενικό πληθυσμό.

Σε κάποιες μελέτες όμως που αξιολόγησαν την ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών σε σύντομο χρονικό διάστημα (δώδεκα μήνες) μετά από CABG, παρατηρήθηκε βελτίωση ιδιαίτερα στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και τη μείωση των συμπτωμάτων από τη ΣΝ. Αυτό ήταν εμφανές, παρόλο που ένα ποσοστό >60% συνέχισε να αναφέρει επιδείνωση όσον αφορά στην αυτοπεποίθηση και την εξάρτηση από άλλους. Το ίδιο συνέβη και στις μελέτες που αξιολόγησαν την ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ μετά από αγγειοπλαστική, όπου

παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στη συνολική κλίμακα της σωματικής και ψυχικής διάστασης υγείας, στο ρόλο το συναισθηματικό και το σωματικό πόνο.

Τέλος στις μελέτες που αξιολόγησαν την ΠΖ των ηλικιωμένων σε σχέση με ψυχολογικούς, κλινικούς και άλλους παράγοντες εντοπίστηκαν αρκετοί παράγοντες που κρίθηκαν ως πολύ σημαντικοί για την ΠΖ των ασθενών, όπως: η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασία, η παρουσία συζύγου, οι συνθήκες διαβίωσης, η σωματική κατάσταση, η αντίληψη για την υγεία, η κοινωνική στήριξη και η ψυχολογική κατάσταση, που θεωρήθηκε ως ο σημαντικότερος από όλους τους παράγοντες.

8.5.3. Διαφορές στις αντιλήψεις ασθενών και των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ως προς την ποιότητα ζωής

Αρχικά σημειώνεται ότι δεν βρέθηκε ανάλογη μελέτη με το υπό μελέτη θέμα. Βρέθηκαν όμως δύο μελέτες που αξιολόγησαν την ΠΖ των ασθενών με καρδιακό νόσημα και των συζύγων τους. Σε μια προσπάθεια συνοπτικής παρουσίασης παρατίθενται τα κυριότερα ευρήματα/συμπεράσματα των μελετών που εντοπίστηκαν.

Στην πρώτη και πολύ σημαντική μελέτη, που αξιολόγησε την ΠΖ των ηλικιωμένων καρδιολογικών ασθενών μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους, βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις των συζύγων για την ΠΖ και τη βαθμολόγηση της σωματικής υγείας των ασθενών ήταν 10% χαμηλότερη από τη βαθμολόγηση των ιδίων των ασθενών με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P < 0,04$). Δεν βρέθηκαν όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές στις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

Στη δεύτερη μελέτη που αξιολόγησε την ΠΖ των καρδιολογικών ασθενών μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους προ και μετά την συμμετοχή τους σε πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς σημείωσαν βελτίωση στη ΣΥΠΖ τους στην τελική από την αρχική αξιολόγηση, με τις/τους συζύγους τους να συμφωνούν επί του θέματος. Μόνο σε κάποιες επιμέρους κλίμακες κατά την αρχική αξιολόγηση βρέθηκαν μερικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ γενικά οι σύζυγοι φαίνεται να καθρεφτίζουν τις απόψεις των ασθενών.

Ίσως οι μικρές διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των συζύγων τους για την ποιότητα ζωής των ασθενών, να οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος που και για τις δύο μελέτες ήταν μικρό, αφού για την πρώτη αφορούσε σε 57 ζεύγη συμμετεχόντων και 42 στη δεύτερη. Αν και στην πρώτη μελέτη παρόλο που το δείγμα ήταν μικρό εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη σωματική υγεία όπως προαναφέρθηκε.

Εντοπίζεται όμως ένα κενό σε σχέση με τις συγκριτικής προσέγγισης μελέτες, αφού μόνο δύο τέτοιες εντοπίστηκαν που να αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακό νόσημα μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009). Ιδιαίτερα αφού η μια από αυτές δεν απευθυνόταν ειδικά σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Αυτό δεν παρατηρείται όμως σε μελέτες που αφορούν σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες όπως ο καρκίνος, όπου υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας. Επιπλέον η έλλειψη συγκριτικών μελετών με μικτή προσέγγιση στη συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, προσδίδει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο θέμα. Φαίνεται ότι το υπό μελέτη θέμα έρχεται να καλύψει ένα σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία σε σχέση με τις αντιλήψεις των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ατόμων που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την ποιότητα της ζωής τους. Οι συγκρίσεις μεταξύ των απόψεων των δύο ομάδων συμμετεχόντων μέσα από τα ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά δεδομένα, αναμένεται να ρίξουν φως στην ποιότητα ζωής των ασθενών και να προσθέσουν στην υπάρχουσα γνώση.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και η συσχέτισή της με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ιδίων και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (συγγενείς).

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Ποια η αντίληψη των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο για την ποιότητα ζωής τους;
2. Ποια η αντίληψη των άμεσα εμπλεκόμενων ατόμων (συγγενών) στη φροντίδα ασθενών με στεφανιαία νόσο για την ποιότητα ζωής των ασθενών;
3. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες: φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, είδος θεραπείας, συνοδό νόσημα και διάρκεια νοσήματος από τη διάγνωση;
4. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις αντιλήψεις των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ατόμων που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους για την ποιότητα ζωής των ασθενών;
5. Πώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο και τα άμεσα εμπλεκόμενα στη φροντίδα τους άτομα σχολιάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με τα ποιοτικά δεδομένα;

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν περιγραφικός - συγκριτικός με συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων. Η σύγκριση περιελάμβανε τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων ασθενών και των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδας τους (συγγενείς) για την ποιότητα ζωής των ασθενών.

3.2. Δείγμα

3.2.1. Επιλογή περιβάλλοντος

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ), που επισκέπτονταν τα ιατρεία των καρδιολογικών κλινικών σε τρία δημόσια Γενικά Νοσοκομεία της Κύπρου, της Λευκωσίας, της Λεμεσού και της Πάφου, δυναμικότητας 450, 329 και 135 κλινών αντίστοιχα. Τα δύο πρώτα νοσοκομεία είναι τα μεγαλύτερα στην Κύπρο και διαθέτουν πλήρη μηχανογραφημένα στατιστικά στοιχεία. Στον αρχικό σχεδιασμό έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθεί και η καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου της Λάρνακας. Δυστυχώς, όμως, δεν έγινε τελικά εφικτό αφού δεν υπήρχε δυνατότητα πρόσβασης, στα στατιστικά στοιχεία που ήταν απαραίτητα για τη διεξαγωγή της μελέτης. Ωστόσο, επισημαίνεται, ότι όλα τα γενικά νοσοκομεία της Κύπρου αν και διαθέτουν καρδιολογικές κλινικές, έχουν ως σημείο αναφοράς και παραπομπής για επεμβατικούς σκοπούς το γενικό νοσοκομείο της Λευκωσίας.

3.2.2. Δειγματοληψία

Η διαδικασία επιλογής των ατόμων-ασθενών του δείγματος, για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων βασίστηκε στη σειρά προσέλευσης στις καρδιολογικές κλινικές των πιο πάνω Νοσοκομείων για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο 15 εβδομάδων, μέχρις ότου να συμπληρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός υποκειμένων.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ασθενών ήταν:

α) Ηλικιωμένοι από ≥ 65 ετών, σύμφωνα με τον ορισμό του ηλικιωμένου άτομου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2011).

β) Διάγνωση με στεφανιαία νόσο (ΣΝ) με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ).

γ) Παρέλευση τουλάχιστον 3 μηνών από την εμφάνιση του στεφανιαίου επεισοδίου για αποφυγή κόπωσης.

δ) Δυνατότητα επικοινωνίας και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος των ατόμων που άμεσα εμπλέκονταν στην φροντίδα των ασθενών ήταν:

α) Άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα των ασθενών (όπως δήλωσαν οι ίδιοι οι ασθενείς) από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (συγγενείς).

β) Δυνατότητα επικοινωνίας και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας.

Όσον αφορά τη δειγματοληψία για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων, ήταν τυχαία και προέκυψε μετά από κλήρωση από το δείγμα των ασθενών και συγγενών που συμμετείχαν στη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων.

3.2.3. Μέγεθος δείγματος

Η κατανομή του δείγματος βασίστηκε στα στοιχεία από την κατάσταση επισκεψιμότητας στις καρδιολογικές κλινικές ανά περιοχή και το μέγεθος του υπολογίστηκε με την ανάλυση ισχύος για να ενέχει τα απαραίτητα κριτήρια αξιοπιστίας. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 97,2% για τους ασθενείς και 95,5% για τους συγγενείς, ποσοστό πολύ υψηλό που οφείλεται στην αγαστή συνεργασία της ερευνήτριας με τους καρδιολόγους των καρδιολογικών κλινικών. Ο συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων καρδιολογικών ασθενών ≥ 65 ετών, που επισκέφτηκαν τα ιατρεία των καρδιολογικών κλινικών των δημόσιων Νοσοκομείων της Λευκωσίας, Λεμεσού και Πάφου που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη κατά το έτος 2008, ανήλθε σε 39.760 (Στατιστική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας 2008). Η αναλογία ανδρών-γυναικών στο δείγμα ήταν 60%-40% και είναι πολύ κοντά σε αυτήν που αντιστοιχεί στην επισκεψιμότητα των εξωτερικών ιατρείων των συμπεριλαμβανομένων καρδιολογικών κλινικών ανά επαρχία. Μια σημαντική παρατήρηση που σχετίζεται με την κατανομή του δείγματος ανά επαρχία, είναι ότι το υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων με 49,9% κατέχει η Λεμεσός ακολουθούμενη από την Λευκωσία και την Πάφο. Αυτή η κατανομή ακολουθεί την κατά αναλογία επιλογή του δείγματος σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν από τις μηχανογραφημένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. Η πιο πιθανή ερμηνεία γιατί η επαρχία Λευκωσίας που είναι η μεγαλύτερη σε πληθυσμό έχει μικρότερο αριθμό ασθενών στο αντίστοιχο δημόσιο νοσοκομείο, οφείλεται στην ύπαρξη δύο καρδιολογικών κέντρων που φαίνεται να απορροφούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών. Δυστυχώς στην παρούσα μελέτη τα συγκεκριμένα

ιδιωτικά καρδιολογικά κέντρα δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στο δείγμα λόγω έλλειψης στοιχείων και προσβασιμότητας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας περιορισμός στη συλλογή δεδομένων. Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί φαίνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών στις καρδιολογικές κλινικές των υπό μελέτη νοσοκομείων για ιατρική επίσκεψη ανά περιοχή.

Πίνακας 6. Αριθμός επισκέψεων ασθενών άνω των 65 ετών στις καρδιολογικές κλινικές των τριών γενικών δημόσιων νοσοκομείων το 2008

Καρδιολογική Κλινική	Αριθμός επισκέψεων
Γ.Ν.Πάφου	7.499
Γ.Ν.Λεμεσού	19.922
Γ.Ν.Λευκωσίας	12.339
Σύνολο	39.760

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία – Υ.Υ. 2008

Για την περιγραφή της ποιότητας ζωής, με βάση την τυπική απόκλιση (assumed σ) του SF36 ίση με 20 (score 0-100) και ένα περιθώριο λάθους (D, συνολικό εύρος ορίων αξιοπιστίας ή εμπιστοσύνης) = 5 και δεδομένου του $P=0,05$ ($Z_{crit} = 1,96$) το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε σε **N=246** με βάση τον ακόλουθο τύπο(Eng 2003, Eng 2004) :

$$N = \frac{4\sigma^2(Z_{crit})^2}{D^2} \qquad N = \frac{4 * 20^2 * (1.96)^2}{5^2} = 246$$

Η εκτίμηση του μεγέθους του δείγματος για τη σύγκριση των δύο ομάδων έγινε με τη χρήση του Gpower 3.1. Με power (ισχύς) = 0,95 $P=0,05$ και με effect size (μέγεθος αποτελέσματος) = 0,2 το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε σε **N=272** για μία κατεύθυνση και **N=327** για διπλή κατεύθυνσης διαφορά (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang 2009, Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner 2007) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Δοκιμασία υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος – Σύγκριση δύο ομάδων (Output G Power 3.1).

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)
Analysis: A priori: Compute required sample size
Input: Tail(s) = One
Effect size dz = 0.2
α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.95
Output: Noncentrality parameter δ = 3.2984845
Critical t = 1.6504958
Df = 271
Total sample size = 272
Actual power = 0.9500543
t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)
Analysis: A priori: Compute required sample size
Input: Tail(s) = Two
Effect size dz = 0.2
α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.95
Output: Noncentrality parameter δ = 3.6166283
Critical t = 1.9672675
Df = 326
Total sample size = 327
Actual power = 0.9501171
(Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. 2009; Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. 2007).

Με βάση τα παραπάνω, αποφασίστηκε όπως στο δείγμα προστεθεί ένα 5% για τυχόν απώλειες και έτσι να φθάσει τα **327 + 5% = 343** ασθενείς και τα αντίστοιχα άτομα που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους (συγγενείς).

Από τον Πίνακα 8 που ακολουθεί, φαίνεται ο υπολογισμός του επιθυμητού μεγέθους του δείγματος σύμφωνα με την αναλογία των επισκέψεων των ασθενών ≥ 65 ετών με στεφανιαία νόσο

στις καρδιολογικές κλινικές των τριών επαρχιών για το έτος 2008 και το τελικό μέγεθος του δείγματος ανά επαρχία.

Πίνακας 8. Κατανομή επιθυμητού και τελικού δείγματος ανά νοσοκομείο

Καρδιολογική Κλινική	Σύνολο	Αναλογία (%)	Επιθυμητό μέγεθος (N=343)	Τελικό μέγεθος (N=345)
Γ.Ν.Πάφου	7499	19%	65	67
Γ.Ν.Λεμεσού	19922	50%	172	172
Γ.Ν.Λευκωσίας	12339	31%	106	106
Σύνολο	39760	100%	343	345

Σύμφωνα με τη στρατηγική των καρδιολογικών κλινικών οι ασθενείς τρεις μήνες μετά από το καρδιακό επεισόδιο (ΣΝ, ΕΜ), επισκέπτονται τις καρδιολογικές κλινικές μόνο δύο φορές το χρόνο (μία φορά κάθε 6 μήνες). Για να αποφευχθεί η είσοδος στο δείγμα του ίδιου ασθενή για δεύτερη φορά, η επιλογή και η συλλογή δεδομένων έπρεπε να ολοκληρωθεί σε 6 μήνες, που αντιστοιχεί στην πιο πάνω χρονική περίοδο. Αποφασίστηκε ένα πρόγραμμα που να ακολουθεί τις μέρες ιατρειών του κάθε νοσοκομείου και ακολούθως τέθηκε σε ισχύ με επισκέψεις κάθε Τρίτη και Τετάρτη στην Καρδιολογική Κλινική Λευκωσίας και κάθε Δευτέρα και Παρασκευή στη Λεμεσό. Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων διήρκεσε περίπου 15 εβδομάδες και άρχισε το Μαΐο του 2009, ταυτόχρονα για τη Λευκωσία και Λεμεσό και ολοκληρώθηκε το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους.

Ο μέσος αριθμός προσέλευσης για την καρδιολογική κλινική της Λευκωσίας και της Λεμεσού ήταν 10 ± 2 ασθενείς σε κάθε επίσκεψη που πραγματοποιείτο για τη συμπλήρωση του δείγματος. Μετά την ολοκλήρωση συλλογής των δεδομένων από τις πιο πάνω καρδιολογικές κλινικές, ακολούθησε η συλλογή δεδομένων από την Πάφο, που διήρκεσε περίπου 15 εβδομάδες από το Σεπτέμβριο μέχρι το Δεκέμβριο του 2009. Οι επισκέψεις ήταν και πάλι δύο φορές την εβδομάδα Τρίτη και Πέμπτη, ημέρες που οι ασθενείς προσέρχονταν για ιατρική εξέταση. Στην περίπτωση αυτή η συλλογή διήρκεσε πάλι 15 εβδομάδες, αφού πρόκειται για μικρότερη επαρχία και η προσέλευση ασθενών ήταν μικρότερη. Ενώ, ο μέσος αριθμός προσέλευσης ασθενών που πληρούσε τα κριτήρια επιλογής για συμμετοχή στη μελέτη ήταν 4 ± 1 σε κάθε επίσκεψη.

Το τελικό δείγμα, αποτέλεσαν 345 ασθενείς και 339 άτομα που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα τους (συγγενείς) από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον, εκτός από έξι ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα άτομα που φρόντιζαν τους έξι ασθενείς δεν ανήκαν στο στενό οικογενειακό τους

περιβάλλον, αλλά ήταν γείτονες ή φίλοι, γι' αυτό και δεν κατέστη δυνατό να προσεγγιστούν για τη λήψη δεδομένων. Σημειώνεται ότι στο εξής όταν θα γίνεται αναφορά στα άτομα που άμεσα εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών, θα χρησιμοποιείται ο όρος «συγγενείς».

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με τη μορφή συνέντευξης από την ερευνήτρια, που ρωτούσε τον/την ασθενή και το συμπλήρωνε, χωρίς να είναι παρόντας ο συγγενής. Όλοι οι ασθενείς ενημερώνονταν αρχικά από τον καρδιολόγο και μετά παραπέμπονταν στην ερευνήτρια, που εξηγούσε περαιτέρω το σκοπό της μελέτης και εξασφάλιζε την ενημερωμένη συγκατάθεση τους. Σημειώνεται ότι όλοι οι ασθενείς ήταν θετικοί στη συμμετοχή τους στην έρευνα. Στην περίπτωση που συνοδεύονταν από το συγγενή τους, ακολουθούσε η ίδια διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και από το συγγενή, χωρίς την παρουσία του ασθενή. Σημειώνεται ότι στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν συνοδεύονταν από τους συγγενείς τους, ακολουθούσε τηλεφωνική επικοινωνία και διευθέτηση για συνάντηση στην οικία των συμμετεχόντων για την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων. Αναλυτικά η τελική κατανομή του δείγματος για τα ποσοτικά δεδομένα ανά επαρχία και φύλο φαίνεται στον Πίνακα 9, που ακολουθεί.

Πίνακας 9. Τελικό μέγεθος δείγματος ποσοτικών δεδομένων ανά επαρχία και φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Άρρεν	Θήλυ	
Επαρχία	Λευκωσία	65	41	106
	Λεμεσός	101	71	172
	Πάφος	41	26	67
Σύνολο		207	138	345

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων υπολογίστηκε στο 10% του αρχικού μεγέθους δείγματος, που κρίθηκε ικανοποιητικό για την επίτευξη κορεσμού, δεδομένης και της γεωγραφικής κατανομής του δείγματος. Αυτό υπολογίστηκε με βάση την περιγραφική ανάλυση για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, δηλαδή στους N=272 ασθενείς (σελ. 101). Τελικά έγιναν 29 συνεντεύξεις με ασθενείς, που επιλέχθηκαν τυχαία μετά από κλήρωση και 29 με τους αντίστοιχους συγγενείς τους. Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν στις οικίες των συμμετεχόντων και διήρκεσαν από το Δεκέμβριο του 2009 μέχρι το Μάρτιο του 2010. Το τελικό μέγεθος του δείγματος ασθενών για τα ποιοτικά δεδομένα ανά φύλο και επαρχία φαίνεται στον Πίνακα 10 και των συγγενών στον Πίνακα 11, που ακολουθεί.

Σημειώνεται ότι κατά τη διάρκεια της συλλογής των ποιοτικών δεδομένων, επιτεύχθηκε κορεσμός από την 20^η συνέντευξη με τους ασθενείς. Όμως, η διαδικασία συλλογής δεδομένων συνεχίστηκε για την κάλυψη πιθανών διαφορών σε σχέση με τη γεωγραφική κατανομή του δείγματος.

Πίνακας 10. Τελικό μέγεθος δείγματος ασθενών για ποιοτικά δεδομένα ανά επαρχία και φύλο

Επαρχία	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Λευκωσία	5	4	9
Λεμεσός	8	5	13
Πάφος	4	3	7
Σύνολο	17	12	29

Πίνακας 11. Τελικό μέγεθος δείγματος συγγενών για ποιοτικά δεδομένα ανά επαρχία και φύλο

Επαρχία	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Λευκωσία	4	5	9
Λεμεσός	5	8	13
Πάφος	3	4	7
Σύνολο	17	12	29

3.3. Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων έγινε σε δύο φάσεις, με την πρώτη φάση να αφορά στη συλλογή των ποσοτικών και τη δεύτερη φάση τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων με ημιδομημένο οδηγό συνέντευξης. Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, όπως έχει ήδη ειπωθεί, έγινε με προσωπική συνέντευξη από την ίδια την ερευνήτρια, μετά την ενημερωμένη συγκατάθεση των συμμετεχόντων και με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36v2 (Παράρτημα 9.1), που εξασφαλίστηκε με αγορά από τους ερευνητές που το ανέπτυξαν. Επίσης συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ασθενών (Παράρτημα 9.3).

Η επιλογή της προσωπικής συνέντευξης για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κρίθηκε αναγκαία για την πρόληψη πιθανών δυσκολιών, αφού το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς ≥ 65 ετών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τους ηλικιωμένους συνοδεύει μια προοδευτική διεργασία αλλαγών που επηρεάζει όλα τα όργανα και τις λειτουργίες τους με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ξεχωρίσουν τις αιτίες από τα αποτελέσματα (Austad 1997, Strehler 1999, Kirkwood and Austad 2000). Εξάλλου αναφέρεται ότι η ποιότητα ζωής των πιο ηλικιωμένων ασθενών >81 ετών με στεφανιαία νόσο, επηρεάζεται περισσότερο (Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009, Barbareschi et al. 2009). Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων που κατά κύριο λόγο οφείλεται στην ελλιπή κατανόηση εξαιτίας χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης (Υφαντόπουλος 2001, Merkouris et al. 2009).

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος έγινε σε τρεις ομάδες από $\geq 65-70$, $71-80$ και >81 ετών, που προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των συμμετεχόντων ασθενών κατά ηλικιακή ομάδα. Η έμφαση ήταν στη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών και στη νεαρότερη, μετά την συνταξιοδότηση.

Στην περίπτωση που οι ασθενείς κατά την επίσκεψή τους στις καρδιολογικές κλινικές συνοδεύονταν από τα άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα τους (συγγενείς), τότε τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν και για τους δύο, χωρίς όμως ο ένας να είναι παρόν στη συμπλήρωση από τον άλλο. Αυτό δεν ήταν εφικτό σε όλες τις περιπτώσεις, αφού στην πλειονότητα τους οι ασθενείς δεν συνοδεύονταν από τους συγγενείς τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ακολουθούσε συνέντευξη με το άμεσα εμπλεκόμενο άτομο στη φροντίδα τους σε μετέπειτα στάδιο στην οικία του, για να ολοκληρωθεί η διαδικασία συλλογής των ποσοτικών δεδομένων και από τις δύο ομάδες συμμετεχόντων.

Σημειώνεται ότι για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των συγγενών ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών που φρόντιζαν, οι συγγενείς απάντησαν το ερωτηματολόγιο ωσάν να βρίσκονταν στη θέση των ασθενών.

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη από την ίδια την ερευνήτρια με τη βοήθεια ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης (Παράρτημα 9.2) από το δείγμα των 29 ασθενών και των αντίστοιχων 29 εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών).

Η διαδικασία επιλογής άρχισε από την πρώτη φάση της ερευνητικής δραστηριότητας, όπου ζητήθηκε από τους ασθενείς που συμμετείχαν στη συλλογή ποσοτικών δεδομένων, η συγκατάθεσή τους και πλήρη στοιχεία επικοινωνίας, για συμμετοχή στη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων. Όλοι οι συμμετέχοντες αποδέχθηκαν συμμετοχή στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων. Στη συνέχεια τα στοιχεία τους συγκεντρώθηκαν σε ειδικά κουτιά ανά επαρχία και φύλο και ακολούθησε τυχαία

επιλογή με κλήρωση μέχρι της συμπλήρωσης του ζητούμενου μεγέθους του δείγματος (Πίνακας 10 και 11).

Όπως ήδη αναφέρθηκε οι προσωπικές συνεντεύξεις βασίστηκαν σε ημιδομημένο οδηγό συνέντευξης, ο οποίος αναπτύχθηκε με τη βοήθεια ομάδας ειδικών που περιελάμβανε (τον επιβλέποντα καθηγητή και τρεις επιστημονικούς συνεργάτες, ένας από τους οποίους ήταν γιατρός και οι υπόλοιποι δύο έμπειροι κλινικοί νοσηλευτές). Η επιλογή ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης βασίστηκε σε ειδικές θεματικές περιοχές ενδιαφέροντος για το υπό μελέτη θέμα, επιτρέποντας έτσι ευελιξία σε σχέση με την εμβάθυνση και κατανόηση (Polit & Hungler 1987, Morse 1991, Kvale 1996, Green & Thorogood 2007). Ο ημιδομημένος οδηγός συνέντευξης στην παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο μέρη, με το πρώτο να περιλαμβάνει ερωτήσεις που βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο SF-36v2 και κατανεμήθηκαν σε πέντε θεματικές ενότητες. Σκοπός των ερωτήσεων ήταν η εμβάθυνση στο θέμα της ΠΖ των συμμετεχόντων ασθενών, αφού ο σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της ΠΖ μέσα από τις προσωπικές αντιλήψεις των ιδίων και των συγγενών τους. Στο δεύτερο μέρος προστέθηκαν ερωτήσεις που καλύπτουν το θέμα της ΠΖ γενικά και τις υπηρεσίες υγείας, ως σημαντικού παράγοντα καθορισμού της ΠΖ των συμμετεχόντων.

Επιπλέον, οι ανοικτές ερωτήσεις πιστεύεται ότι συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση, εμβάθυνση και συλλογή στοιχείων που αντανakλούν περισσότερο την Κυπριακή πραγματικότητα. Το γεγονός επίσης ότι οι ερωτήσεις ήταν ανοικτού τύπου έδωσε την ευκαιρία στους συμμετέχοντες για περιγραφικές απαντήσεις όπου τέτοια στοιχεία ήταν πιθανότερο να αναδειχθούν.

Οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν με τη βοήθεια ψηφιακού μαγνητοφώνου για την καταγραφή όλων των υπό συλλογή δεδομένων με τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Επιπλέον, κρατήθηκαν και συνοπτικές σημειώσεις, σε ειδικό σημείο για κάθε ερώτηση πάνω στο έντυπο του ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης, για τη διασφάλιση συλλογής δεδομένων στην περίπτωση βλάβης του μαγνητοφώνου.

Όσον αφορά στην επιλογή χώρου για τη διενέργεια των συνεντεύξεων, επιλέχθηκε η κατοικία των συμμετεχόντων σε πόλεις και χωριά των τριών επαρχιών της Κύπρου (Πίνακας 10 και 11). Η επιλογή της κατοικίας των συμμετεχόντων για τη συνέντευξη, πιστεύεται ότι βοήθησε στην εξασφάλιση ιδιωτικότητας, άνεσης και εμπιστοσύνης. Όπως αναφέρεται και από τη βιβλιογραφία, η επιλογή χώρου που να είναι οικείος προς τους συμμετέχοντες είναι πολύ σημαντική για την εξασφάλιση μιας εν τω βάθει συνέντευξης, χωρίς παρεμβολές και συναισθήματα ανασφάλειας (Kvale 1996).

Η διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν από 30-45 λεπτά για τους ασθενείς, και 20-30 λεπτά για τους συγγενείς τους. Επισημαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης του ενός από τους δύο συνεντευξιαζόμενους, ο δεύτερος καλείτο να μην είναι παρών στο ίδιο δωμάτιο, για να αποφευχθεί

τυχόν παρέμβαση και επηρεασμός των απαντήσεων. Αυτή η επιλογή ήταν εύλογη αφού στην πλειονότητά τους τα άμεσα εμπλεκόμενα άτομα στη φροντίδα τους, ήταν του στενού τους οικογενειακού περιβάλλοντος, δηλαδή σύζυγοι, εκτός από τρεις περιπτώσεις που ήταν οι θυγατέρες τους. Επιπλέον, μετά τη συνέντευξη παραχωρήθηκε χρόνος για έκφραση από μέρους τους οποιονδήποτε σχολίων ή απόψεων επί του θέματος όπως φαίνεται και από τον οδηγό συνέντευξης.

Η συμπλήρωση της συλλογής δεδομένων και από τις δύο ομάδες συμμετεχόντων, άρχισε το Μαΐο του 2009 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2010.

3.4. Εργαλεία μέτρησης

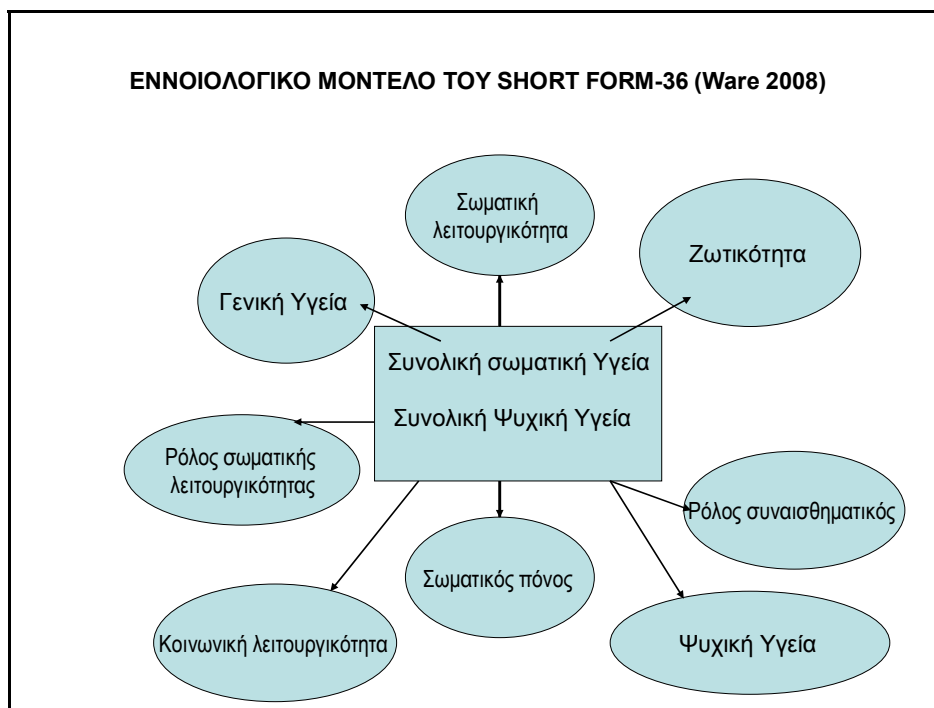
3.4.1. Ερωτηματολόγιο για τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων

Στην παρούσα μελέτη για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο έχει επιλεγθεί το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2), που αποτελεί τη βελτιωμένη μορφή και εξέλιξη του SF-36 (Ware 2008). Το ερωτηματολόγιο SF-36v2 θεωρείται ως το πιο κατάλληλο, απλό, εύχρηστο, σύντομο και αξιόπιστο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Kantz et al. 1992, Nerenz, Repasky, Whitehouse, & Kahkonen 1992, Wagner, Keller, Kosinski et al. 1995, Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001). Η επιλογή του, εκτός από τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα, βασίστηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Α ΜΕΡΟΣ - Κεφάλαιο 8), όπου η πλειονότητα των μελετών που εντοπίστηκαν σε σχέση με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη, χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (Bosworth 2000, Seki 2003, Jarvinen 2003, Asadi-Lari 2004, Muller-Nordhorn 2004, Kristofferzon 2005, Al-Ruzzeh et al. 2005, Boini 2006, Le Grande et al. 2006, Barry et al. 2006, Failde 2006, Christian 2007, Martin 2007, Lee 2008, Stafford 2009, Lie et al. 2009, Lee 2009, Lahana 2010, Farin 2010, Pfaffenberger et al. 2010). Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποίησαν και οι μελέτες που ασχολήθηκαν με την αξιολόγηση της ΠΖ των ηλικιωμένων με ΣΝ (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Yu, Lee & Woo 2004c, Bonetti et al. 2005, Jensen et al. 2006, Goins et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008).

Το SF-36 αποτελείται από τρία επίπεδα, τα 36 στοιχεία (ερωτήσεις), τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας και τις δύο συνολικές διαστάσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία που αντικατοπτρίζουν τη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Ο Πίνακας 12 και το Διάγραμμα 3 απεικονίζουν το εννοιολογικό μοντέλο του SF-36.

Πίνακας 12. Εννοιολογικό μοντέλο του SF-36 (Ware 2008)

Εννοιολογικό μοντέλο του short form-36 (Ware2008)					
	Ερωτήσεις	Επιμέρους Διαστάσεις	Συνολικές Διαστάσεις		
3a	Έντονες δραστηριότητες	Σωματική λειτουργικότητα			
3b	Μέτριας έντασης δραστηριότητες				
3c	Μεταφορά αγαθών από αγορά				
3d	Ανέβασμα μερικών σειρών από σκαλοπάτια				
3e	Ανέβασμα μιας σειράς από σκαλοπάτια				
3f	Γονάτισμα ή σκύψιμο				
3g	Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο				
3h	Περπάτημα μερικών εκατοντάδων μέτρων				
3i	Περπάτημα εκατό μέτρων				
3j	Μπάνιο ή ντύσιμο				
4a	Μείωση χρόνου			Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας	Συνολική Φυσική Υγεία
4b	Καταφέρατε λιγότερα				
4c	Περιορίσατε το είδος				
4d	Δυσκολίες εκτέλεσης				
7	Εύρος του πόνου	Σωματικός πόνος	Η συνολική φυσική υγεία στηρίζεται σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις αλλά κυρίως στις κάτωθι 4: Σωματική λειτουργικότητα Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας Σωματικός πόνος Γενική Υγεία		
8	Επηρεασμός δραστηριοτήτων λόγω του πόνου				
1	Αξιολόγηση γενικής υγείας	Γενική Υγεία			
11a	Αρρωσταίνω ευκολότερα				
11b	Τόσο υγιής όσο άλλοι				
11c	Η υγεία μου θα χειροτερεύσει				
11d	Η υγεία μου είναι εξαιρετική				
9a	Γεμάτος ζωντάνια	Ζωτικότητα			
9e	Ενέργεια				
9g	Εξάντληση				
9i	Κούραση				
6	Σε ποιο βαθμό επηρεάστηκε	Κοινωνική λειτουργικότητα		Συνολική Ψυχική Υγεία	
10	Για πόσο χρονικό διάστημα				
5a	Μείωση χρόνου	Ρόλος συναισθηματικός	Η συνολική ψυχική υγεία στηρίζεται σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις αλλά κυρίως στις κάτωθι 4: Ζωτικότητα Κοινωνική λειτουργικότητα Ρόλος συναισθηματικός Ψυχική υγεία		
5b	Επίτευξη λιγότερων				
5c	Λιγότερο προσεκτικά				
9b	Εκνευρισμός	Ψυχική Υγεία			
9c	Πεσμένος ψυχολογικά				
9d	Ηρεμία				
9f	Κακοκεφιά/μελαγχολία				
9h	Ευτυχία				



Διάγραμμα 3. Εννοιολογικό μοντέλο του SF-36 (Ware 2008)

Η βαθμολόγηση της κάθε επιμέρους διάστασης υπολογίζεται μετά από κωδικοποίηση και άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων και στη συνέχεια με αναγωγή της βαθμολογίας αυτής σε μια κλίμακα από 0-100, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας (Ware & Sherbourne 1992). Στη συνέχεια υπολογίζονται οι βαθμολογίες για τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις (τυποποιημένες και μη) με βάση συγκεκριμένο αλγόριθμο. Η βαθμολογία για τις δύο συνολικές διαστάσεις γίνεται με βάση συγκεκριμένο αλγόριθμο που βασίζεται στις τυποποιημένες τιμές του συγκεκριμένου πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι βαθμολογίες των δύο συνολικών διαστάσεων δίνονται με βάση μια κατανομή που έχει μέση τιμή 50 και τυπική απόκλιση 10.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις και τις δύο συνολικές διαστάσεις, όπου υψηλές τιμές δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, ενώ χαμηλές τιμές δείχνουν χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ (Ware, Kosinski and Keller 1994). Όπως αναφέρουν οι ερευνητές που ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο (δημιουργοί), έχει αποδειχθεί ερευνητικά από συγχρονικές και διαχρονικές μελέτες, ότι συγκρίνοντας μόνο τις δύο συνολικές κλίμακες από τις οκτώ επιμέρους για την ανάλυση του SF-36, ελαττώνονται οι στατιστικές συγκρίσεις ενώ παράλληλα διατηρείται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Η βαθμολογία αυτή όμως των δύο συνολικών διαστάσεων, έχει βρεθεί ότι έχει μεγαλύτερη ακρίβεια στην ανίχνευση αλλαγών σε σχέση με τις επιμέρους διαστάσεις (Jenkinson, Layte, Lawrence 1997). Ενώ, η δυνατότητα του

εργαλείου να αξιολογεί στο χρόνο, μπορεί να αποτελέσει αναδρομική ανάκληση δεδομένων σχετικά με τη ΣΥΠΖ (Ware 2008).

Για τον Αμερικάνικο γενικό πληθυσμό συστήνεται όπως φυσιολογική τιμή, θεωρείται κάθε βαθμολογία που εμπίπτει στο διάστημα από 47-53, δηλαδή αποκλίνει λιγότερο από 0,3 τυπικές αποκλίσεις της μέση τιμής. Επιπλέον όταν διενεργούνται συγκρίσεις μεταξύ ηλικιακών ομάδων, φαίνεται καθαρά ότι η κατάσταση υγείας και συγκεκριμένα η σωματική υγεία, συνδέεται με την ηλικία. Γενικά, δηλαδή, οι βαθμολογίες για όλες τις κλίμακες της σωματικής υγείας και οι συνολικές βαθμολογίες ελαττώνονται με την ηλικία. Το όριο αυτό, σύμφωνα πάντα με τους ίδιους ερευνητές είναι ακόμα χαμηλότερο όταν ληφθεί υπόψη η ηλικία έως και $MT=38,11$ και για τους ηλικιωμένους >75 ετών (Ware, Kosinski and Dewey 2000).

Για τον Ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν τυποποιημένες τιμές για τον γενικό πληθυσμό και για τον υπολογισμό των δύο συνολικών βαθμολογιών χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος για τον Αμερικάνικο πληθυσμό. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα θα πρέπει σε αυτή την περίπτωση να ερμηνευθούν με προσοχή. Προκειμένου όμως για τις επιμέρους διαστάσεις, υπάρχουν κάποια ερευνητικά δεδομένα τόσο από την Ελλάδα, όσο και από άλλες χώρες που μπορούν να δώσουν ένα μέτρο σύγκρισης. Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει ενδεικτικά τις (μη τυποποιημένες) βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων με βάση τα αποτελέσματα δύο ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα (Pappa et al. 2005, Τούντας και συν. 2007), τις αντίστοιχες βαθμολογίες από μια μεγάλη έρευνα που έγινε στην Τουρκία (Demiral et al. 2006), προκειμένου να υπολογιστεί ο αλγόριθμος για τον Τούρκικο πληθυσμό και τέλος τις αντίστοιχες τιμές από τον Αμερικάνικο πληθυσμό (Ware et al. 2000). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν γενικά χαμηλότερες τιμές για τον Ελληνικό σε σχέση με τον αντίστοιχο Τούρκικο γενικό πληθυσμό.

Πίνακας 13. Παρουσίαση των τυποποιημένων τιμών γενικού πληθυσμού

Επιμέρους Διαστάσεις Υγείας	Hellas Health	Έρευνα Ελληνικού SF-36	ΗΠΑ	Τουρκικός Πληθυσμός
Σωματική λειτουργικότητα	82	80,76	84,5	83,5
Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας	80,5	79,74	81,2	86,3
Σωματικός πόνος	77,24	72,98	75,5	82,9
Γενική υγεία	62,02	67,46	72,2	71,6
Ζωτικότητα	63,93	66,53	61,1	64,5
Κοινωνική λειτουργικότητα	81,53	82,05	83,6	91,0
Συναισθηματικός ρόλος	81,86	81,53	81,3	90,1
Ψυχική υγεία	64,41	68,23	74,8	71,0

Πηγή: Τούντας και συν. 2007, Pappa et al. 2005, Ware et al. 2000, Demiral et al. 2006.

Το SF-36, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα διεθνών συγκρίσεων (Ware, Kosinski, Keller 1995, Ware, Kosinski, Keller 1996). Ενώ έχει βρεθεί να συσχετίζεται με αντικειμενικούς δείκτες υγείας και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Brazier, Harper et al. 1995). Επιπλέον στο ειδικό άρθρο του 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 στην προσθήκη των 2 συνολικών κλιμάκων για το ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας. Αναφέρεται επίσης στην ύπαρξη τυποποιημένων δεδομένων από το γενικό πληθυσμό σε 10 χώρες (εκτός της Ελλάδας) για σκοπούς σύγκρισης.

Όσον αφορά στην αξιοπιστία, βρέθηκε ότι το ερωτηματολόγιο SF-36 ήταν το πιο αξιόπιστο και ευαίσθητο στις αλλαγές από την υποκείμενη νόσο (Jenkinson, Wright & Coulter 1994). Επιπλέον οι Υφαντόπουλος και Σαρής (2001) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη ΣΥΠΖ και τη μεθοδολογία μέτρησης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Και παρόλο που θεωρείται

γενικό ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με 200 περίπου νοσήματα, ανάμεσα στα οποία είναι και η ΣΝ με τις περισσότερες δημοσιεύσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στο British Medical Journal (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001, Garratt, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick 2002) αλλά και σε πέραν των πεντακοσίων δημοσιεύσεων σε 22 χώρες όπου μεταφράστηκε (Ware, Sherbourne 1992, Ware 2000).

Σε 15 μελέτες που χρησιμοποίησαν το εργαλείο, όσον αφορά στην αξιοπιστία για τη φυσική/σωματική λειτουργικότητα ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ήταν $>0,80$, ενώ για την ψυχική υγεία ήταν $>0,90$. Η επιλογή των κλιμάκων του ερωτηματολογίου φαίνεται να εξηγεί 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 μετάφρασή του σε πολλές γλώσσες (Ware, Gandek 1998).

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου SF-36, έχει γίνει σε δύο τουλάχιστον έρευνες στην Ελληνική βιβλιογραφία που το χρησιμοποίησαν και κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα (Κοντοδημόπουλος και συν. 2004, Παππά, Κοντοδημόπουλος και Νιάκας 2006). Επισημαίνεται ότι στην πρώτη μελέτη για τους στατιστικούς ελέγχους της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της Ελληνικής έκδοσης του SF-36, που έγινε σε 126 κατοίκους της νήσου Ίου με συνέντευξη, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με άλλες μελέτες του εξωτερικού (Κοντοδημόπουλος και συν. 2004). Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,70 για τις 6 από τις 8 επιμέρους κλίμακες υγείας, που επιτρέπει τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, ενώ στην κοινωνική λειτουργικότητα ήταν 0,69 και στην γενική υγεία 0,64, με αποτέλεσμα να συστήνεται περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησαν ήταν μεταφρασμένο από την εταιρεία (Quality Metric corp.) και όχι από τους ίδιους. Αυτό χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Η δεύτερη μελέτη που έγινε για την προσαρμογή της Ελληνικής μετάφρασης του SF-36 στα Ελληνικά δεδομένα, έχει επίσης δοκιμαστεί και προσαρμοστεί το 2006 σύμφωνα με ψυχομετρικούς παράγοντες από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο και Νιάκα. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι το SF-36 είναι αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής στον Ελληνικό πληθυσμό. Το δείγμα της έρευνας απετέλεσαν 1.424 κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών με ποσοστό ανταπόκρισης 70,6%. Ο συντελεστής Cronbach's alpha για την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων ανήλθε στο 0,70 σε όλες τις περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν την υψηλή αξιοπιστία των κλιμάκων της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου και επιτρέπουν σύγκριση των ομαδικών αποτελεσμάτων με αντίστοιχα της ξένης βιβλιογραφίας.

Επιπλέον, υπενθυμίζεται ότι η νέα μορφή εξέλιξης του SF-36v2 από τους Ware, Kosinski και Gandek (1993), αποτελεί σήμερα το πιο ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται στον τομέα της υγείας. Ενώ, οι βελτιώσεις που έγιναν στη νέα έκδοση του ερωτηματολογίου, είχαν σχέση με: την απλούστευση των οδηγιών των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, την ταξινόμηση των ερωτήσεων και τη μετάφραση και προσαρμογή τους σε διάφορες γλώσσες.

3.4.2. Ημιδομημένος οδηγός συνέντευξης για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων

Παράλληλα με τα ποσοτικά δεδομένα που συμβάλλουν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, τα ποιοτικά καλούνται να την ενισχύσουν με τυχόν επιπρόσθετα στοιχεία, ή να την επιβεβαιώσουν. Η επιλογή μικτής μεθοδολογίας με συλλογή ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων υποστηρίζεται και από τους Cresswell et al (2003) και την Lukkarinen (2005) που θεωρούν ότι ένας τέτοιος σχεδιασμός εκτός από την επιβεβαίωση μιας θεωρίας για ενίσχυση της αξιοπιστίας της, μπορεί να συμβάλει στη σύλληψη της ολοκληρωμένης εικόνας του υπό μελέτη φαινομένου.

Επιπλέον, η Kvale (1996), περιγράφει την ποιοτική προσέγγιση μέσα από την προσωπική συνέντευξη ως «τη διείσδυση στα άδυτα και την αναγνώριση πίσω από τις λέξεις των πιθανών εκφράσεων του συνεντευξιαζόμενου». Σύμφωνα πάντα με την ίδια συγγραφέα, ο ερευνητής προσομοιάζεται με ένα ταξιδιώτη που σαηγνεύεται από την ανακάλυψη των πληροφοριών που έρχονται ως καταιγισμός να συμπληρώσουν το «πάζλ». Όσον αφορά στον οδηγό συνέντευξης η Patton (2002) θεωρεί ότι το πλεονέκτημά του είναι ότι βοηθά τον διενεργούντα τη συνέντευξη, να ακολουθήσει μια συστηματική και περιεκτική προσέγγιση στα πλαίσια του διαθέσιμου χρόνου.

Ο οδηγός συνέντευξης (Παράρτημα 9.2) αποτελείται από δύο μέρη, με το πρώτο όπως ήδη αναφέρθηκε, να στηρίζεται, για σκοπούς καλύτερης κατανόησης, σε ερωτήσεις εμβάθυνσης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SF-36v2 και το δεύτερο να αναφέρεται στην ποιότητα ζωής και τις υπηρεσίες υγείας. Το πρώτο μέρος αποτελείται από πέντε θεματικές ενότητες και το δεύτερο από δύο. Σε κάθε θεματική ενότητα υπάρχουν επιμέρους ερωτήσεις ανοικτού τύπου, με σκοπό τη διείσδυση στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων με τρόπο που να τους επιτρέπει να αναπτυχθούν και να εκφραστούν ελεύθερα. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά τα δύο μέρη του οδηγού συνέντευξης, οι πέντε θεματικές ενότητες που τα αποτελούν καθώς και κάποιες επιμέρους ερωτήσεις.

A. Μέρος. Θέματα σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SF-36v2

1. Γενικά για την υγεία
2. Φυσική κατάσταση
3. Συναισθηματική κατάσταση
4. Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση
5. Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν

B. Μέρος. Θέματα για τη ΠΖ και τις Υπηρεσίες Υγείας

1. Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν
2. Υπηρεσίες υγείας

Μερικές από τις επιμέρους ερωτήσεις:

- Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα ζωής σας και ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι την επηρεάζουν?
- Συζητήστε τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και πώς αυτές επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής σας?
- Ποιες οι προσδοκίες από τη ζωή σας και πόσο αυτές έχουν εκπληρωθεί, δεδομένου και του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζετε?

3.5. Ηθικά θέματα

Αμέσως μετά την υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, έγιναν οι σχετικές διευθετήσεις και επικοινωνία με τις αρμόδιες αρχές για εξασφάλιση έγκρισης διενέργειας της έρευνας. Μετά από επιστολή και έγκριση του Υπουργείου Υγείας (Παράρτημα 9.5-6), ακολούθησε υποβολή αίτησης για αξιολόγηση της έρευνας από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) και εξασφαλίστηκε η σχετική έγκριση (Παράρτημα 9.7). Στη συνέχεια έγινε επικοινωνία με τους υπεύθυνους ιατρικούς λειτουργούς των καρδιολογικών κλινικών των τριών Νοσοκομείων που επελέγησαν, για να προετοιμαστούν οι σχετικές επισκέψεις για τη συλλογή δεδομένων. Προηγήθηκε ασφαλώς η απαραίτητη γραπτή και προφορική επικοινωνία μαζί τους για σκοπούς ενημέρωσης και συνεργασίας. Ακολούθως μετά από την προκαταρκτική συνεννόηση, έγινε επικοινωνία με τους ειδικούς καρδιολόγους που διενεργούν την ιατρική εξέταση των ασθενών στις καρδιολογικές κλινικές και οργανώθηκε το πρόγραμμα και οι επισκέψεις για την άμεση επαφή με τους ασθενείς που θα αποτελούσαν το δείγμα της μελέτης.

Η μελέτη αφορούσε στους ηλικιωμένους ασθενείς με στεφανιαία νόσο της Κύπρου και η επιλογή τους έγινε σε συνεργασία με τους καρδιολόγους των αντίστοιχων κλινικών, ούτως ώστε να

επιτευχθεί ασφαλής χρόνος παρέλευσης από την πρώτη εμφάνιση της νόσου και σταθεροποίηση της υγείας του πάσχοντα. Ως εκ τούτου οι ασθενείς που ελεύθερα αποφάσισαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά μέσω του έντυπου για ενημερωμένη συγκατάθεση (Παράρτημα 9.4), το οποίο υπέγραψαν πριν από τη συμμετοχή τους και το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες για το θέμα και το σκοπό της έρευνας. Όσοι από αυτούς αποφάσισαν να συμμετάσχουν και στις προσωπικές συνεντεύξεις, τους δόθηκαν επιπλέον διαβεβαιώσεις για ανθρώπινη, ευαίσθητη και διακριτική προσέγγιση χωρίς την πρόκληση οποιασδήποτε ψυχικής ταλαιπωρίας.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των υποκειμένων, τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα για σκοπούς ανάλυσης. Διαβεβαιώθηκαν επίσης οι συμμετέχοντες για τη σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, την προστασία του δικαιώματος απόσυρσης ανά πάσα στιγμή αν το αποφασίσουν και ότι οι πληροφορίες που θα συλλέγονταν, θα χρησιμοποιούνταν μόνο για την παρούσα μελέτη.

Με αυτό τον τρόπο διασφαλίστηκε η ελευθερία των ατόμων και των προσωπικών τους δεδομένων, ενώ παράλληλα υπογραμμίστηκε η σημασία των πληροφοριών που συλλέχθηκαν στη δημιουργία ενός σημαντικού σώματος γνώσεως για το υπό μελέτη θέμα, που θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για προβληματισμό και ίσως αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Επιπλέον, δόθηκε διαβεβαίωση για τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων στον έντυπο τύπο με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και των αρμοδίων σωμάτων για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ στην Κύπρο.

Για επιβεβαίωση της ωφελιμότητας και της μη πρόκλησης βλάβης προς τους συμμετέχοντες, τηρήθηκαν όλοι οι κανονισμοί και αρχές που διέπουν τις ερευνητικές δραστηριότητες στη χώρα, καθώς και οι αρχές που περιλαμβάνονται στη διακήρυξη του Ελσίνκι για τη βιοιατρική έρευνα. Όπως υποστηρίζουν και οι Beaglehole και Bonita (2001), πρέπει να διασφαλίζονται οι τέσσερις βασικές αρχές του Ελσίνκι στη διεξαγωγή έρευνας, όπως η διατήρηση αυτονομίας, σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα, αξιοπρέπεια και ελευθερία και ωφελιμότητα και μη πρόκληση βλάβης. Επιπλέον, τηρήθηκαν όλες οι νομότυπες διαδικασίες πρόσβασης και εξασφαλίστηκαν οι απαιτούμενες άδειες όπως φαίνεται ακολούθως.

Συνολικά, εξασφαλίστηκαν:

Ενημερωμένη συγκατάθεση από τους συμμετέχοντες (Παράρτημα 9.4)

Έγκριση Υπουργείου Υγείας (Παράρτημα 9.5-6)

Έγκριση ΕΕΒΚ (Παράρτημα 9.7)

3.6. Ανάλυση δεδομένων

3.6.1. Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων

Για την καταχώρηση των δεδομένων του ερωτηματολογίου SF-36v2, χρησιμοποιήθηκε το ειδικό λογισμικό που εξασφαλίστηκε με αγορά από την εταιρεία Quality Metric Incorporated (Ware et al. 2008).

Για την κωδικοποίηση ακολουθήθηκαν οι οδηγίες από το εγχειρίδιο χρήσης (Ware et al. 2002). Η συνολική βαθμολογία για κάθε διάσταση υπολογιζόταν αν υπήρχαν τουλάχιστον το 50% των απαντήσεων συμπληρωμένες και γινόταν αντικατάσταση των missing values με τη μέση τιμή των υπολοίπων τιμών στη συγκεκριμένη διάσταση.

Στη συνέχεια υπολογίστηκε το αλγεβρικό άθροισμα των ερωτήσεων κάθε διάστασης και στη συνέχεια έγινε μετασχηματισμός των τιμών από το 0-100 με βάση τον τύπο:

$$TB = (AAE - XΔB) * 100 / EB$$

Όπου:

TB= Τελική βαθμολογία

AAE = Αλγεβρικό Αθροισμα Ερωτήσεων

XΔB = Χαμηλότερη Δυνατή Βαθμολογία

EB = Εύρος βαθμολογίας

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν και οι τυποποιημένες τιμές για κάθε διάσταση (Μέση τιμή = 50 και Τυπική απόκλιση = 10) και τελικά οι δύο τυποποιημένες βαθμολογίες για τη συνολική σωματική και ψυχική διάσταση με βάση τις νόρμες του αμερικάνικου πληθυσμού.

Τέλος, οι αρχικές βαθμολογίες των οκτώ επιμέρους διαστάσεων (μη τυποποιημένες) και οι δύο συνολικές (τυποποιημένες) βαθμολογίες για τη φυσική και ψυχική υγεία εισήχθησαν στο στατιστικό πακέτο Κοινωνικών Επιστημών (statistical package of social sciences, SPSS 17.1) για την ανάλυση των δεδομένων που έγινε με περιγραφική και επαγωγική στατιστική.

Η περιγραφική στατιστική καλύπτει μεθόδους για οργάνωση και περίληψη μιας σειράς δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο μέσω πινάκων, γραφημάτων και/ή προσδιορισμού μιας ή περισσότερων αντιπροσωπευτικών τιμών. Η περιγραφική στατιστική βασίστηκε στους πίνακες συχνότητας, στις παραμέτρους θέση/διασποράς και στη χρήση διαγραμμάτων.

Η επαγωγική στατιστική είναι ένα σύστημα λογικών και υπολογιστικών μεθόδων, προκειμένου να γίνουν γενικεύσεις και να εξαχθούν συμπεράσματα από ένα δείγμα για μεγαλύτερο

πληθυσμό υποκειμένων ή καταστάσεων, τα οποία πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει το δείγμα (Μερκούρης 2008). Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή των παραμετρικών δοκιμασιών είναι η κανονική κατανομή των μεταβλητών του δείγματος, γι' αυτό και οι μη παραμετρικές ονομάζονται και μη εξαρτώμενες από την κατανομή (Μερκούρης 2008). Οι δοκιμασίες κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk (Πίνακας 14), που έγιναν έδειξαν ότι οι εξαρτημένες μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, επιβεβαιώνοντας το γενικότερο πρόβλημα των κλιμάκων αξιολόγησης της ΠΖ που είναι η λοξή κατανομή των αποτελεσμάτων (Bowling et al. 1999).

Γι' αυτό το λόγο και η αρχική επιλογή ήταν να διεξαχθούν οι μη-παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U, Wilcoxon Sign Ranks test, Kruskal-Wallis H, και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Πιο συγκεκριμένα η δοκιμασία Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων ομάδων (π.χ. σύγκριση ανδρών – γυναικών ως προς την ΠΖ), η δοκιμασία Wilcoxon Sign Ranks test για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο σχετιζόμενων ομάδων (σύγκριση ασθενών – συγγενών ως προς την ΠΖ), η δοκιμασία Kruskal-Wallis H, για σύγκριση των μέσων τιμών τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων (π.χ. συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και ΠΖ), και τέλος ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman για τη συσχέτιση δύο μέσων τιμών (π.χ. συσχέτιση ηλικίας και ΠΖ).

Επειδή όμως οι παραμετρικές δοκιμασίες είναι περισσότερο ισχυρές και ευέλικτες, ενώ παράλληλα επιτρέπουν τη μελέτη όχι μόνο της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους, έγιναν για σκοπούς σύγκρισης και οι αντίστοιχες παραμετρικές δοκιμασίες t-test για ανεξάρτητες και συσχετιζόμενες ομάδες, ANOVA και ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Μερκούρης 2008).

Πίνακας 14. Δοκιμασίες κανονικότητας για τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,090	339	0,000	0,941	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΡΟΛΟΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,134	339	0,000	0,902	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,308	339	0,000	0,788	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,082	339	0,000	0,979	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,093	339	0,000	0,965	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,151	339	0,000	0,907	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,151	339	0,000	0,886	339	0,000
ΑΣΘΕΝΗΣ - ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,119	339	0,000	0,954	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,090	339	0,000	0,942	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΡΟΛΟΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,151	339	0,000	0,883	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,305	339	0,000	0,793	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,080	339	0,000	0,980	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ- ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,084	339	0,000	0,974	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,151	339	0,000	0,911	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,161	339	0,000	0,875	339	0,000
ΣΥΓΓΕΝΗΣ - ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΝΟΛΙΚΑ	0,101	339	0,000	0,960	339	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

3.6.2. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου που σύμφωνα με τους Hsieh and Shannon (2005) αποτελεί μια ερευνητική μέθοδο για την υποκειμενική

ερμηνεία του περιεχομένου ενός κειμένου μέσα από τη συστηματική ταξινόμηση, κωδικοποίηση και αναγνώριση θεμάτων. Η όλη προσπάθεια δηλαδή οδηγεί στην ερμηνεία των δεδομένων μέσα από μια προσπάθεια ελεύθερης και συνοπτικής μεταφοράς τους σε κατηγορίες με βάση κωδικούς ταξινόμησης διατηρώντας όμως το νόημα του περιεχομένου. Ένας παλαιότερος ορισμός της ανάλυσης περιεχομένου εξηγεί ακριβώς ότι αυτή η μέθοδος αποτελεί την τεχνική με την οποία πολλές λέξεις μπορούν να συνοψιστούν με τη δημιουργία κατηγοριών περιεχομένου σύμφωνα με κατανοητούς κανόνες κωδικοποίησης (Berelson 1952, Krippendorff 1980, and Weber 1990). Μέσα στα ίδια πλαίσια κινούνται και άλλοι ορισμοί όπως εκείνος του Patton (2002) που θεωρεί ότι η ανάλυση περιεχομένου αναφέρεται σε οποιαδήποτε προσπάθεια για μείωση του όγκου των ποιοτικών δεδομένων διατηρώντας όμως το νόημα, και επιχειρώντας την αναγνώριση πυρηνικών και περιεκτικών εννοιών.

Ακολουθώντας τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου το πρώτο βήμα ήταν η μετατροπή των δεδομένων σε γραπτό κείμενο το οποίο στη συνέχεια έτυχε επεξεργασίας. Έτσι μετά από κάθε συνέντευξη, η μαγνητοφώνηση ακολουθούσε την πορεία της αποθήκευσης και απομαγνητοφώνησης. Στη συνέχεια, με γνώμονα τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις του οδηγού συνέντευξης σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SF-36v2, έγινε κωδικοποίηση των κύριων εννοιών και εξαγωγή συμπερασμάτων για την καλύτερη κατανόηση και εμβάθυνση στο θέμα της ποιότητας ζωής. Τέλος, έγινε μεταφορά των κωδικών για τους ασθενείς και συγγενείς σε πίνακα ώστε να γίνει δυνατή η σύγκριση των αντιλήψεων των δύο ομάδων συμμετεχόντων για τον εντοπισμό συμφωνίας ή διαφοράς όσον αφορά στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσα από τη δική τους πραγματικότητα, αλλά και αυτής των συγγενών τους.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη, ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha κυμάνθηκε από 0,77 έως 0,97 για τις οκτώ διαστάσεις υγείας για τους ασθενείς και από 0,81 έως 0,98 για τους συγγενείς (Πίνακας 15). Ένας συντελεστής Cronbach's Alpha που έχει τιμές 0,85 και 0,90 είναι ικανοποιητικός για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Fitzpatrick 1994). Ενώ τιμές πάνω από 0,70 είναι ικανοποιητικές όταν η κλίμακα αξιολόγησης έχει πάνω από 14 ερωτήσεις (Cortina 1993).

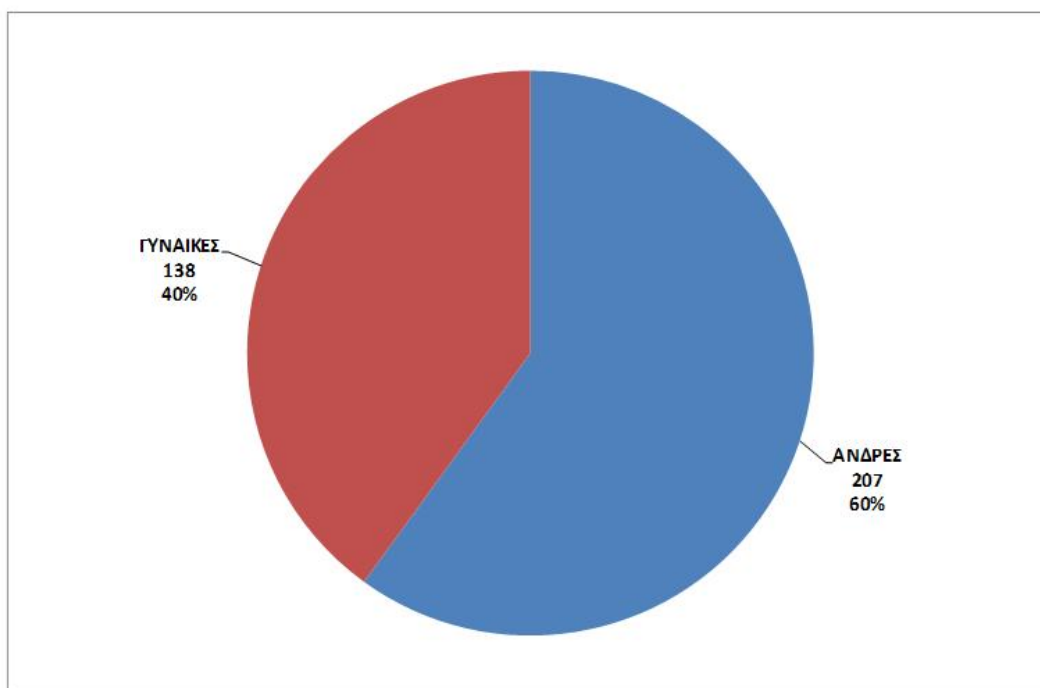
Πίνακας 15. Συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha στις 8 διαστάσεις υγείας για ασθενείς και συγγενείς

A/A	Διάσταση (αριθμός ερωτήσεων)	Ασθενείς	Συγγενείς
1	Γενική υγεία (5)	0,77	0,81
2	Φυσική (σωματική) Λειτουργικότητα (10)	0,93	0,93
3	Ρόλος φυσικής λειτουργικότητας (4)	0,96	0,98
4	Συναισθηματικός ρόλος (3)	0,97	0,98
5	Κοινωνική λειτουργικότητα (2)	0,80	0,82
6	Σωματικός πόνος (2)	0,91	0,92
7	Ζωτικότητα (4)	0,84	0,85
8	Ψυχική υγεία (5)	0,87	0,87

4.1. Περιγραφή δείγματος ασθενών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος έγινε με τη στατιστική δοκιμασία ανάλυσης ισχύος, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των επισκέψεων στις καρδιολογικές κλινικές και την αναλογία ανδρών και γυναικών ασθενών ανά επαρχία. Στον αρχικό αριθμό του δείγματος $N=327$ προστέθηκε ένα 5% για τυχόν απώλειες και έτσι έφθασε τα $327+5\%=343$ άτομα. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων **ασθενών** στο δείγμα ανήλθε σε $N=345$ ($N=207$ άνδρες και $N=138$ γυναίκες), με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης **97,2%**, που είναι αρκετά ψηλό και μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στην προσωπική επαφή με τα υποκείμενα. Ο αντίστοιχος αριθμός των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων ανήλθε σε $N=339$, αφού έξι από αυτούς, δεν έγινε κατορθωτό να προσεγγιστούν για τη συλλογή δεδομένων.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, σύμφωνα με το Γράφημα 1 που ακολουθεί ήταν άνδρες (N=207), με ποσοστό 60% επί του συνόλου του δείγματος σε σύγκριση με το 40% που ήταν γυναίκες (N=138). Επίσης, η κατανομή αυτή βρίσκεται σε συμφωνία και με τα αντίστοιχα ποσοστά (%) επισκεψιμότητας στις καρδιολογικές κλινικές στα τρία Γενικά Νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.



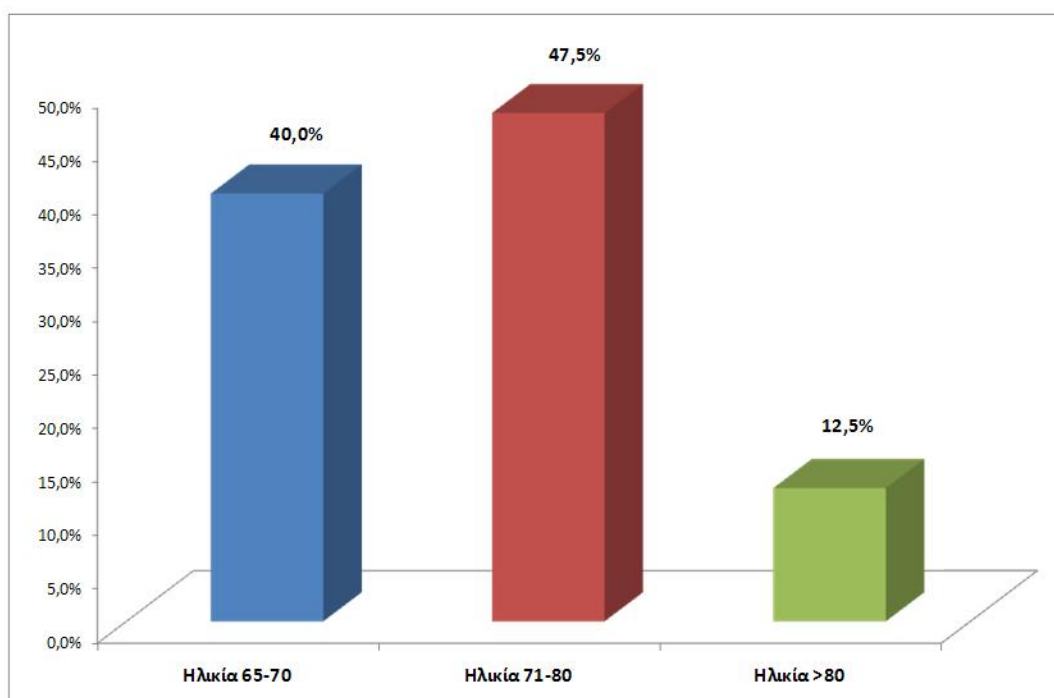
Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος των ασθενών ανά φύλο

Η τελική κατανομή του δείγματος κατά επαρχία φαίνεται στον Πίνακα 16, με το μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων στο δείγμα να καταλαμβάνει η επαρχία Λεμεσού με N=172 ασθενείς και ποσοστό 49,9%, ακολουθούμενη από τη Λευκωσία (30,7%) και Πάφο (19,4%). Η κατανομή αυτή (Πίνακας 16), ακολουθεί την κατά αναλογία επιλογή του δείγματος σύμφωνα με τα στοιχεία του 2008 που δόθηκαν από τις μηχανογραφημένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (Στατιστική Υπηρεσία, Υπουργείο Υγείας 2008). Η ερμηνεία γιατί η επαρχία Λευκωσίας, που είναι η μεγαλύτερη σε πληθυσμό, είχε μικρότερο αριθμό επισκεψιμότητας ασθενών στο δημόσιο νοσοκομείο από ότι αναμενόταν (31%, Πίνακας 8), μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη δύο μεγάλων ιδιωτικών καρδιολογικών κέντρων που φαίνεται ότι απορροφούν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών.

Πίνακας 16. Κατανομή δείγματος ασθενών ανά επαρχία (N/%)

Επαρχία	N	%
Λευκωσία	106	30,7
Λεμεσός	172	49,9
Πάφος	67	19,4
Σύνολο	345	100,0%

Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν $73,1 \pm 6,37$ έτη. Το Γράφημα 2 παρουσιάζει την κατανομή των ασθενών ανά ηλικία, σύμφωνα με τρεις ηλικιακές ομάδες του δείγματος. Η επιλογή των ομάδων αυτών έγινε επειδή οι ερευνητές εστίασαν στην πρώτη ομάδα (65-70 ετών) που βρίσκεται κοντά στην αφυπηρέτηση και στην τρίτη (άνω των 80 ετών) επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω του προσδόκιμου επιβίωσης.



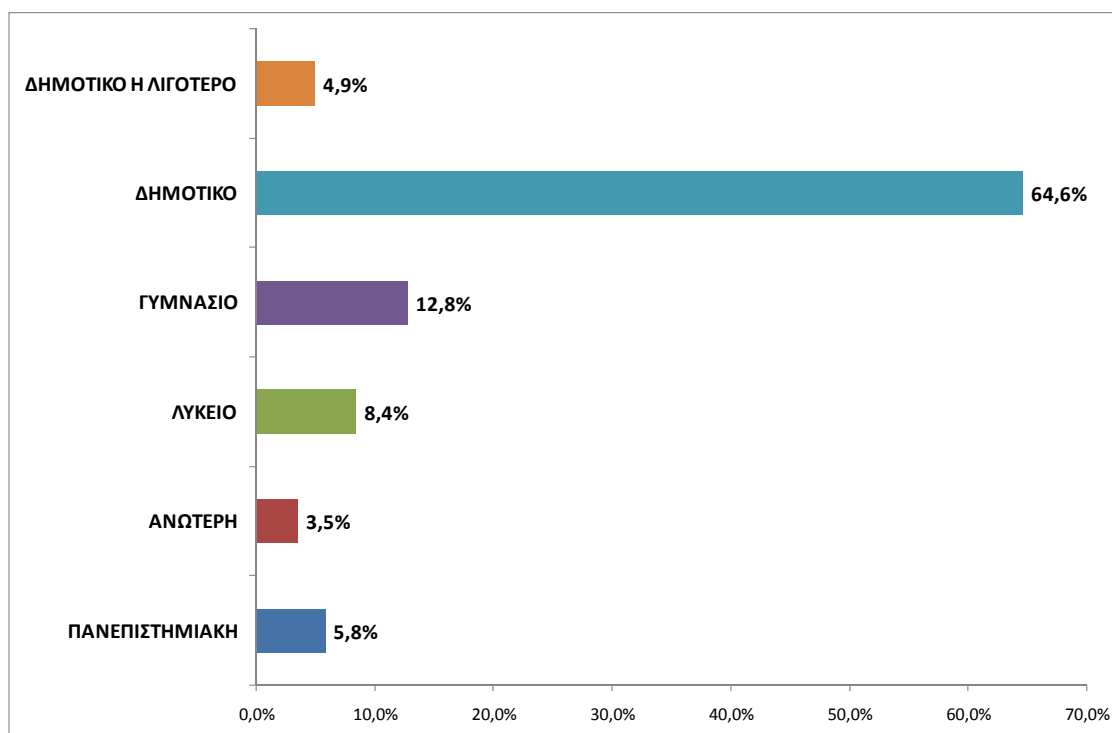
Γράφημα 2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος των ασθενών (%)

Στον Πίνακα 17, παρατίθενται τα δεδομένα που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 81,2% ήταν έγγαμοι, και το άτομο που άμεσα εμπλεκόταν στη φροντίδα τους ήταν ο/η σύζυγος. Το μικρότερο ποσοστό (0,7%) είχαν οι άγαμοι, ακολουθούμενοι από τους διαζευγμένους (1,2%) και τους χήρους/χήρες (17,1%). Στις περιπτώσεις των χωρισμένων και χήρων ασθενών το άμεσα εμπλεκόμενο στη φροντίδα τους άτομο ήταν κάποιο από τα παιδιά τους. Όσον αφορά στους άγαμους, το ρόλο αυτό ανέλαμβανε κάποιος αδελφός ή άλλος στενός συγγενής.

Πίνακας 17. Οικογενειακή κατάσταση ασθενών (N / %)

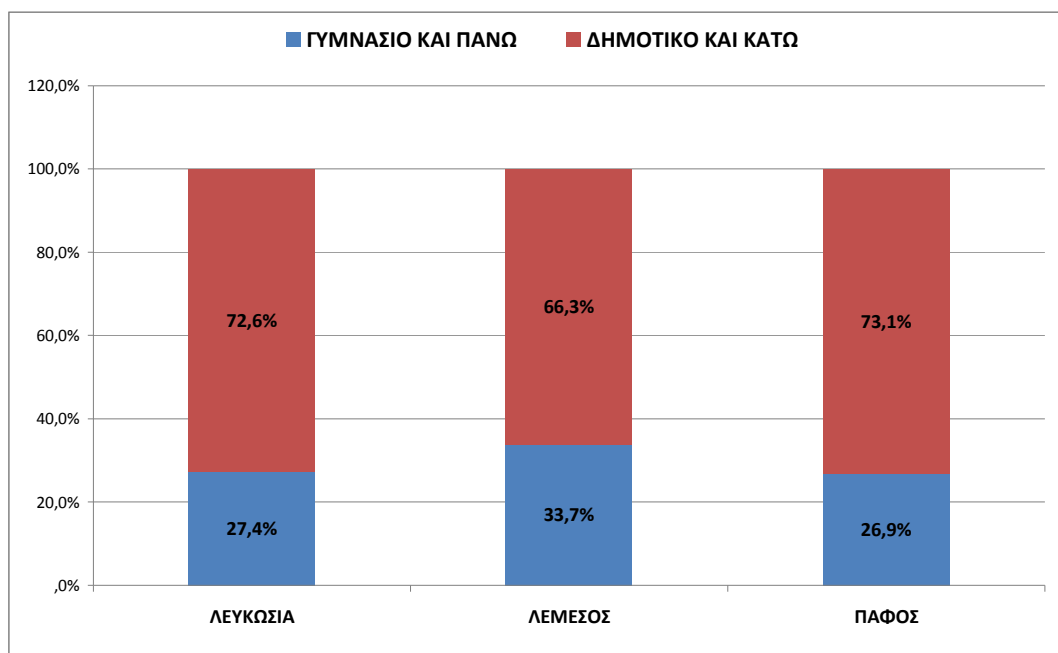
	Αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	280	81,2
Διαζευγμένος/η	4	1,2
Άγαμος/η	2	0,6
Χήρος/α	59	17,0
Σύνολο	345	100,0

Ένα ενδιαφέρον εύρημα αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών που ήταν αρκετά χαμηλό, αφού περίπου οι 7 στους 10 (69,5%), είχαν επίπεδο εκπαίδευσης δημοτικής ή και λιγότερης εκπαίδευσης. Σημειώνεται ότι η υποχρεωτική εκπαίδευση στην Κύπρο καλύπτει και τη γυμνασιακή εκπαίδευση, προϊόν όμως της εκπαιδευτικής πολιτικής των τελευταίων δεκαετιών, που σημαίνει ότι δεν καλύπτει τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες (Νόμος 24(I) 1993:80). Παρόλα αυτά ένα ποσοστό 9,3%, είχε ανώτερη και πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Γράφημα 3), ενώ το υψηλότερο ποσοστό 34,1% της γυμνασιακής και άνω εκπαίδευσης είχε η Λεμεσός (Γράφημα 4).



Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών (%)

Το Γράφημα 4 επιβεβαιώνει σε κάποιο βαθμό την υποψία ότι το δείγμα στη Λευκωσία δεν είναι αντιπροσωπευτικό, αφού άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ίσως να επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα υγείας.



Γράφημα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών ανά επαρχία (%)

Από την τελική διάγνωση των συμμετεχόντων φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς N=185 (53,6%), είχαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ σχεδόν οι μισοί ασθενείς N=175 (54,2%), είχαν υποβληθεί σε κάποια καρδιολογική επέμβαση. Ένας αριθμός N=109 ασθενών (63%), είχαν υποβληθεί σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη και ένας μικρότερος αριθμός N=64 (37%), υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική. Ο Πίνακας 18 συνοψίζει το ιστορικό των νοσημάτων και τις επεμβάσεις.

Πίνακας 18. Ιατρικό ιστορικό ασθενών και επεμβάσεις (N / %)

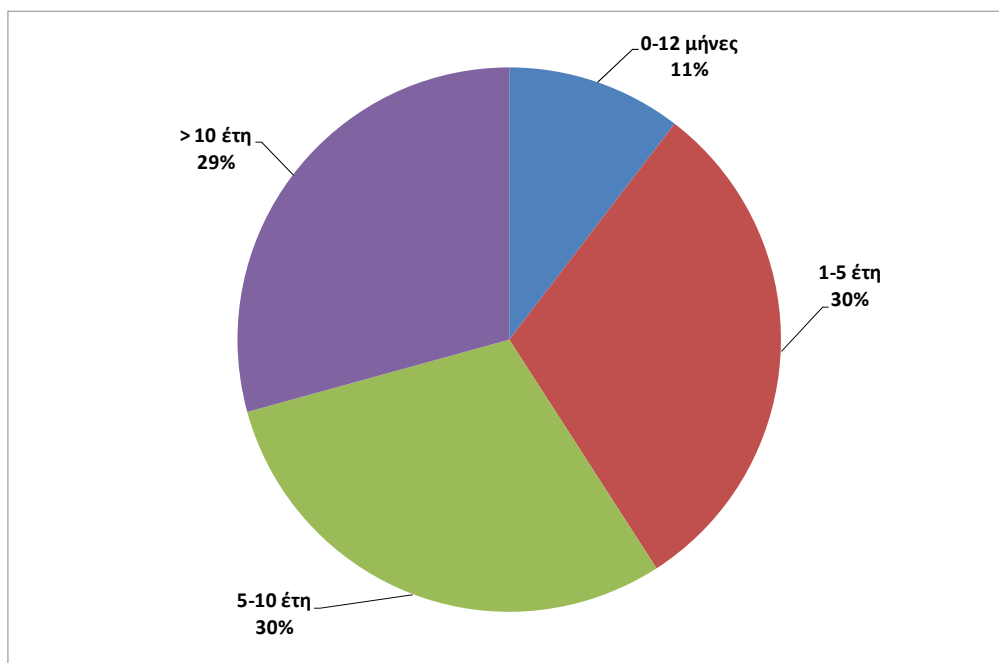
Νόσημα / επέμβαση	ΝΑΙ N (%)	ΌΧΙ N (%)
Έμφραγμα Μυοκαρδίου	185 (53,6%)	160 (46,4%)
Συνοδό νόσημα	206 (59,7%)	139 (40,3%)
Επέμβαση	175 (54,2%)	148 (45,8%)
By Pass	109 (63%)	
PERCUT	64 (37%)	

Επιπλέον, N=206 ασθενείς (59,7%) είχαν ένα ή περισσότερα συνοδά νοσήματα. Τα συχνότερα συνοδά νοσήματα ήταν η υπέρταση με ποσοστό 39,8% και ο Σακχαρώδης διαβήτης με 36,9% (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Συχνότερα συνοδά νοσήματα (N - %)

	Αριθμός ασθενών (N)	Ποσοστό ασθενών (%)	Ποσοστό εμφάνισης νοσήματος (%)
Υπέρταση	82	27,6%	39,8%
Σακχαρώδης Διαβήτης	76	25,6%	36,9%
Άλλο νόσημα	52	17,5%	25,2%
Νοσήματα Μυοσκελετικού	38	12,8%	18,4%
Άλλη καρδιακή νόσος	23	7,7%	11,2%
Υπερλιπιδαιμία	15	5,1%	7,3%
Καρκίνος	11	3,7%	5,3%
	297	100,0%	144,2%

Το Γράφημα 5 που ακολουθεί, δείχνει την κατανομή των ασθενών του δείγματος ως προς το χρόνο παρέλευσης από τη διάγνωση του νοσήματος. Είναι εμφανές ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών, γύρω στο 30%, κατανέμεται στις 3 κατηγορίες από 1-5, 5-10 και >10 ετών, ενώ μόλις το 11% είναι στην κατηγορία από 0-12 μήνες από την έναρξη του καρδιακού νοσήματος.



Γράφημα 5.Κατανομή ασθενών ως προς το χρόνο παρέλευσης από τη διάγνωση (%)

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει την κατηγορία των ατόμων που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (N=339 ασθενείς) με ποσοστό 98,3%, είχαν κάποιο άτομο άμεσα εμπλεκόμενο στη φροντίδα τους. Επιπλέον, το 95,8% των συμμετεχόντων ασθενών είχαν κάποιο συγγενή από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον, όπως συγγενή πρώτου βαθμού, τον/την σύζυγο, ή κάποιο από τα παιδιά τους. Ο ελάχιστος αριθμός ασθενών (N=6) με ποσοστό 1,7% φαίνεται να είχαν κάποιο εμπλεκόμενο άτομο στη φροντίδα τους, που δεν ήταν όμως του άμεσου οικογενειακού τους περιβάλλοντος, όπως γείτονας ή φίλος.

Πίνακας 20. Παρουσία άμεσα εμπλεκόμενου ατόμου στην φροντίδα (N / %)

Άμεσα εμπλεκόμενο άτομο στην φροντίδα	ΝΑΙ N (%)	ΟΧΙ N (%)
	339 (98,3 %)	6 (1,7%)
Σύζυγος	234 (69,0%)	
Παιδιά	91 (26,8%)	
Αδέλφια	5 (1,5%)	
Άλλο (γείτονας, φίλος)	9 (2,7%)	
Σύνολο	339	

4.2. Ποιότητα ζωής (SF-36v2) – αντιλήψεις ασθενών

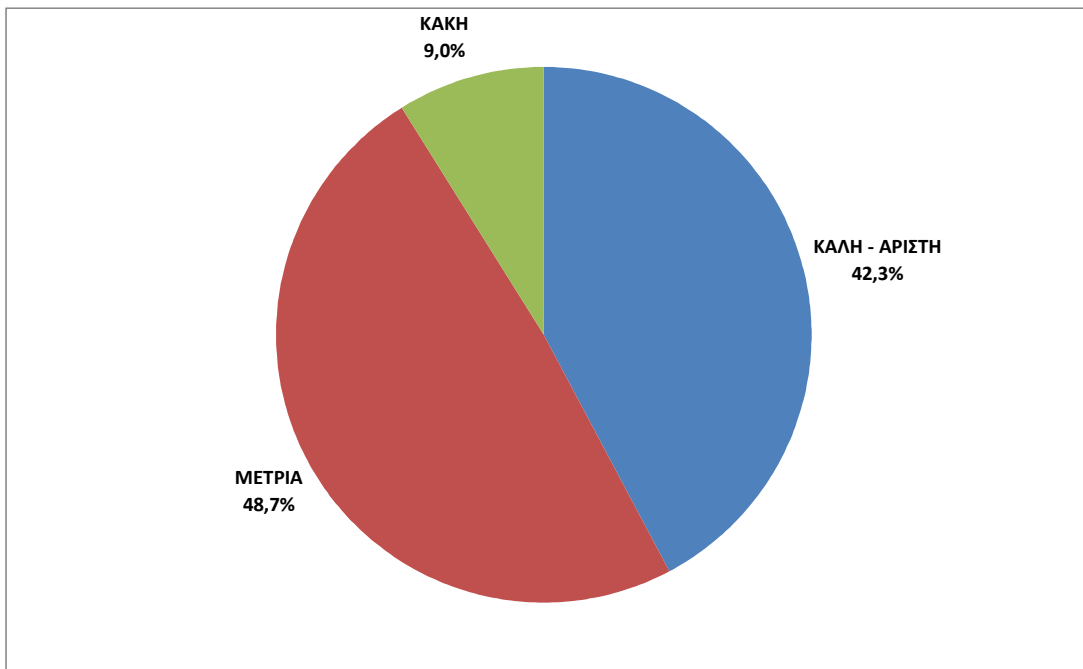
Στη συνέχεια περιγράφεται η ποιότητα ζωής των ασθενών μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ασθενών, όπως καταγράφηκαν με το ερωτηματολόγιο SF-36v2. Η περιγραφή αφορά στις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36v2, στις 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας και στις 2 συνολικές βαθμολογίες για τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία.

4.2.1. Γενική υγεία

Το 42,3% των ασθενών δήλωσε ότι η γενική τους υγεία ήταν καλή έως άριστη, ενώ μόνο το 9,0% δήλωσε ότι ήταν κακή (Πίνακας 21, Γράφημα 6).

Πίνακας 21. Γενική υγεία (N / %)

Ερώτηση 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:		
	N	%
Άριστη	10	2,9
Πολύ καλή	30	8,7
Καλή	106	30,7
Μέτρια	168	48,7
Κακή	31	9,0
Σύνολο	345	100,0



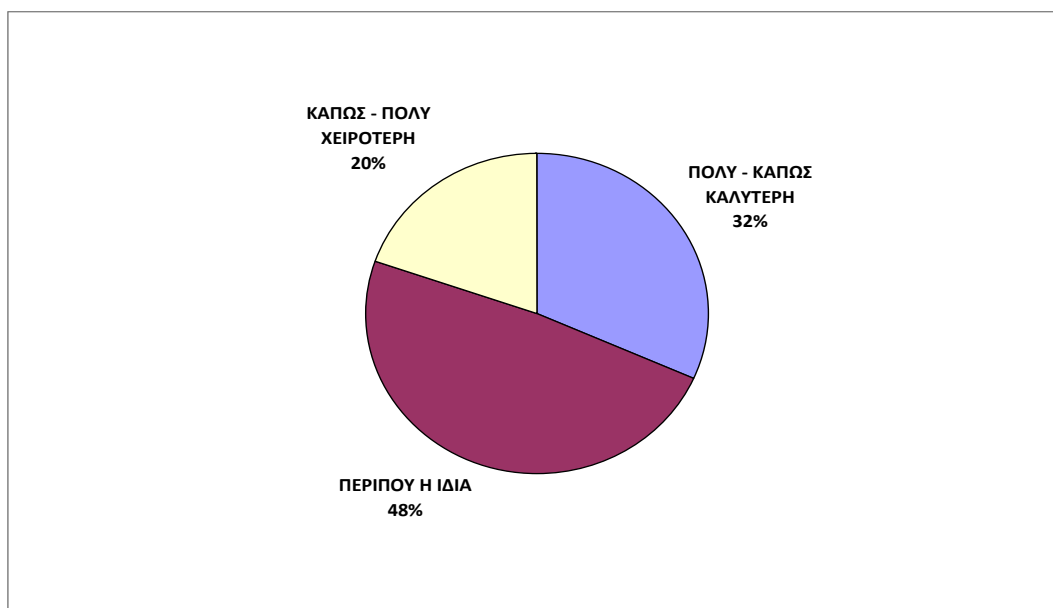
Γράφημα 6. Γενική υγεία

4.2.2. Εξέλιξη γενικής υγείας

Οι μισοί περίπου ασθενείς με ποσοστό 48% δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους ήταν περίπου η ίδια, ενώ το 20% δήλωσαν ότι ήταν κάπως καλύτερα έως πολύ καλύτερα σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν (Πίνακας 22, Γράφημα 7).

Πίνακας 22. Εξέλιξη γενικής υγείας (N / %)

Ερώτηση 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας <u>τόρα</u>:			
	N	%	Άθροιση/Συχνότητα (%)
Πολύ καλύτερη τώρα από ένα χρόνο πριν	13	3,8	3,8
Κάπως καλύτερη	55	15,9	19,7
Περίπου η ίδια	168	48,7	68,4
Κάπως χειρότερη	94	27,3	95,7
Πολύ χειρότερη	15	4,3	100,0
Σύνολο	345	100,0	



Γράφημα 7. Εξέλιξη γενικής υγείας

4.2.3. Σωματική λειτουργικότητα

Από τον Πίνακα 23 που αφορά όλες τις δραστηριότητες μιας συνηθισμένης ημέρας και κατά πόσον αυτές είχαν επηρεαστεί από την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, φάνηκε ότι τα αποτελέσματα ήταν αναμενόμενα αφού το ποσοστό δυσκολίας ήταν ανάλογο με την ένταση της δραστηριότητας. Φαίνεται δηλαδή ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς περιορίζονταν πολύ όσον αφορά στην έντονη δραστηριότητα με ποσοστό 60,3%, στο περπάτημα >1 km με ποσοστό 53,9% και όταν ανέβαιναν σειρές από σκαλοπάτια με ποσοστό 51,6%. Αντίθετα, όσον αφορά στις λιγότερο κοπιαστικές δραστηριότητες φαίνεται ότι αυξάνεται ο αριθμός των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι δεν περιορίζονταν καθόλου. Όπως για παράδειγμα, το περπάτημα 100 μέτρων δεν επηρέασε καθόλου τους συμμετέχοντες με ποσοστό 50,7% και το μάνιο/ένδυση με ποσοστό 68,4%. Επιπλέον, όσον αφορά στη μεταφορά αγαθών από την αγορά και το γονάτισμα ή σκύψιμο, σχεδόν τα 2/3 των ασθενών με ποσοστό 70,7% και 68,7% αντίστοιχα, δήλωσαν ότι δεν επηρεάστηκαν καθόλου.

Πίνακας 23. Σωματική λειτουργικότητα N=345 (%)

Ερώτηση 3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;</u>			
Συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες	ΝΑΙ Με περιορίζει πολύ (%)	ΝΑΙ Με περιορίζει λίγο (%)	ΟΧΙ Δεν με περιορίζει καθόλου (%)
Έντονη δραστηριότητα	60,3	26,4	13,3
Μέτρια δραστηριότητα	35,4	37,1	27,5
Μεταφορά αγαθών από αγορά	29,3	33,3	37,4
Ανέβασμα σειρών σκαλοπάτια	51,6	31,6	16,8
Ανέβασμα μιας σειράς σκαλοπάτια	31,9	36,2	31,6
Γονάτισμα/Σκύψιμο	31,3	34,2	34,5
Περπάτημα > 1 km	53,9	21,2	24,9
Περπάτημα μερικών 100δων μέτρων	35,7	27,2	37,1
Περπάτημα 100 μέτρων	24,1	25,2	50,7
Μπάνιο/ένδυση	7,5	24,1	68,4

4.2.4. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας

Από τον Πίνακα 24, φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες με ποσοστό από 51-58,6%, υποστήριξαν ότι κατέβαλαν μικρή προσπάθεια για τη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων από μερικές φορές έως καθόλου.

Πίνακας 24. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας, N=345 (%)

Ερώτηση 4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;					
Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	22,0	19,4	19,4	12,2	27,0
Καταφέρατε λιγότερα	20,3	24,3	18,3	14,2	22,9
Περιορίσατε το είδος της Δουλειάς ή Δραστηριοτήτων	22,9	24,9	14,5	15,7	22,0
Δυσκολία διεκπεραίωσης Δραστηριοτήτων	22,9	25,5	14,8	12,8	24,1

4.2.5. Ρόλος συναισθηματικός

Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τον Πίνακα 25, είναι ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ποσοστό από 58,0-59,5%, δήλωσαν ότι είχαν ελάχιστα μειώσει το χρόνο που αφιέρωναν στην εργασία ή τις καθημερινές τους δραστηριότητες εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων με δηλώσεις όπως: μερικές φορές, λίγες ή καθόλου.

Πίνακας 25. Ρόλος συναισθηματικός, N=345 (%)

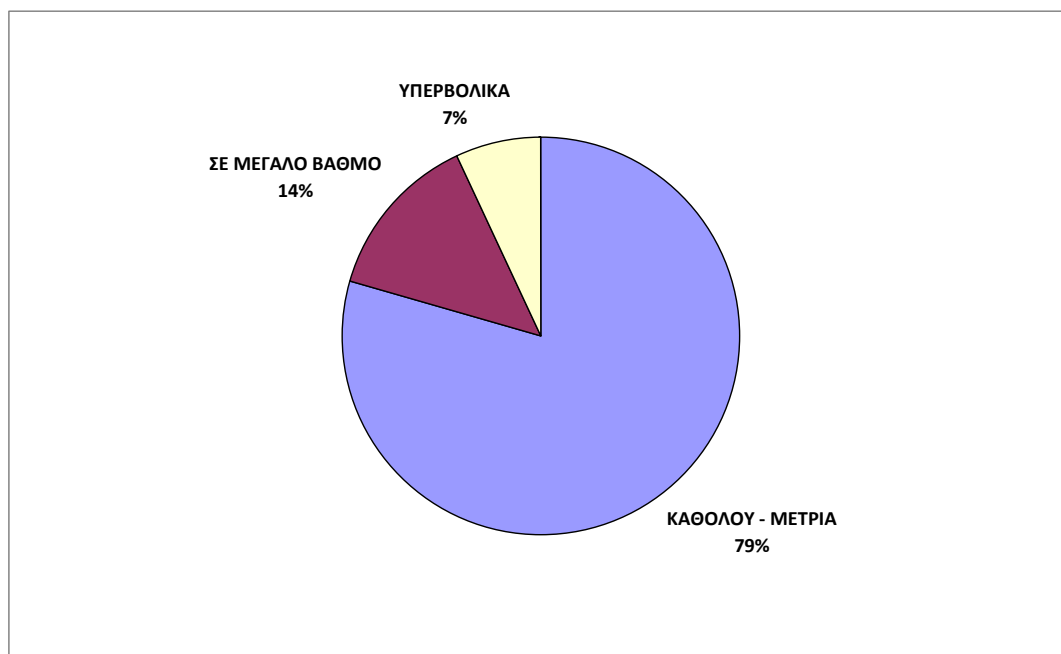
Ερώτηση 5. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες <u>ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος</u> (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);					
Ρόλος συναισθηματικός	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	20,0	22,0	18,3	11,6	28,1
Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	20,3	20,3	18,3	14,8	26,4
Κάνατε τη δουλειά λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως	21,2	20,9	17,7	11,9	28,4

4.2.6. Κοινωνική λειτουργικότητα

Είναι εμφανές από τον Πίνακα 26 και το Γράφημα 8, ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών με ποσοστό 79% δήλωσε ότι δεν είχαν επηρεαστεί οι κοινωνικές τους δραστηριότητες με δηλώσεις όπως: μέτρια, λίγο ή καθόλου, ενώ μόλις το 7% υποστήριξε ότι τις είχαν επηρεάσει υπερβολικά.

Πίνακας 26. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %)

Ερώτηση 6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;		
Κοινωνική λειτουργικότητα	N	%
Καθόλου	132	38.3
Ελάχιστα	60	17.4
Μέτρια	82	23.8
Σε Μεγάλο Βαθμό	47	13.6
Υπερβολικά	24	7.0
Σύνολο	345	100.0



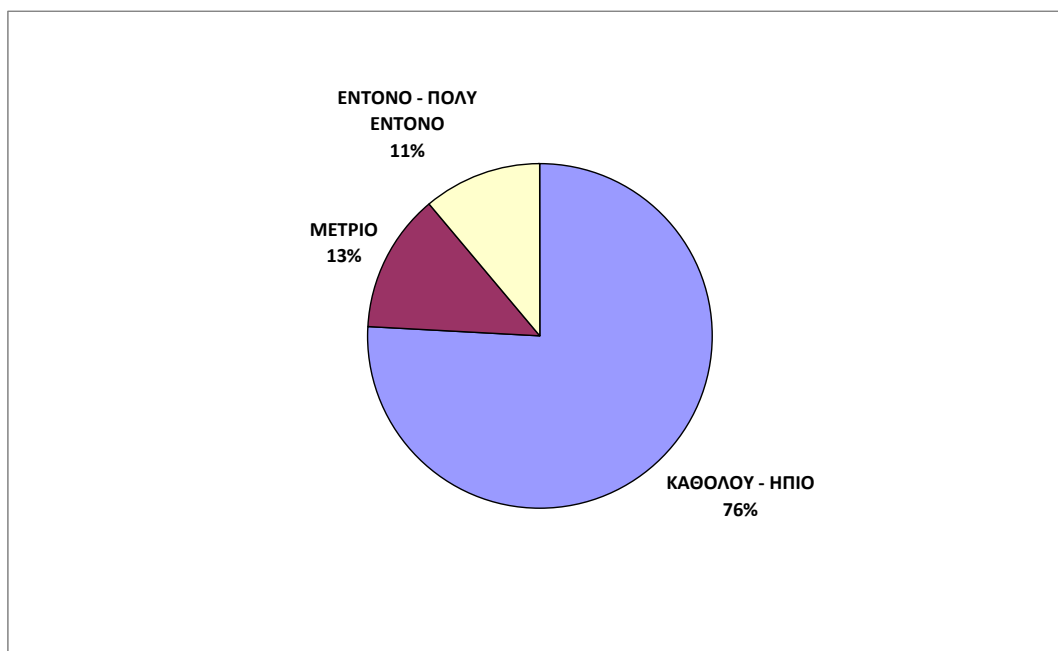
Γράφημα 8. Κοινωνική λειτουργικότητα

4.2.7. Ένταση σωματικού πόνου

Από τον Πίνακα 27 και το Γράφημα 9, φαίνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών με ποσοστό 76% δήλωσε ότι ένιωσε ήπιο έως καθόλου πόνο, ενώ μόλις το 3,9% υποστήριξε ότι ένιωσε πολύ έντονο πόνο.

Πίνακας 27. Ένταση σωματικού πόνου (N / %)

Ερώτηση 7. Πόσο <u>σωματικό πόνο</u> νιώσατε τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> ;		
Σωματικός πόνος	N	%
Καθόλου	177	51.3
Πολύ ήπιο	55	15.9
Ήπιο	30	8.7
Μέτριο	45	13.0
Έντονο	25	7.2
Πολύ έντονο	13	3.9
Σύνολο	345	100.0



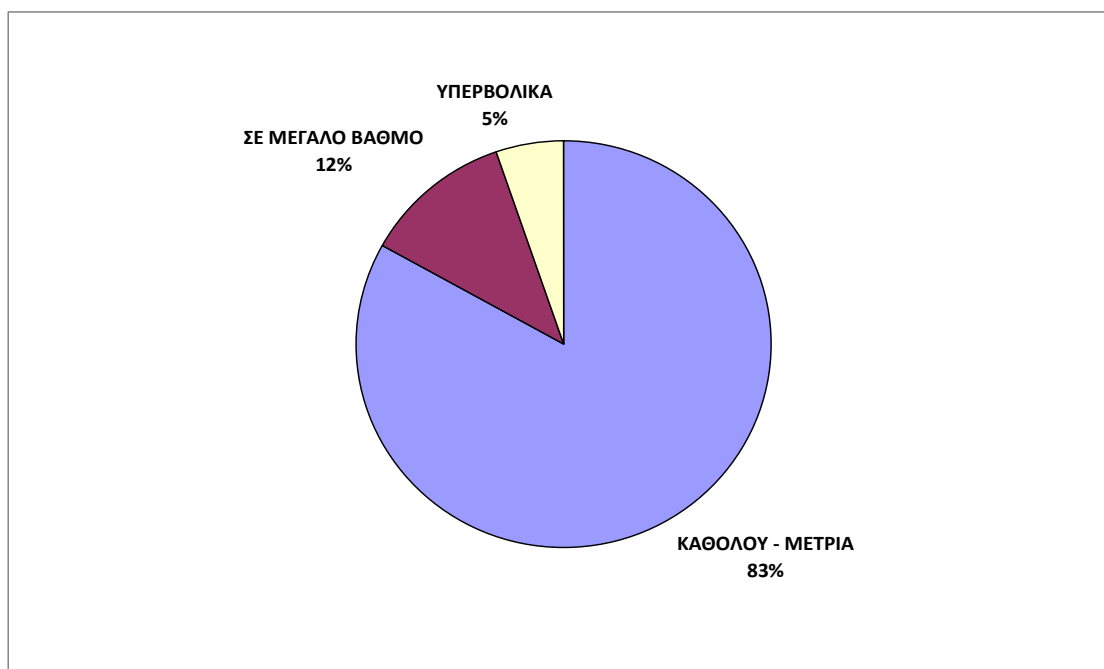
Γράφημα 9. Ένταση σωματικού πόνου

4.2.8. Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία

Η πλειονότητα με ποσοστό 83% των συμμετεχόντων ασθενών δήλωσε ότι ο πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη τους εργασία τόσο έξω όσο και μέσα στο σπίτι από μέτρια έως καθόλου, ενώ μόλις το 5% υποστήριξε ότι την είχε επηρεάσει υπερβολικά (Πίνακας 28 και Γράφημα 10).

Πίνακας 28. Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία (N / %)

Ερώτηση 8. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</u>		
Σωματικός πόνος	N	%
Καθόλου	194	56.2
Λίγη	61	17.7
Μέτρια	38	11.0
Σε μεγάλο βαθμό	36	10.4
Υπερβολική	16	4.7
Σύνολο	345	100.0



Γράφημα 10. Επίδραση του σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία

4.2.9. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία

Από τον Πίνακα 29, φαίνεται ότι τόσο η ψυχική υγεία όσο και η ζωτικότητα των συμμετεχόντων, διατηρήθηκε σε αρκετά καλά επίπεδα με τους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς να δηλώνουν αυξημένη ζωτικότητα και να είναι συναισθηματικά καλά.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην παράμετρο της ζωτικότητας φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό από 63,2–65,8% των συμμετεχόντων αισθάνονταν από μερικές φορές έως συνεχώς ζωντάνια, και ενεργητικότητα ενώ μόλις το 13,0-18,0% δήλωσαν ότι δεν αισθάνονταν καθόλου ζωντάνια.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία, η πλειονότητα των συμμετεχόντων με ποσοστό 73,3%-75,9% δήλωσε ότι αισθάνονταν εκνευρισμό από μερικές φορές έως καθόλου, ενώ μόλις το 7,0-9,9% υποστήριξαν ότι αισθάνονταν συνεχώς εκνευρισμό και ήταν «πεσμένοι» ψυχολογικά. Επιπλέον, το 60,0% των ασθενών δήλωσαν ότι τις περισσότερες φορές ή συνεχώς αισθάνονταν ευτυχισμένοι, ενώ μόλις το 6,1% υποστήριξαν ότι δεν αισθάνονταν καθόλου ευτυχισμένοι.

Πίνακας 29. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία, N=345 (%)

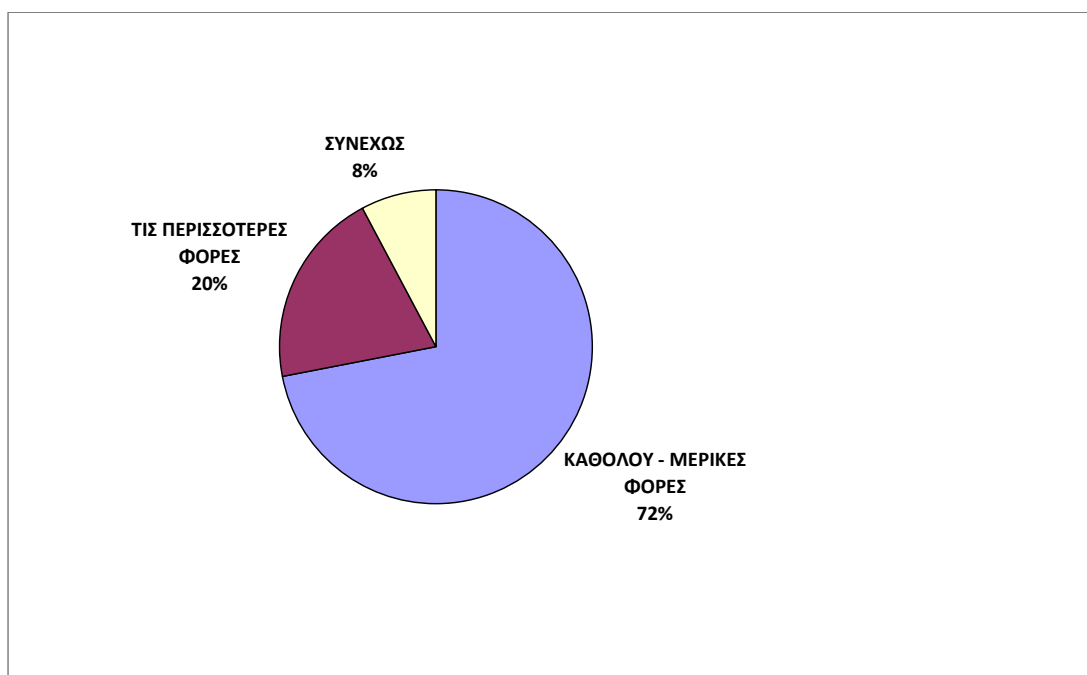
Ερώτηση 9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, για πόσο χρονικό διάστημα.....					
Ζωτικότητα και ψυχική υγεία	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Αισθανόσασταν γεμάτος ζωντάνια	11,0	26,4	28,4	20,3	13,9
Είχατε πολύ εκνευρισμό	9,9	14,2	16,5	31,0	28,4
Αισθανόσασταν τόσο πεσμένος ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	7,0	18,3	15,4	27,0	32,5
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη	18,8	31,0	23,5	15,0	10,7
Είχατε πολλή ενεργητικότητα	11,3	27,5	24,3	18,8	18,0
Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία	8,1	18,6	21,4	26,7	25,2
Αισθανόσασταν εξάντληση	12,2	21,4	21,2	23,5	21,7
Ήσασταν ευτυχισμένος	21,7	38,3	20,3	13,6	6,1
Αισθανόσασταν κούραση	16,2	21,7	21,2	24,3	16,5

4.2.10. Κοινωνική λειτουργικότητα

Ένα ποσοστό 72% των ασθενών δήλωσε ότι οι κοινωνικές τους δραστηριότητες εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους, είχαν επηρεαστεί από μερικές φορές έως καθόλου ενώ το 8% ότι επηρεάζονταν συνεχώς (Πίνακας 30, Γράφημα 11).

Πίνακας 30. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %)

Ερώτηση 10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της <u>σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;</u>		
Κοινωνική λειτουργικότητα	N	%
Συνεχώς	27	7.8
Τις περισσότερες φορές	70	20.3
Μερικές φορές	66	19.1
Λίγες φορές	69	20.0
Καθόλου	113	32.8
Σύνολο	345	100.0



Γράφημα 11. Κοινωνική λειτουργικότητα

4.2.11. Γενική υγεία

Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (55,2%), σύμφωνα με τον Πίνακα 31, δήλωσε ότι θεωρούσαν τις περισσότερες φορές «ψέμα» έως «εντελώς ψέμα» ότι αρρώστειαν λίγο ευκολότερα από άλλους, ενώ το 10,7% δήλωσαν ότι ήταν «εντελώς αλήθεια». Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με ποσοστό 48,1%, δήλωσαν ότι θεωρούσαν τις περισσότερες φορές «αλήθεια» έως «εντελώς αλήθεια» ότι ήταν τόσο υγιείς όσο οι γνωστοί τους, ενώ το 13,9% δήλωσαν ότι αυτό ήταν «εντελώς ψέμα».

Το ¼ των ασθενών με ποσοστό 25,5% δήλωσαν ότι θεωρούσαν τις περισσότερες φορές «ψέμα» έως «εντελώς ψέμα» ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει, ενώ το 11,0% δήλωσαν ότι αυτό ήταν «εντελώς αλήθεια». Σημαντικό επίσης θεωρείται το 43,5% των συμμετεχόντων που δήλωσε ότι δεν γνώριζε αν η υγεία τους θα χειροτέρευε. Επιπρόσθετα, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες με ποσοστό 45,2% δήλωσαν ότι θεωρούσαν τις περισσότερες φορές «αλήθεια» έως «εντελώς αλήθεια» ότι η υγεία τους ήταν εξαιρετική, ενώ το 15,4% δήλωσαν ότι αυτό ήταν «εντελώς ψέμα». Γενικά, φαίνεται ότι η πλειονότητα των ασθενών θεώρησε ότι ήταν υγιείς και σε πολύ καλό επίπεδο.

Πίνακας 31. Γενική υγεία, ποσοστό (%)

Ερώτηση 11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;					
Γενική υγεία	Εντελώς αλήθεια (%)	Τις περισσότερες φορές αλήθεια (%)	Δεν ξέρω (%)	Τις περισσότερες φορές ψέμα (%)	Εντελώς ψέμα (%)
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους	10,7	22,3	10,7	22,6	33,6
Είμαι υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	14,5	33,6	16,8	21,2	13,9
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	11,9	19,1	43,5	14,5	11,0
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	12,2	33,0	11,0	28,4	15,4

4.2.12. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας

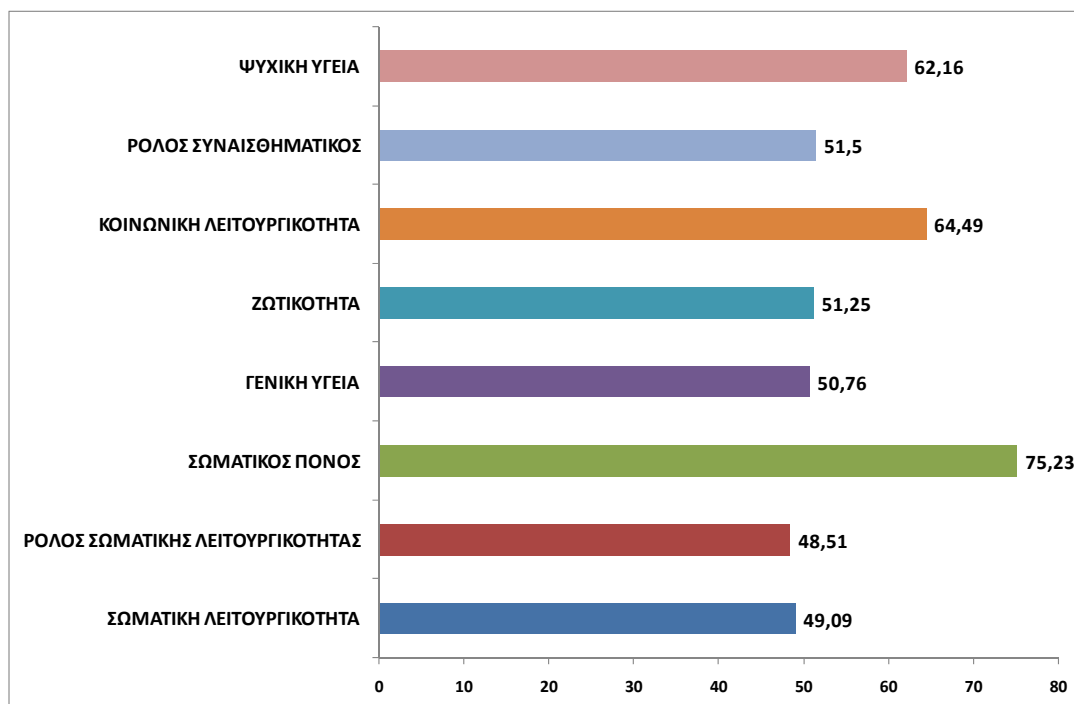
Είναι εμφανές από τον Πίνακα 32 και το Γράφημα 12, ότι το επίπεδο ΠΖ των ασθενών ήταν μέσα στα όρια των «φυσιολογικών» τιμών σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, σε τρεις διαστάσεις που αφορούσαν στο σωματικό πόνο, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία, οι ασθενείς δήλωσαν πολύ υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής με μέσες τιμές MT=75,23, MT=64,49 και MT=62,16, αντίστοιχα, που σημαίνει ότι η ποιότητα ζωής τους στις συγκεκριμένες διαστάσεις υγείας ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Πίνακας 32. Ποιότητα ζωής και οι 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας (N=345)

Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	49,09	31,24	1,68
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,51	35,47	1,91
Σωματικός Πόνος	75,23	30,22	1,62
Γενική Υγεία	50,76	22,59	1,21
Ζωτικότητα	51,25	26,39	1,42
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,49	30,02	1,61
Συναισθηματικός Ρόλος	51,50	36,64	1,97
Ψυχική Υγεία	62,16	25,39	1,37

Πολύ υψηλή ΠΖ εμφανίζεται για τις διαστάσεις του σωματικού πόνου (75,23), την κοινωνική λειτουργικότητα (64,49) και την ψυχική υγεία (62,16), ενώ αρκετά χαμηλότερη για τη σωματική λειτουργικότητα (49,09), τη γενική υγεία (50,76), την ζωτικότητα (51,25) και τον συναισθηματικό ρόλο (51,50)..

Επειδή δεν υπάρχουν τυποποιημένες τιμές και νόρμες για τον Ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζονται στη συνέχεια για σκοπούς σύγκρισης τα αποτελέσματα δύο μελετών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο SF-36 στον γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα και μίας στην Τουρκία, στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών (Πίνακας 33) (Pappa et al. 2005, Demiral et al. 2006, Τούντας και συν. 2007).



Γράφημα 12. Ποιότητα ζωής και οι 8 επιμέρους διαστάσεις υγείας (Μέση τιμή)

Πίνακας 33. Ποιότητα Ζωής >65 ετών (σύγκριση παρούσας μελέτης με τις αντίστοιχες ηλικίες στο γενικό πληθυσμό Ελλάδας και Τουρκίας)

Επιμέρους Διαστάσεις Υγείας	Παρούσα Μελέτη	Hellas Health	Έρευνα Ελληνικού SF-36	Τουρκικός Πληθυσμός
Σωματική Λειτουργικότητα	49,09	56,65	55,5	56,3
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,51	54,80	56,0	64,0
Σωματικός Πόνος	75,23	62,03	60,69	70,3
Γενική Υγεία	50,76	53,93	48,4	62,8
Ζωτικότητα	51,25	52,77	52,71	60,9
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,49	66,69	64,31	83,7
Συναισθηματικός Ρόλος	51,50	66,96	69,35	86,5
Ψυχική Υγεία	62,16	60,73	60,63	72,0

Πηγή: Τούντας, και συν., 2007, Pappa, et al., 2005, Demiral, et al., 2006.

Από τη σύγκριση στον Πίνακα 33, φαίνεται ότι οι τιμές για τις επιμέρους διαστάσεις είναι ελαφρά χαμηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού, γεγονός που είναι φυσιολογικό, αφού το δείγμα της παρούσας έρευνας αφορά σε ομάδα ασθενών με σοβαρό νόσημα. Πολύ χαμηλότερη ποιότητα ζωής εμφανίζεται για τη διάσταση του συναισθηματικού ρόλου (MT=51,50 vs 66,96 και 69,35) και πολύ υψηλότερη για το σωματικό πόνο (MT=72,23 vs 62,03 και 60,69)

Από τα αποτελεσμάτα των μελετών στον Ελληνικό πληθυσμό για τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, φαίνεται ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής των Ελλήνων είναι χαμηλότερο από τον Τουρκικό πληθυσμό σε όλες τις διαστάσεις υγείας.

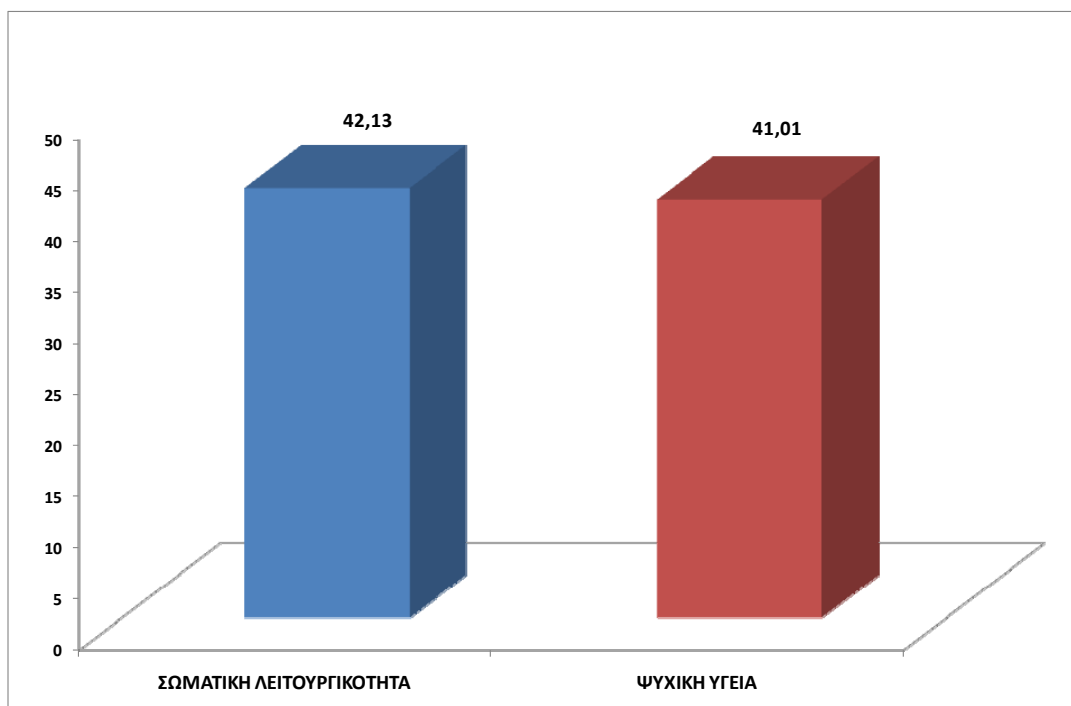
Όσον αφορά στα ευρήματα της παρούσας μελέτης στον Κυπριακό πληθυσμό, ήταν σαφώς σε χαμηλότερο επίπεδο της ποιότητας ζωής από εκείνα του υγιή Ελληνικού και Τουρκικού πληθυσμού στην ίδια ηλικιακή ομάδα, σε όλες τις διαστάσεις υγείας, ιδιαίτερα στη σωματική λειτουργικότητα και το ρόλο σωματικής λειτουργικότητας. Επιπλέον, σε σχέση με τη διάσταση στο σωματικό πόνο οι Κύπριοι ασθενείς με ΣΝ ήταν σε καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής από τον αντίστοιχο υγιή Ελληνικό πληθυσμό, ενώ στην ψυχική υγεία παρέμειναν σε χαμηλότερο επίπεδο από τον αντίστοιχο Τούρκο, αλλά στο ίδιο επίπεδο με τον Ελληνικό πληθυσμό.

4.2.13. Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία

Ο Πίνακας 34 και το Γράφημα 13, δείχνουν τη βαθμολογία των ασθενών για τις δύο συνολικές διαστάσεις της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Πίνακας 34. Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία (N=345)

Συνολικές Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	42,13	10,52	10,52
Ψυχική Υγεία	41,01	14,31	14,31



Γράφημα 13. Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία (Μέση τιμή)

Σύμφωνα με τους ερευνητές/δημιουργούς του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε μέση τιμή, εμπίπτει στη διακύμανση από $MT=47-53$ της συνολικής βαθμολόγησης μιας ομάδας πληθυσμού, στις δύο συνολικές βαθμολογίες για τη φυσική και ψυχική υγεία, ερμηνεύεται ως φυσιολογική. Όταν μια ομάδα έχει μικρότερη μέση τιμή από <47 , αυτό σημαίνει ότι έχει επηρεαστεί η ανάλογη λειτουργικότητα. ορίων, αφού ενδεικτικά βρίσκονται σε καλύτερο επίπεδο. Υπενθυμίζεται ότι το όριο αυτό, σύμφωνα πάντα με τους ίδιους ερευνητές είναι ακόμα χαμηλότερο όταν ληφθεί υπόψη η ηλικία (Ware, Kosinski and Dewey 2000).

Με βάση τα παραπάνω, η μέση τιμή 42,13 για τη σωματική και 41,01 για την ψυχική διάσταση δείχνουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι οι παραπάνω τιμές εφόσον δεν υπήρχαν νόρμες για τον ελληνικό πληθυσμό, υπολογίστηκαν με βάση τον αλγόριθμο του Αμερικάνικου πληθυσμού και για αυτό τα συμπεράσματα θα πρέπει να ληφθούν με κάθε επιφύλαξη.

4.3. Ποιότητα ζωής ασθενών (SF-36v2) – αντιλήψεις των άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών)

Στη συνέχεια περιγράφεται η ποιότητα ζωής των ασθενών μέσα από τις αντιλήψεις των συγγενών τους, που στην προκειμένη περίπτωση με ποσοστό 97,3% ήταν άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα περιγραφικά στοιχεία το 69% αφορούσε στους συζύγους, το 26,8% στα παιδιά και το 1,5% στα αδέρφια τους. Ενώ το υπόλοιπο 2,7% δεν ήταν άτομα του στενού τους οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά φίλοι ή γείτονες. Η περιγραφή αφορά στις τριάντα έξι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36v2, τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας και τις δύο συνολικές βαθμολογίες για τη φυσική/σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων ατόμων στη φροντίδα των ασθενών ήταν N=339, αφού 6 από τους 345 δεν έγινε κατορθωτό να προσεγγιστούν για τη συλλογή δεδομένων.

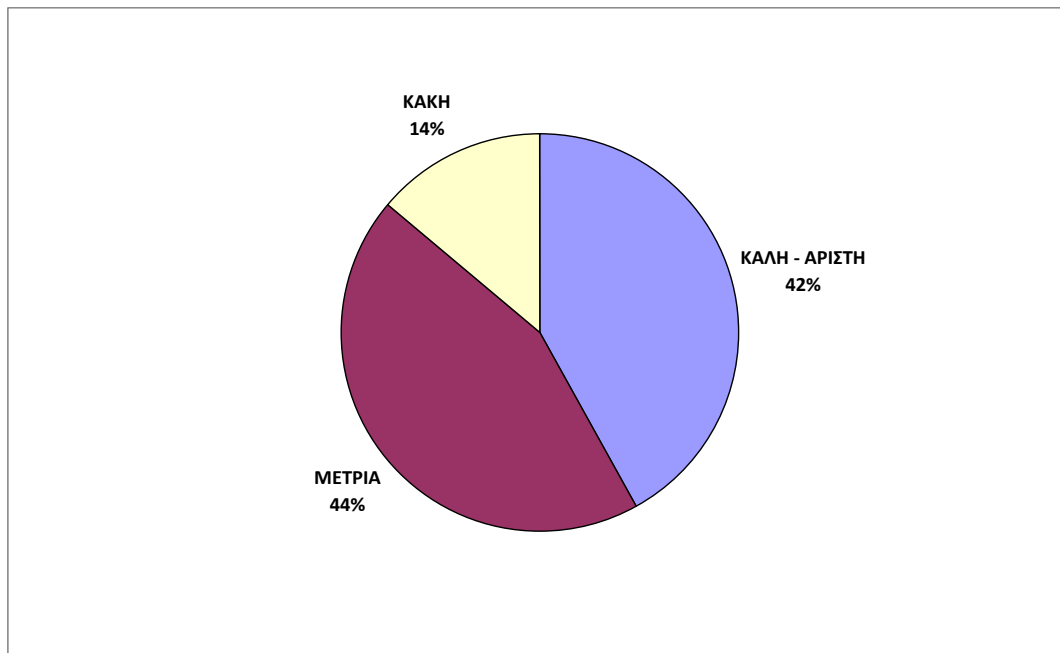
Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι συγγενείς απάντησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο ωσάν να ήταν στη θέση των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο και στη συνέχεια, στη περιγραφή των αποτελεσμάτων για τους συγγενείς, οι ερωτήσεις εμφανίζονται στο δεύτερο πρόσωπο.

4.3.1. Γενική υγεία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 35 και το Γράφημα 14, ένα ποσοστό του 42% των συγγενών, δήλωσε ότι η γενική υγεία των ασθενών ήταν από καλή έως άριστη, ενώ μόλις το 14% δήλωσε ότι ήταν κακή.

Πίνακας 35. Γενική υγεία (N / %)

Ερώτηση 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:		
Γενική Υγεία	N	%
Άριστη	8	2,4
Πολύ Καλή	33	9,7
Καλή	101	29,8
Μέτρια	150	44,2
Κακή	47	13,9
Σύνολο	339	100,0



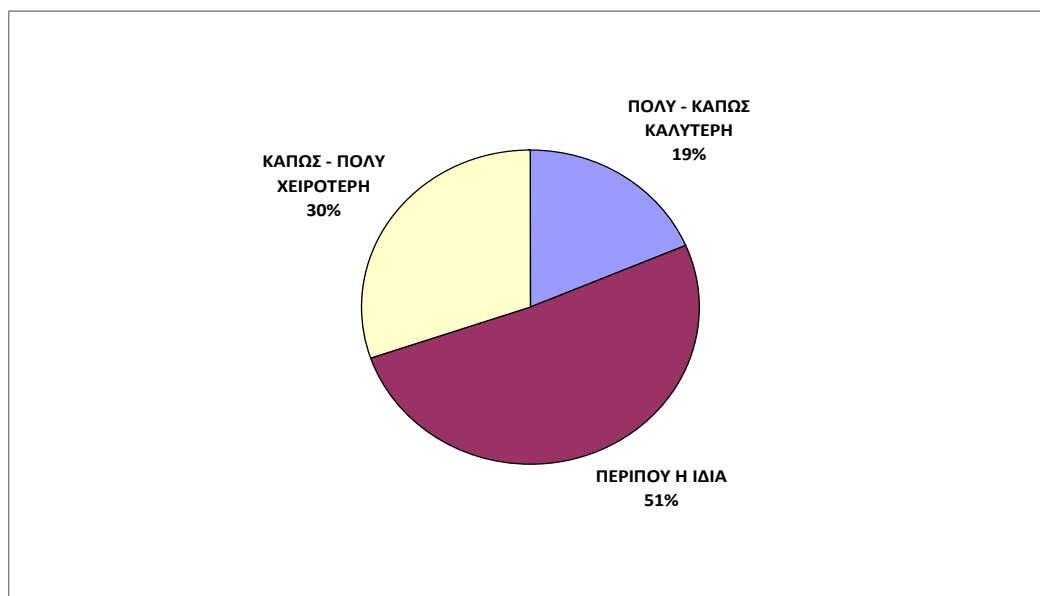
Γράφημα 14. Γενική υγεία

4.3.2. Εξέλιξη Γενικής Υγείας

Από τον Πίνακα 36 και το Γράφημα 15, φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί από τους συγγενείς, με ποσοστό 51%, δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών, ήταν περίπου η ίδια, ενώ μόνο το 19% δήλωσαν ότι ήταν κάπως καλύτερα έως πολύ καλύτερα σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν.

Πίνακας 36. Εξέλιξη γενικής υγείας (N / %)

Ερώτηση 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας <u>τόρα</u>;		
Εξέλιξη γενικής υγείας	N	%
Πολύ καλύτερη τώρα από ένα χρόνο πριν	18	5.3
Κάπως καλύτερη	45	13.3
Περίπου η ίδια	173	51.0
Κάπως χειρότερη	81	23.9
Πολύ χειρότερη	22	6.5
Σύνολο	339	100.0



Γράφημα 15. Εξέλιξη γενικής υγείας

4.3.3. Σωματική λειτουργικότητα

Σύμφωνα με τον Πίνακα 37, οι συγγενείς δήλωσαν ότι η σωματική λειτουργικότητα των ασθενών περιορίζεται πολύ σε σχέση με την έντονη δραστηριότητα όπως, το περπάτημα >1km και

το ανέβασμα σειρών από σκαλοπάτια με ποσοστό 64,9%, 50,7% και 48,4%, αντίστοιχα. Σημαντική επίσης παρατήρηση είναι ότι τα 2/3 σχεδόν των συγγενών με ποσοστό 72,3%, δήλωσαν ότι η σωματική λειτουργικότητα των ασθενών είχε επηρεαστεί από λίγο έως καθόλου όσον αφορά στη μεταφορά αγαθών από την αγορά. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι επτά στους δέκα συγγενείς με ποσοστό 68,5%, δήλωσαν ότι το γονάτισμα ή σκύψιμο δεν περιόριζε τους ασθενείς με χαρακτηριστικές δηλώσεις όπως: λίγο ή καθόλου.

Πίνακας 37. Σωματική λειτουργικότητα, N=339, (%)

Ερώτηση 3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει</u> σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;			
Σωματική λειτουργικότητα	ΝΑΙ Με περιορίζει πολύ (%)	ΝΑΙ Με περιορίζει λίγο (%)	ΟΧΙ Δεν με περιορίζει καθόλου (%)
Έντονη δραστηριότητα	64,9	21,8	13,3
Μέτρια δραστηριότητα	38,1	37,4	24,5
Μεταφορά αγαθών από αγορά	27,7	29,2	43,1
Ανέβασμα σειρών σκαλοπάτια	48,4	28,9	22,7
Ανέβασμα μιας σειράς σκαλοπάτια	31,0	39,5	29,5
Γονάτισμα/Σκύψιμο	31,5	36,3	32,2
Περπάτημα > 1 km	50,6	22,4	26,8
Περπάτημα μερικών 100δων μέτρων	35,7	27,7	36,6
Περπάτημα 100 μέτρων	23,3	31,3	45,4
Μπάνιο/ένδυση	8,6	23,0	68,4

4.3.4. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας

Μια γενική παρατήρηση σύμφωνα με τον Πίνακα 38, που αφορά στο ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας των συμμετεχόντων ασθενών όπως εκφράστηκε μέσα από τις αντιλήψεις των

συγγενών τους, ήταν ότι περισσότεροι από τους μισούς ή σε ποσοστό από 58,1-61,9%, δήλωσαν ότι οι ασθενείς είχαν περιορίσει τις καθημερινές δραστηριότητές τους από μερικές φορές έως καθόλου. Δηλαδή, η πλειονότητα των συμμετεχόντων συγγενών υποστήριξε ότι η κατάσταση υγείας των ασθενών επηρέασε ελαφρώς τις δραστηριότητές τους. Συστηματικά, οι συγγενείς δηλώνουν ότι η κατάσταση της σωματικής υγείας, επηρέασε κάπως λιγότερο τους ασθενείς σε σχέση με το τι δηλώνουν οι ίδιοι.

Πίνακας 38. Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας, N=339 (%)

Ερώτηση 4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;					
Ρόλος σωματικής λειτουργικότητας	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	16,8	22,7	13,6	17,1	29,8
Καταφέρατε λιγότερα	18,9	23,0	13,3	16,5	28,3
Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή δραστηριοτήτων	20,1	21,3	13,6	16,6	28,4
Δυσκολία διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων	18,0	23,0	14,5	17,1	27,4

4.3.5. Ρόλος Συναισθηματικός

Από τον Πίνακα 39 και τις δηλώσεις των συγγενών, φαίνεται ότι περισσότεροι από τους μισούς με 59,3%-61,9%, δήλωσαν ότι ο χρόνος που οι ασθενείς αφιέρωναν στη δουλειά ή τις καθημερινές τους δραστηριότητες εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, μειώθηκε ελάχιστα με δηλώσεις όπως: μερικές φορές, λίγες ή καθόλου.

Σημειώνεται επίσης ότι ένα μικρό ποσοστό από 16,8-17,4% των συμμετεχόντων συγγενών, θεώρησαν ότι οι ασθενείς μείωσαν σημαντικά τις δραστηριότητές τους, εξαιτίας των συναισθηματικών τους προβλημάτων.

Το ίδιο κι' εδώ, οι συγγενείς έχουν καλύτερη εντύπωση απ' ότι οι ίδιοι οι ασθενείς, θεωρώντας ότι ο χρόνος που αφιέρωναν στις καθημερινές τους δραστηριότητες μειώθηκε ελάχιστα.

Πίνακας 39. Ρόλος Συναισθηματικός, N=339 (%)

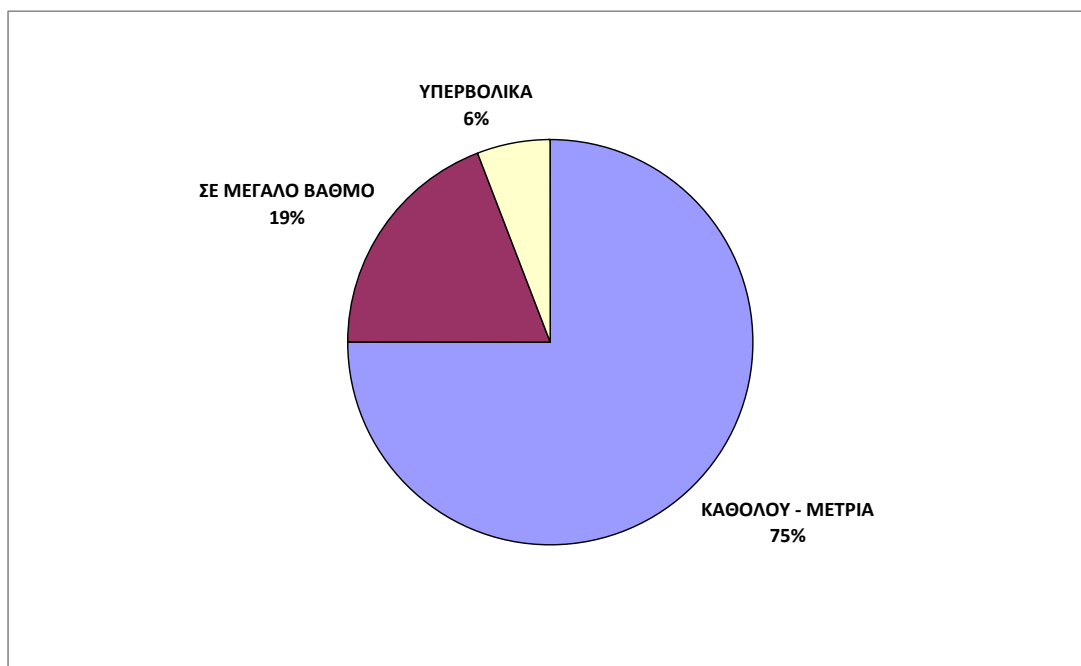
Ερώτηση 5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);					
Ρόλος συναισθηματικός	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Μείωση χρόνου δραστηριότητας	16,8	21,2	15,3	15,9	30,7
Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	17,4	23,3	13,3	17,1	28,9
Κάνατε τη δουλειά λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως	16,8	21,8	13,6	17,1	30,7

4.3.6. Κοινωνική λειτουργικότητα

Είναι εμφανές από τον Πίνακα 40 και το Γράφημα 16, ότι η πλειονότητα των συγγενών με ποσοστό 75%, δήλωσε ότι είχαν επηρεαστεί ελάχιστα οι κοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών με δηλώσεις όπως: μέτρια, ελάχιστα και καθόλου, ενώ μόλις το 6% υποστήριξε ότι τις είχε επηρεάσει υπερβολικά.

Πίνακας 40. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %)

Ερώτηση 6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;		
Κοινωνική λειτουργικότητα	N	%
Καθόλου	118	34,8
Ελάχιστα	50	14,7
Μέτρια	86	25,4
Σε μεγάλο βαθμό	65	19,2
Υπερβολικά	20	5,9
Σύνολο	339	100,0



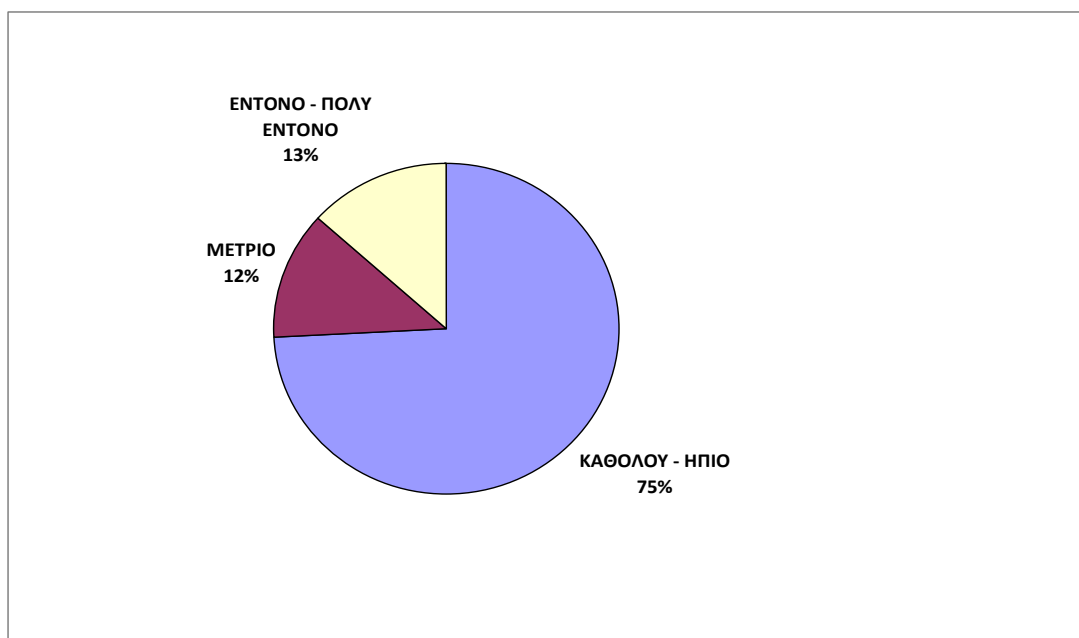
Γράφημα 16. Κοινωνική λειτουργικότητα

4.3.7. Ένταση σωματικού πόνου

Σύμφωνα με τον Πίνακα 41 και το Γράφημα 17, φαίνεται ότι η πλειονότητα των συγγενών με ποσοστό 75%, δήλωσε ότι οι ασθενείς ένιωσαν ήπιο έως καθόλου πόνο, ενώ μόλις το 2,7% υποστήριξε ότι ένιωσαν πολύ έντονο.

Πίνακας 41. Ένταση σωματικού πόνου (N / %)

Ερώτηση 7. Πόσο <u>σωματικό</u> πόνο νιώσατε τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> ;		
Σωματικός πόνος	N	%
Καθόλου	172	50,7
Πολύ ήπιο	54	15,9
Ήπιο	26	7,7
Μέτριο	42	12,4
Έντονο	36	10,6
Πολύ έντονο	9	2,7
Σύνολο	339	100,0



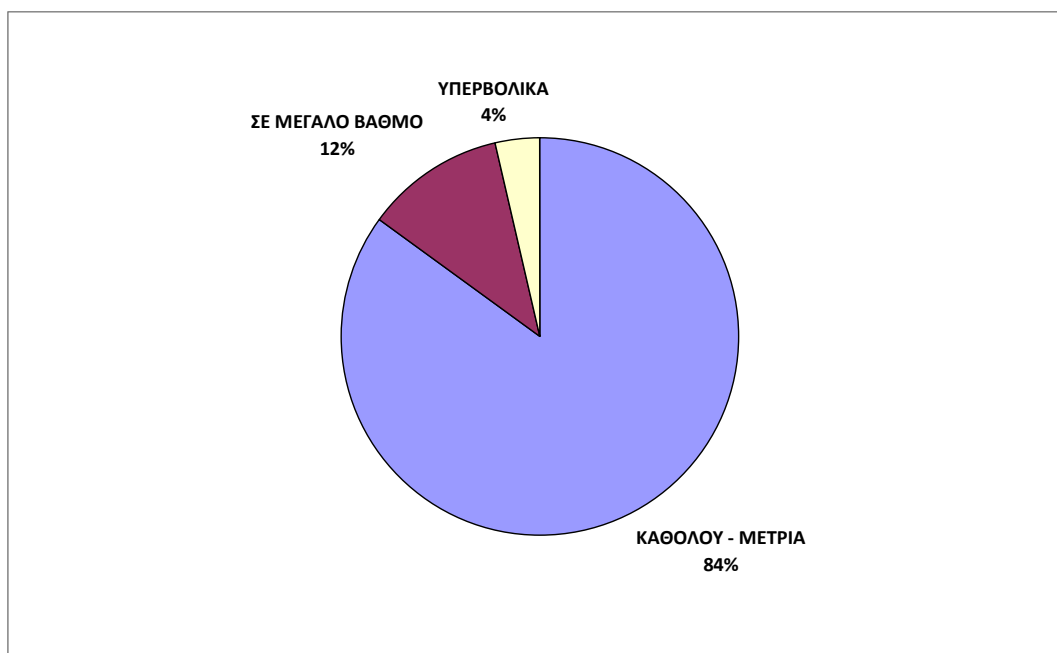
Γράφημα 17. Ένταση σωματικού πόνου

4.3.8. Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία

Σύμφωνα με τον Πίνακα 42 και το Γράφημα 18, φαίνεται ότι η πλειονότητα των συγγενών με ποσοστό 84% δήλωσε ότι είχαν επηρεαστεί ελάχιστα οι συνήθειες δραστηριότητες των ασθενών μέσα και έξω από το σπίτι εξαιτίας του πόνου, με δηλώσεις όπως: μέτρια, λίγο και καθόλου. Ενώ μόλις το 4% των συγγενών υποστήριξε ότι επηρεάστηκαν υπερβολικά οι δραστηριότητες των ασθενών.

Πίνακας 42. Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία (N / %)

Ερώτηση 8. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</u>		
Σωματικός πόνος	N	%
Καθόλου	189	55,8
Λίγη	58	17,1
Μέτρια	41	12,1
Σε μεγάλο βαθμό	39	11,5
Υπερβολική	12	3,5
Σύνολο	339	100,0



Γράφημα 18. Επίδραση σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία

4.3.9. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία

Στον Πίνακα 43, φαίνεται ότι γενικά η ψυχική υγεία και η ζωτικότητα των συμμετεχόντων ασθενών, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των συγγενών τους, διατηρείτο σε αρκετά καλά επίπεδα με περισσότερους από τους μισούς συγγενείς να έχουν δηλώσει ότι οι ασθενείς είχαν καλή ζωτικότητα και ήταν συναισθηματικά καλά.

Όσον αφορά στην παράμετρο της ζωτικότητας φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό με 59,0%-63,1% των συγγενών, δήλωσαν ότι οι ασθενείς αισθάνονταν από μερικές φορές έως συνεχώς ζωντάνια, και ενεργητικότητα, ενώ το 16,2%-16,5% δήλωσαν ότι οι ασθενείς δεν αισθάνονταν καθόλου ζωντάνια.

Αναφορικά με τη ψυχική υγεία, η πλειονότητα των συμμετεχόντων συγγενών με ποσοστό 71,7%-73,8% δήλωσαν ότι οι ασθενείς αισθάνονταν εκνευρισμό από μερικές φορές έως καθόλου, ενώ μόλις το 6,2%-10,6% υποστήριξε ότι οι ασθενείς αισθάνονταν συνεχώς, «πεσμένοι» ψυχολογικά. Επιπλέον, το 52,2% των συγγενών, δήλωσε ότι οι ασθενείς αισθάνονταν ευτυχισμένοι τις περισσότερες φορές έως συνεχώς, ενώ μόλις το 5,3% υποστήριξαν ότι οι ασθενείς δεν αισθάνονταν καθόλου ευτυχισμένοι.

Πίνακας 43. Ζωτικότητα και ψυχική υγεία, N=339 (%)

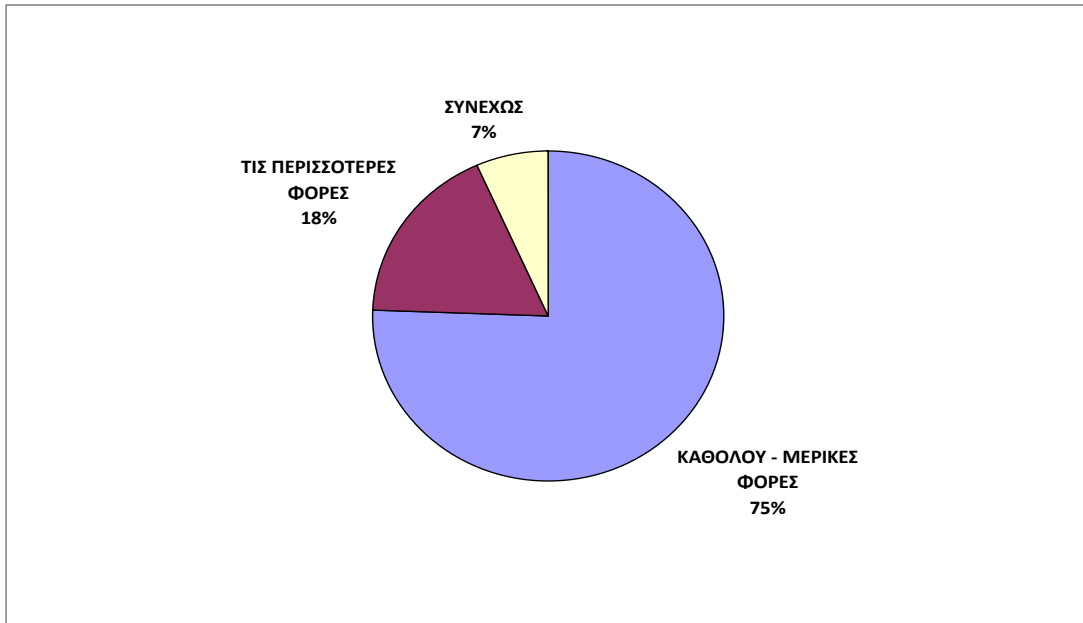
<p>Ερώτηση 9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλήστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, για πόσο χρονικό διάστημα.....</p>					
Ζωτικότητα και ψυχική υγεία	Συνεχώς (%)	Τις περισσότερες φορές (%)	Μερικές φορές (%)	Λίγες φορές (%)	Καθόλου (%)
Ζωτικότητα-Αισθανόσασταν γεμάτος ζωντάνια	10,9	26,8	25,4	20,4	16,5
Ψυχική Υγεία Είχατε πολύ εκνευρισμό	10,6	15,6	18,6	28,9	26,3
Ψυχική Υγεία Αισθαν. τόσο πεσμένος ψυχολ. που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	6,2	20,1	19,8	23,3	30,7
Ψυχική Υγεία Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη	9,4	34,8	27,4	21,5	6,8
Ζωτικότητα-Είχατε πολλή ενεργητικότητα	9,7	26,3	23,0	26,0	15,0
Ψυχική Υγεία Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία	6,5	21,2	16,8	26,8	28,6
Ζωτικότητα-Αισθανόσασταν εξάντληση	8,3	26,0	18,6	25,1	22,1
Ψυχική Υγεία Ήσασταν ευτυχισμένος	13,6	38,6	20,6	21,8	5,3
Ζωτικότητα-Αισθανόσασταν κούραση	12,7	23,9	23,6	23,6	16,2

4.3.10. Κοινωνική λειτουργικότητα

Ο Πίνακας 44 και το Γράφημα 19, δείχνουν ότι τρεις στους τέσσερις συγγενείς με ποσοστό 75%, δήλωσαν ότι οι κοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών εξαιτίας της κατάστασης υγείας τους είχαν επηρεαστεί από μερικές φορές έως καθόλου, ενώ μόλις το 7%, ή ένας στους τέσσερις, υποστήριξαν ότι επηρεάζονταν συνεχώς.

Πίνακας 44. Κοινωνική λειτουργικότητα (N / %)

Ερώτηση 10. Τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u>, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της <u>σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;</u>		
Κοινωνική Λειτουργικότητα	N	%
Συνεχώς	23	6,7
Τις Περισσότερες Φορές	60	17,7
Μερικές Φορές	88	26,0
Λίγες Φορές	62	18,3
Καθόλου	106	31,3
Σύνολο	339	100,0



Γράφημα 19. Κοινωνική λειτουργικότητα

4.3.11. Γενική υγεία

Ο Πίνακας 45, παρουσιάζει τις δηλώσεις των συγγενών σε σχέση με τη γενική υγεία των ασθενών. Φαίνεται ότι οι μισοί συγγενείς (50,7%) δήλωσαν ότι τις περισσότερες φορές ήταν «ψέμα» έως «εντελώς ψέμα» ότι οι ασθενείς αρρώστιασαν λίγο ευκολότερα, από άλλους ενώ το 13,3% δήλωσαν ότι αυτό ήταν «εντελώς αλήθεια». Επιπλέον, με ποσοστό 44,8% δήλωσαν ότι τις περισσότερες φορές ήταν «αλήθεια» έως «εντελώς αλήθεια» ότι οι ασθενείς ήταν τόσο υγιείς όσο οι γνωστοί τους ενώ το 13,0% υποστήριξαν ότι αυτό ήταν «εντελώς ψέμα».

Τέλος, το 30,7% των συγγενών δήλωσαν ότι τις περισσότερες φορές ήταν «ψέμα» έως «εντελώς ψέμα» ότι περίμεναν την υγεία των ασθενών ότι θα χειροτέρευε, ενώ το 8,0% υποστήριξαν ότι αυτό ήταν «εντελώς αλήθεια». Σημαντικό επίσης θεωρείται το 43,5% που δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν οι ασθενείς θα χειροτέρευαν. Επιπρόσθετα, ποσοστό 41,9% δήλωσαν ότι τις περισσότερες φορές ήταν «αλήθεια» έως «εντελώς αλήθεια» ότι η υγεία των ασθενών ήταν εξαιρετική, ενώ το 17,4% υποστήριξαν ότι αυτό ήταν «εντελώς ψέμα».

Σύμφωνα με τις πιο πάνω δηλώσεις των συγγενών φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί συγγενείς θεωρούν ότι η υγεία των ασθενών είναι εξαιρετική, είναι τόσο υγιείς όσο οι γνωστοί τους και ότι δεν αρρωσταίνουν εύκολα.

Πίνακας 45. Γενική Υγεία (N / %)

Ερώτηση 11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;					
Γενική υγεία	Εντελώς αλήθεια (%)	Τις περισσότερες φορές αλήθεια (%)	Δεν ξέρω (%)	Τις περισσότερες φορές ψέμα (%)	Εντελώς ψέμα (%)
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους	13,3	26,5	9,4	23,6	27,1
Είμαι υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	11,5	33,3	14,2	28,0	13,0
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	8,0	22,4	38,9	18,0	12,7
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	5,9	36,0	6,8	33,9	17,4

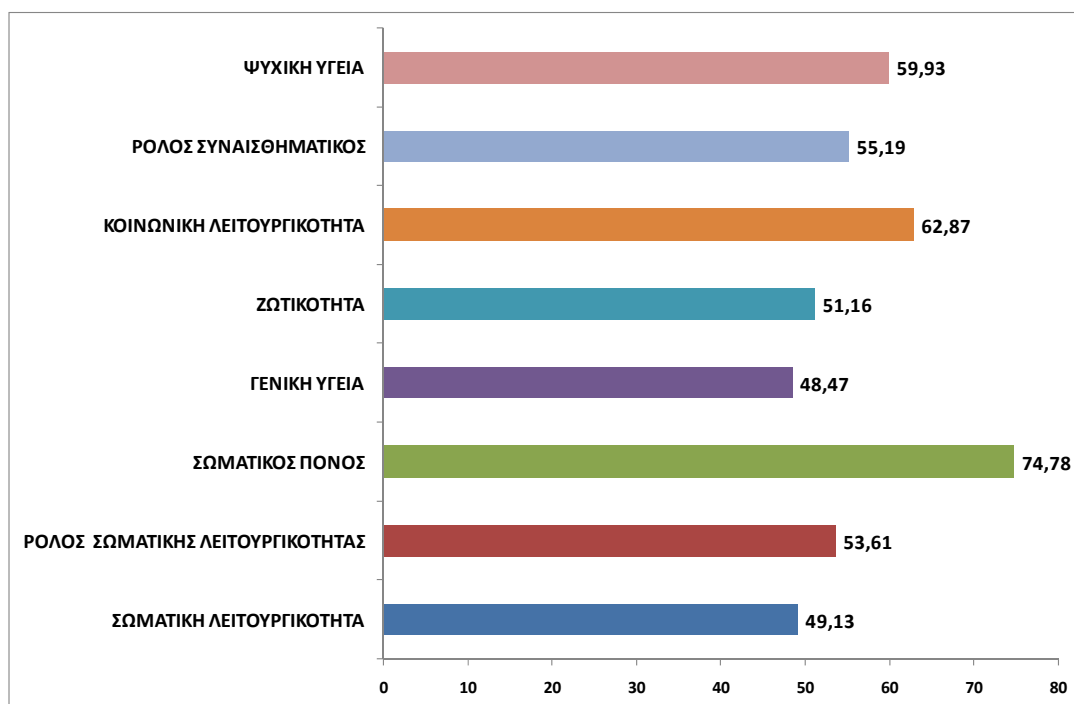
4.3.12. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 46 και το Γράφημα 20, το επίπεδο ΠΖ των ασθενών μέσα από τις αντιλήψεις των συγγενών τους ήταν μέσα στα όρια των «φυσιολογικών» τιμών σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, οι συγγενείς σε τρεις διαστάσεις που αφορούσαν στο σωματικό πόνο, στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην ψυχική υγεία, δήλωσαν ότι η ΠΖ των ασθενών ήταν σε πολύ ψηλό επίπεδο με μέσες τιμές MT=74,78, MT=62,87 και MT=59,93, αντίστοιχα. Γενικά φαίνεται ότι οι συγγενείς συμφώνησαν με τους ασθενείς στις δηλώσεις τους για την ΠΖ των ασθενών, με κάπως χαμηλότερες όμως βαθμολογίες από τους ίδιους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, σύμφωνα με τους ερευνητές/δημιουργούς, υψηλή μέση τιμή >53, σημαίνει ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής κυμαίνεται από το φυσιολογικό έως το ψηλότερο επίπεδο και χαμηλή μέση τιμή <47, σημαίνει ότι έχει επηρεαστεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους από το φυσιολογικό έως το χαμηλότερο επίπεδο (MT=50, βάσει της φυσιολογικής βαθμολογίας – norm-based scoring) (Ware 2008).

Πίνακας 46. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας N=339

Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	49,13	31,34	1,70
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	53,61	36,61	1,99
Σωματικός Πόνος	74,78	30,31	1,65
Γενική Υγεία	48,47	23,29	1,27
Ζωτικότητα	51,16	26,20	1,42
Κοινωνική Λειτουργικότητα	62,87	29,68	1,61
Ρόλος Συναισθηματικός	55,19	36,67	1,99
Ψυχική Υγεία	59,93	24,66	1,34



Γράφημα 20. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας (Μέση τιμή)

Οι τιμές αυτές φαίνεται να συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τις αντιλήψεις των ασθενών, με κάπως όμως χαμηλότερες βαθμολογίες. Πολύ υψηλή ΠΖ, σύμφωνα πάντα με τους συγγενείς,

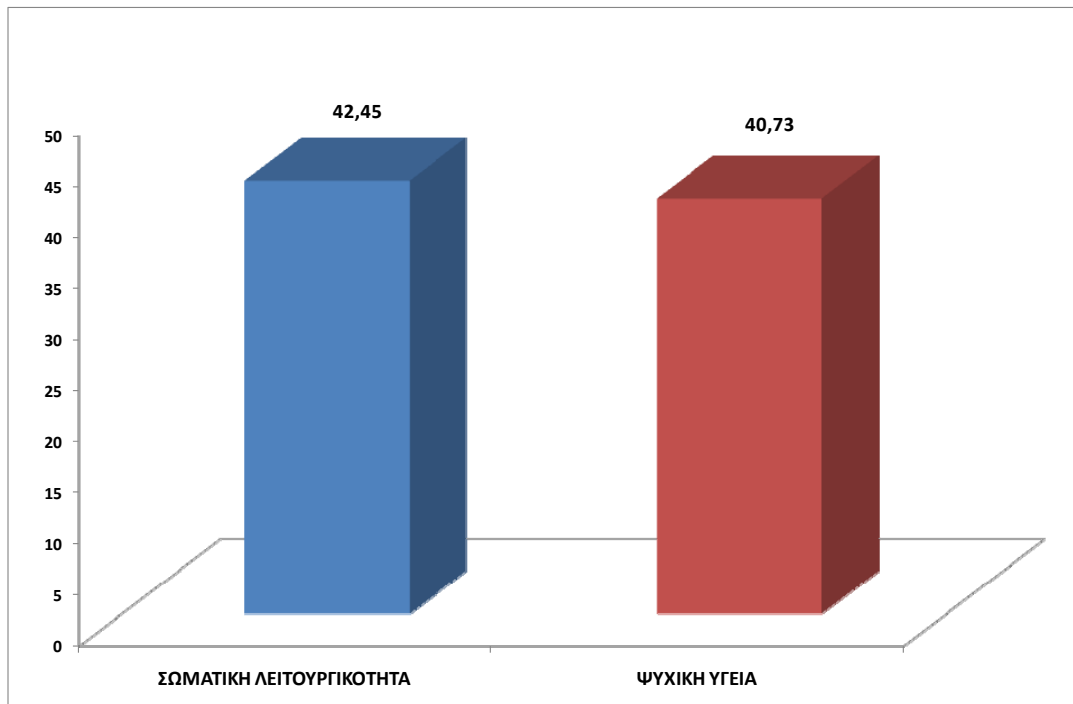
εμφανίζεται για τις διαστάσεις του σωματικού πόνου (74,78), την κοινωνική λειτουργικότητα (62,87) και την ψυχική υγεία (59,93), ενώ αρκετά χαμηλότερη για την γενική υγεία (48,47), τη φυσική λειτουργικότητα (49,13) και την ζωτικότητα (51,16).

4.3.13. Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά

Ο Πίνακας 47 και το Γράφημα 21, παρουσιάζουν τα δεδομένα σύμφωνα με τα οποία οι συγγενείς με τις δηλώσεις τους βαθμολόγησαν αρκετά χαμηλά την ΠΖ των ασθενών και στις δύο συνολικές διαστάσεις της σωματικής (ΜΤ=42,45) και της ψυχικής υγείας (ΜΤ=40,73). Σε σύγκριση με τις απόψεις των ασθενών, όσον αφορά στη σωματική λειτουργικότητα η βαθμολογία των συγγενών ήταν περίπου στο ίδιο επίπεδο με εκείνης των ασθενών (42,45 vs 42,13), ενώ στην ψυχική υγεία ήταν κάπως χαμηλότερη (40,73 vs 41,01).

Πίνακας 47. Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά, N=339

Συνολικές Διαστάσεις Υγείας	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική Λειτουργικότητα	42,45	10,63	0,58
Ψυχική Υγεία	40,73	13,87	0,75



Γράφημα 21. Σωματική Λειτουργικότητα και Ψυχική Υγεία Συνολικά (Μέση τιμή).

4.4. Επαγωγική στατιστική – Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών (SF-36v2)

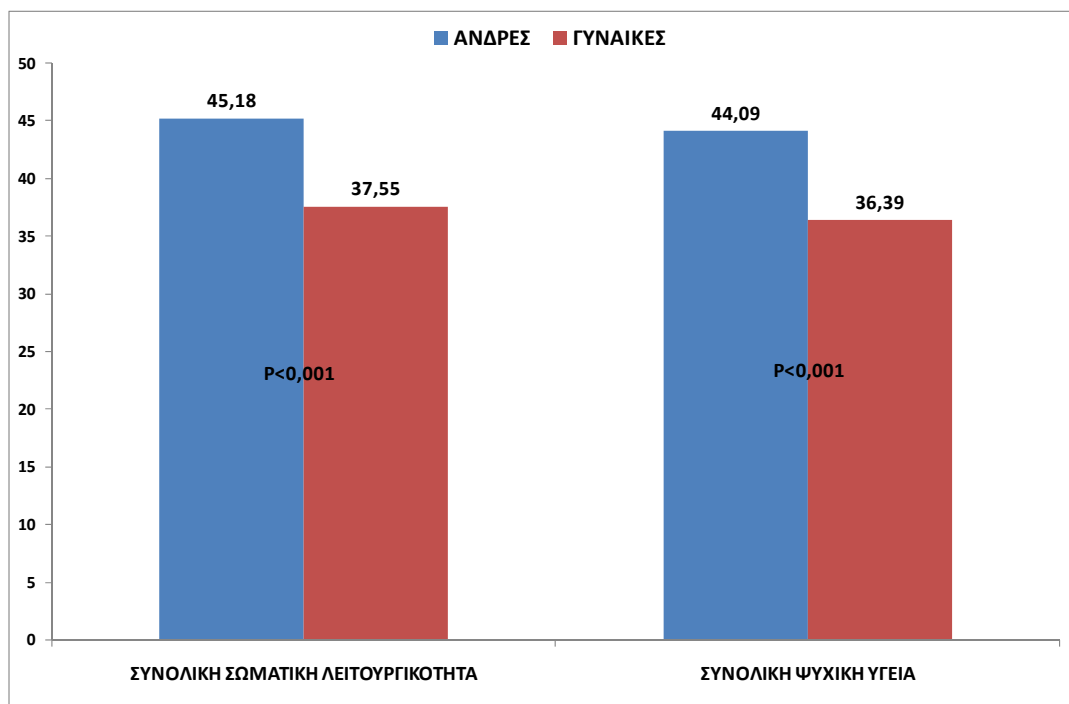
4.4.1. Ποιότητα ζωής - αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το φύλο

Σύμφωνα με τον Πίνακα 48 που δείχνει τις αντιλήψεις των ασθενών σε σχέση με το φύλο, οι άνδρες ασθενείς είχαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ με στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,000) από τις γυναίκες του δείγματος σε όλες τις διαστάσεις.

Πίνακας 48. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το φύλο

Ποιότητα ζωής και φύλο					
Διαστάσεις Υγείας	Άνδρες (N=207)		Γυναίκες (N=138)		P*
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	
Σωματική Λειτουργικότητα	59,28	29,21	33,80	27,85	0,000
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	55,07	35,83	38,68	32,65	0,000
Σωματικός Πόνος	82,31	26,67	64,62	32,15	0,000
Γενική Υγεία	56,81	21,55	41,69	21,10	0,000
Ζωτικότητα	58,42	25,07	40,49	24,69	0,000
Κοινωνική Λειτουργικότητα	70,53	28,24	55,43	30,43	0,000
Ρόλος Συναισθηματικός	58,53	36,41	40,94	34,51	0,000
Ψυχική Υγεία	68,53	23,96	52,61	24,53	0,000
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	45,18	9,44	37,55	10,43	0,000
Συνολική Ψυχική Υγεία	44,09	13,80	36,39	13,85	0,000

* T-test & Mann-Whitney U



Γράφημα 22. ΠΖ ασθενών στις 2 συνολικές διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα - ψυχική υγεία και φύλο

Το Γράφημα 22 παρουσιάζει τη συνολική βαθμολογία των ασθενών στις δύο συνολικές βαθμολογίες της σωματικής λειτουργικότητας και της ψυχικής υγείας σε σχέση με το φύλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες ασθενείς είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($P < 0,001$) και στις δύο συνολικές διαστάσεις της ΠΖ από τις γυναίκες του δείγματος, σημειώνοντας υψηλότερο επίπεδο ΠΖ. Συγκεκριμένα, οι άνδρες είχαν $MT=45,18$ και $MT=44,09$ στη συνολική σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία, αντίστοιχα.

4.4.2. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ηλικία

Η συσχέτιση της ηλικίας με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής βρέθηκε να είναι σε μικρό βαθμό αρνητική, μόνο ως προς τη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας (Pearson = -0,17 και Spearman = -0,18 $P < 0,01$) και της συνολικής σωματικής λειτουργικότητας (Pearson = -0,16 και Spearman = -0,17 $P < 0,01$). Αυτό σημαίνει ότι αυξανόμενης της ηλικίας στις δύο συγκεκριμένες διαστάσεις που προαναφέρθηκαν, παρατηρείται χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Στη συνέχεια, η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις ομάδες, στους ασθενείς με ηλικία 65-70 ετών, 71-80 και ≥ 81 ετών και διενεργήθηκε η δοκιμασία one way-ANOVA για τον έλεγχο των διαφορών. Στον Πίνακα 49 και το Γράφημα 23, φαίνονται τα αποτελέσματα των αντιλήψεων των ασθενών σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες ηλικίας και τις διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου.

Οι δοκιμασίες one way – ANOVA και Kruskal-Wallis κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιμέρους διάσταση για τη σωματική λειτουργικότητα ($P=0,004$) και την συνολική βαθμολογία για τη σωματική λειτουργικότητα ($P=0,007$). Όπως κατέδειξαν οι Post hoc δοκιμασίες (Bonferroni, Scedge), η διαφορά που βρέθηκε ήταν στην ομάδα των ασθενών από 65-70 ετών που δήλωσαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες ($P<0,001$). Εκπληκτικό είναι, ότι παρόλο που δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική ψυχική υγεία, η ενδιάμεση ηλικιακή ομάδα των 71-80 ετών είχε χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ οι μεγαλύτεροι στην ηλικία άνω των 81 ετών είχαν καλύτερη.

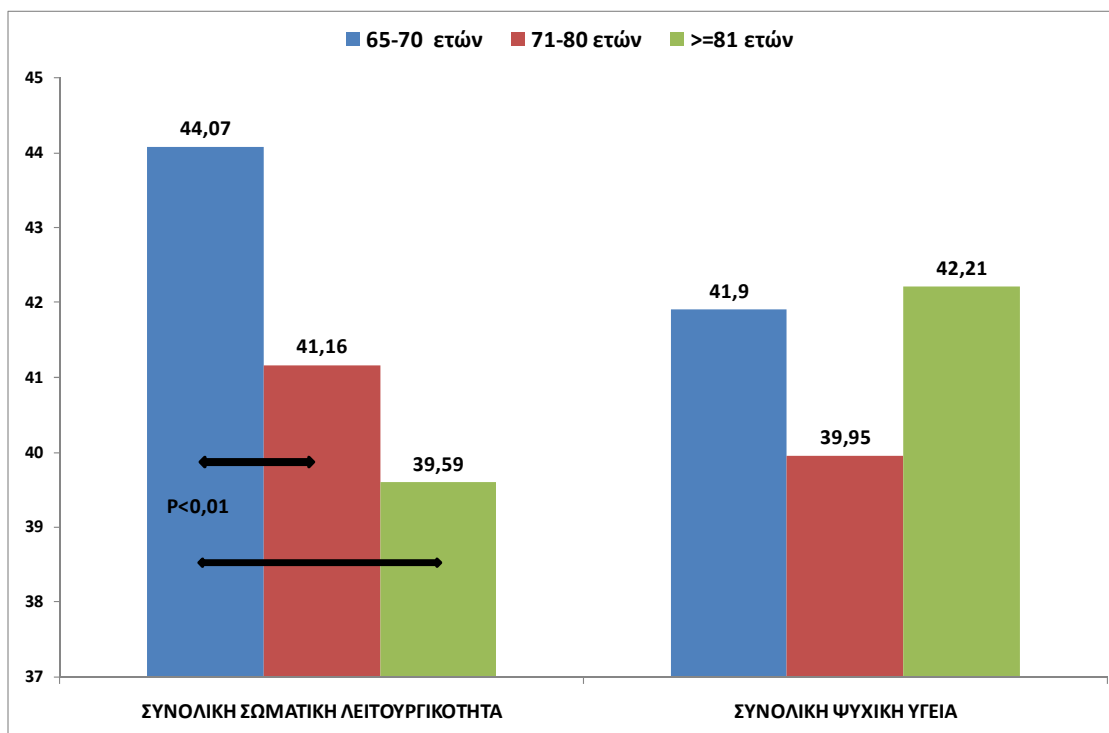
Πίνακας 49. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών και ηλικία

Διαστάσεις Υγείας	65-70 ετών (N=138)		71-80 ετών (N=164)		≥81 ετών (N=43)		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	55,72	30,61	45,43	31,49	41,74	28,93	0,004	0,004
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	54,08	33,96	45,35	36,09	42,73	36,24	0,054	0,055
Σωματικός Πόνος	77,33	28,73	73,91	30,86	73,53	32,64	0,573	0,589
Γενική Υγεία	53,12	22,35	48,71	22,48	51,00	23,54	0,241	0,210
Ζωτικότητα	53,71	26,27	49,89	26,93	48,55	24,58	0,352	0,342
Κοινωνική Λειτουργικότητα	66,85	29,54	62,42	29,81	64,83	32,42	0,443	0,429
Ρόλος Συναισθηματικός	56,34	35,46	47,10	36,86	52,71	38,31	0,090	0,105
Ψυχική Υγεία	63,48	24,28	60,88	26,39	62,79	25,29	0,667	0,730
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	44,07	10,25	41,16	10,78	39,59	9,51	0,013	0,007
Συνολική Ψυχική Υγεία	41,90	13,24	39,95	14,83	42,21	15,57	0,419	0,419

* One way – ANOVA ** Kruskal-Wallis H

¹ Post hoc tests (Bonferroni, Scedge) → Ηλικία 65-70 με τις ομάδες 71-80 και ≥81ετών.

Διόρθωση Bonferroni: 0,003



Γράφημα 23. ΠΖ ασθενών στις 2 συνολικές διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα - ψυχική υγεία και ηλικία

4.4.3. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την επαρχία προέλευσης

Στον Πίνακα 50 παρουσιάζονται οι διαστάσεις υγείας που σχετίζονται με την ΠΖ των ασθενών σε σχέση με την επαρχία προέλευσης. Οι στατιστικές δοκιμασίες κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά σε τρεις από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας, στη ζωτικότητα ($P=0,014$), την κοινωνική λειτουργικότητα ($P=0,008$) και τον συναισθηματικό ρόλο ($P=0,012$) και σε μία από τις δύο συνολικές βαθμολογίες της συνολικής ψυχικής υγείας ($P=0,003$). Οι Post hoc δοκιμασίες (Bonferroni, Scedffe) κατέδειξαν ότι η διαφορά στη διάσταση της ζωτικότητας ήταν μεταξύ της Λεμεσού και Πάφου με τους ασθενείς από την Πάφο να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής με $MT=55,97$. Σε σχέση με τις διαφορές που παρατηρήθηκαν στις επιμέρους διαστάσεις της κοινωνικής λειτουργικότητας και του συναισθηματικού ρόλου και της συνολικής βαθμολογίας στην ψυχική υγεία, η διαφορά ήταν μεταξύ Λεμεσού και Λευκωσίας με τους ασθενείς από τη Λευκωσία να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής από εκείνους της Λεμεσού.

Πίνακας 50. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την επαρχία προέλευσης

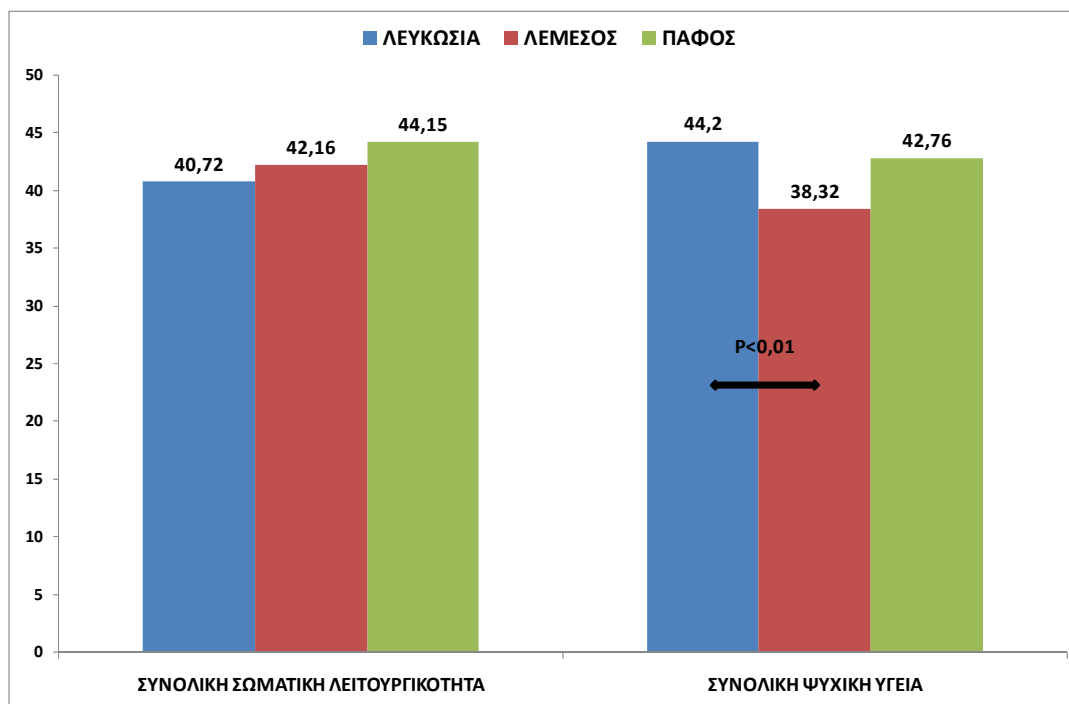
Ποιότητα ζωής και επαρχία								
Διαστάσεις Υγείας	Λευκωσία (N=105)		Λεμεσός (N=170)		Πάφος (N=70)		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	46,65	31,28	48,20	29,96	55,22	33,98	0,229	0,251
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	51,47	35,89	44,44	34,78	54,29	35,82	0,070	0,089
Σωματικός Πόνος	71,45	30,31	75,96	30,07	79,34	30,24	0,193	0,177
Γενική Υγεία	51,37	23,22	49,60	23,39	52,76	19,40	0,568	0,527
Ζωτικότητα	54,89	25,25	47,17	26,80	55,97	25,85	0,011	0,014
Κοινωνική Λειτουργικότητα	69,10	30,19	59,88	28,97	69,03	31,03	0,016	0,008
Ρόλος Συναισθηματικός	57,15	37,58	45,59	36,21	57,71	34,25	0,009	0,012
Ψυχική Υγεία	65,80	25,56	59,77	26,25	62,54	22,32	0,173	0,190
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	40,74	10,28	42,15	10,20	44,26	11,46	0,107	0,053
Συνολική Ψυχική Υγεία	44,37	14,51	38,40	14,37	42,40	12,64	0,002	0,003

* One way – ANOVA ** Kruskal-Wallis H

Post hoc tests (Bonferroni, Sceffe)

¹ Λεμεσός – Πάφος

^{2,3,4} Λεμεσός – Λευκωσία



Γράφημα 24. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία κατά επαρχία

Το Γράφημα 24 παρουσιάζει τις δύο συνολικές βαθμολογίες της συνολικής σωματικής λειτουργικότητας και της συνολικής ψυχικής υγείας, σε σχέση με την επαρχία προέλευσης των ασθενών. Οι Post hoc δοκιμασίες (Bonferroni, Sceduce) κατέδειξαν ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά που βρέθηκε ($P<0,001$) ήταν ανάμεσα στη Λεμεσό και τη Λευκωσία με τους ασθενείς της Λευκωσίας να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στη συνολική ψυχική υγεία με $MT=44,37$ σε σύγκριση με εκείνους που προέρχονταν από τη Λεμεσό με $MT=38,4$.

4.4.4. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

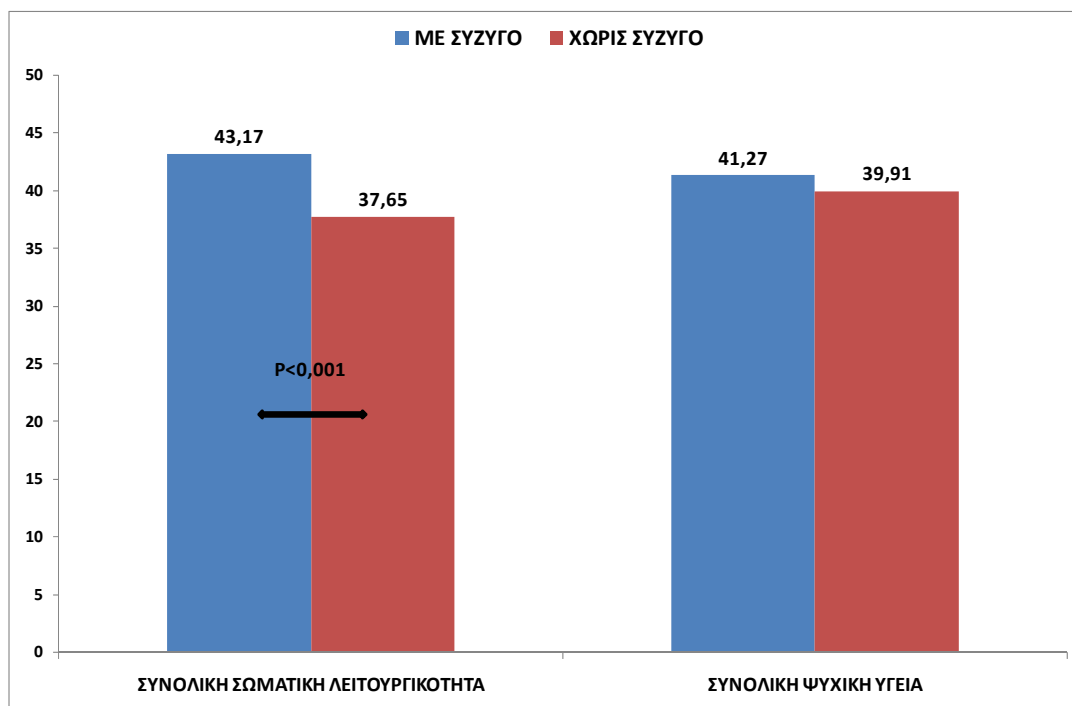
Σύμφωνα με τα δεδομένα των ασθενών του δείγματος, οι αρχικές κατηγορίες για την οικογενειακή κατάσταση ήταν 5 και περιλάμβαναν τους έγγαμους (σύζυγο), με σύντροφο εκτός γάμου, τους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους χήρους (Πίνακας 17, περιγραφική στατιστική σελ. 124). Στη συνέχεια με βάση το υψηλό ποσοστό των ασθενών που ήταν έγγαμοι (81,2%) έγινε κατηγοριοποίηση σε δύο κατηγορίες: με σύζυγο ή χωρίς. Επιπλέον, σε μικρότερο ποσοστό ήταν άγαμοι (0,7%), διαζευγμένοι (1,2%) και χήροι/χήρες (17,1%). Στις περιπτώσεις των διαζευγμένων και χήρων ασθενών το άμεσα εμπλεκόμενο στην φροντίδα τους άτομο ήταν κάποιο από τα παιδιά τους. Όσον αφορά στους άγαμους τον ρόλο αυτό ανέλαμβανε κάποιος αδελφός ή άλλος στενός συγγενής.

Ο Πίνακας 51 παρουσιάζει τις διαστάσεις υγείας της ΠΖ των ασθενών σε σχέση με την παρουσία ή όχι συζύγου. Σύμφωνα με τις δοκιμασίες T-test & Mann-Whitney U, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε πέντε από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας: στη σωματική λειτουργικότητα (P=0,00), το ρόλο σωματικής λειτουργικότητας (P=0,038), το σωματικό πόνο (P=0,023), τη γενική υγεία (P=0,038) και την ψυχική υγεία (P=0,049), με τους ασθενείς που είχαν το σύζυγο τους παρόντα, να δηλώνουν σαφώς υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που δεν τον είχαν.

Πίνακας 51. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

Ποιότητα ζωής και οικογενειακή κατάσταση						
Διαστάσεις Υγείας	Με Σύζυγο (N=280)		Χωρίς Σύζυγο (N=65)		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	52,45	30,56	34,62	30,19	0,000	0,000
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	50,40	35,57	40,38	34,13	0,040	0,038
Σωματικός Πόνος	76,93	29,69	67,94	31,60	0,031	0,023
Γενική Υγεία	52,01	22,21	45,35	23,60	0,032	0,038
Ζωτικότητα	52,43	26,26	46,15	26,58	0,084	0,068
Κοινωνική Λειτουργικότητα	65,76	29,18	59,04	33,11	0,104	0,130
Ρόλος Συναισθηματικός	51,90	36,56	49,74	37,24	0,669	0,591
Ψυχική Υγεία	63,55	24,73	56,15	27,44	0,034	0,049
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	43,17	10,21	37,65	10,73	0,000	0,000
Συνολική Ψυχική Υγεία	41,27	13,87	39,91	16,12	0,491	0,637

* T-test ** Mann-Whitney U



Γράφημα 25. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

Το Γράφημα 25, παρουσιάζει τα αποτελέσματα των δοκιμασιών T-test & Mann-Whitney U σε σχέση με τις δύο συνολικές βαθμολογίες και την ΠΖ των ασθενών που είχαν ή όχι σύζυγο να εμπλέκεται άμεσα στη φροντίδα τους. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας ($P<0,001$) με τους ασθενείς που είχαν σύζυγο να έχουν δηλώσει υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής (MT=43,17) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν (MT=37,65). Επιπλέον, και σε σχέση με την ψυχική υγεία παρόλο που δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, φαίνεται ότι οι ασθενείς που είχαν σύζυγο είχαν και υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής (MT=41,27) σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν (MT=39,91).

4.4.5. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης

Οι αρχικές κατηγορίες για το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν έξι και περιλάμβαναν την πανεπιστημιακή εκπαίδευση, την ανώτερη εκπαίδευση, το λύκειο, το γυμνάσιο, τη δημοτική και λιγότερη της δημοτικής. Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση σε δύο μόνο κατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης με την πρώτη να περιλαμβάνει εκείνους που είχαν εκπαίδευση δημοτικής και λιγότερης και εκείνους που είχαν γυμνασιακή και άνω. Υπενθυμίζεται ότι το ποσοστό των ασθενών που είχαν μόνο δημοτική ή λιγότερη εκπαίδευση ήταν αρκετά υψηλό και ισοδυναμούσε με το 69,5%.

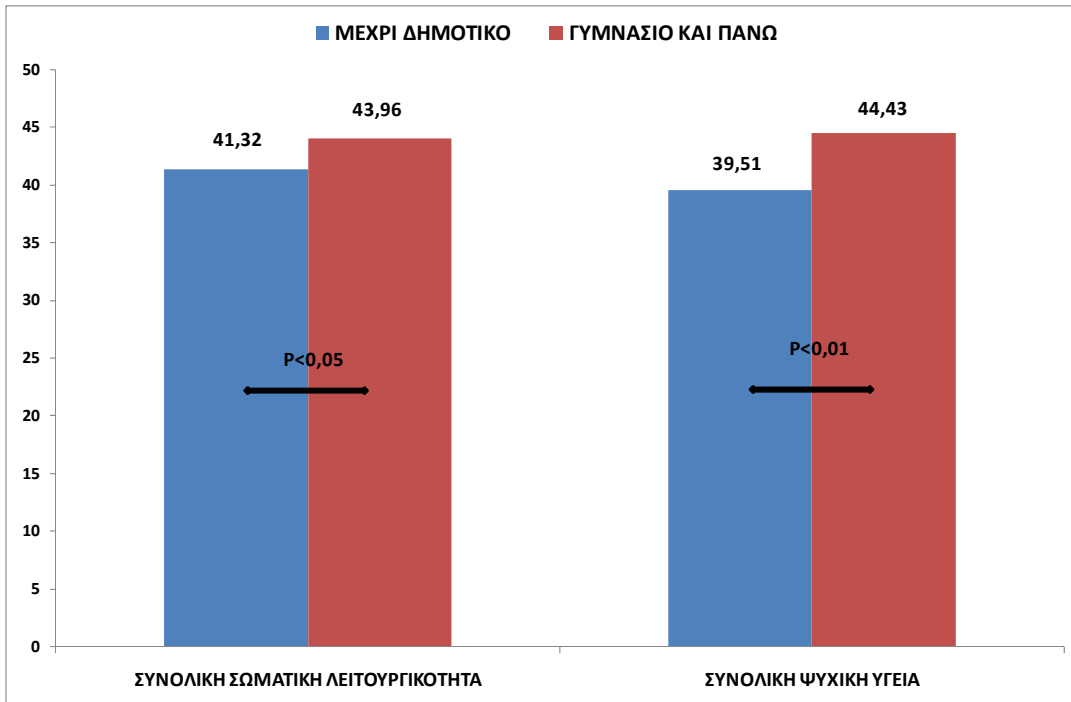
Πίνακας 52. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης

Ποιότητα ζωής και επίπεδο εκπαίδευσης						
Διαστάσεις Υγείας	Μέχρι Δημοτικό (N=240)		Γυμνάσιο και Πάνω (N=105)		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	46,23	30,70	55,62	31,62	0,010	0,012
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	44,87	33,88	56,85	37,72	0,004	0,007
Σωματικός Πόνος	73,18	30,24	79,91	29,77	0,057	0,028
Γενική Υγεία	49,07	22,34	54,62	22,80	0,036	0,049
Ζωτικότητα	49,19	25,21	55,95	28,49	0,028	0,033
Κοινωνική Λειτουργικότητα	62,55	29,96	68,93	29,83	0,069	0,067
Ρόλος Συναισθηματικός	47,78	35,68	60,00	37,56	0,004	0,006
Ψυχική Υγεία	59,15	24,82	69,05	25,44	0,001	0,000
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	41,32	10,42	43,96	10,57	0,032	0,020
Συνολική Ψυχική Υγεία	39,51	14,19	44,43	14,06	0,003	0,003

* T-test **Mann-Whitney U

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 52 και το Γράφημα 26, για την ΠΖ των ασθενών σε σχέση με τις δύο γενικές κατηγορίες του επιπέδου εκπαίδευσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των δύο συνολικών βαθμολογιών (P=0,000-0,04) εκτός από τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας που ήταν οριακή. Σε σχέση

με τις δύο συνολικές βαθμολογίες στη σωματική και ψυχική υγεία, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με $MT=43,96$ ($P<0,05$) και $MT=44,43$ ($P<0,01$) αντίστοιχα, με τους ασθενείς που είχαν γυμνασιακή και άνω εκπαίδευση να έχουν δηλώσει υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που είχαν δημοτική ή λιγότερη εκπαίδευση.



Γράφημα 26. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης

4.4.6. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ιατρική διάγνωση

Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής τους δείγματος οι συμμετέχοντες ασθενείς είχαν διάγνωση στεφανιαίας νόσου με ή χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η συσχέτιση της συνολικής βαθμολόγησης των διαστάσεων υγείας της ποιότητας ζωής των ασθενών με το είδος της νόσου, έχει ιδιαίτερη σημασία για την εντόπιση του βαθμού επιβάρυνσης στον οποίο υποβάλλονται.

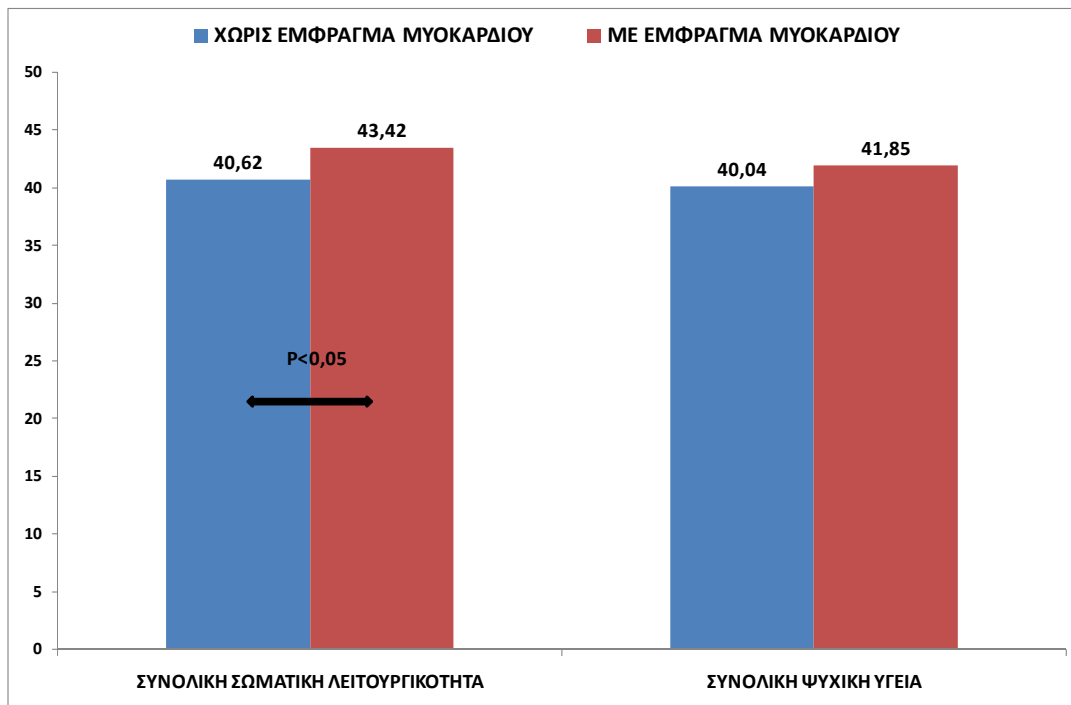
Πίνακας 53. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την ιατρική διάγνωση

Ποιότητα ζωής και ιατρική διάγνωση						
Διαστάσεις Υγείας	Στεφανιαία νόσος χωρίς Έμφραγμα Μυοκαρδίου (N=160)		Στεφανιαία νόσος με Έμφραγμα Μυοκαρδίου (N=185)		p*	p**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	43,66	28,49	53,78	32,80	0,002	0,003
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	46,17	33,91	50,54	36,74	0,255	0,289
Σωματικός Πόνος	72,97	29,07	77,19	31,13	0,196	0,066
Γενική Υγεία	47,13	21,43	53,90	23,15	0,005	0,004
Ζωτικότητα	48,16	25,22	53,92	27,15	0,043	0,031
Κοινωνική Λειτουργικότητα	63,59	28,88	65,27	31,03	0,606	0,517
Ρόλος Συναισθηματικός	48,65	35,64	53,96	37,41	0,179	0,200
Ψυχική Υγεία	59,66	25,32	64,32	25,31	0,089	0,070
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	40,62	9,98	43,42	10,82	0,013	0,011
Συνολική Ψυχική Υγεία	40,04	14,21	41,85	14,38	0,242	0,217

* T-test **Mann-Whitney U

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 53 και το Γράφημα 27, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών T-test & Mann-Whitney U, κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις τρεις από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας, τη σωματική λειτουργικότητα (P=0,003), τη γενική υγεία (P=0,004) και τη ζωτικότητα (P=0,031) σε σχέση με τη διάγνωση. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία της σωματικής λειτουργικότητας (P<0,05) με τους ασθενείς που είχαν στεφανιαία νόσο χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου να έχουν δηλώσει χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ

(ΜΤ=40,62) από εκείνους που είχαν έμφραγμα (ΜΤ=43,42). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το επίπεδο ΠΖ και των δύο κατηγοριών ήταν χαμηλότερο από τις τυποποιημένες βαθμολογίες του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ, με τους ασθενείς όμως που είχαν ΕΜ να έχουν δηλώσει ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο, γεγονός που οφείλεται στο ότι συνήθως ακολουθούν επεμβατικές θεραπευτικές μεθόδους που βελτιώνουν το επίπεδο της ΠΖ τους.



Γράφημα 27. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την ιατρική διάγνωση

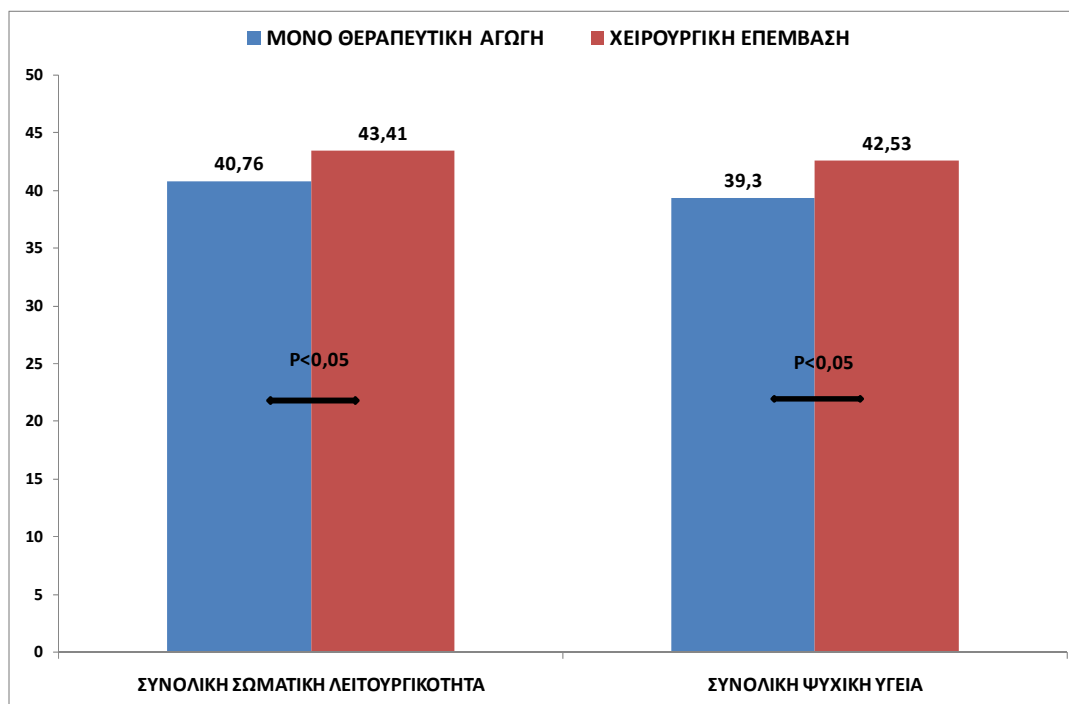
4.4.7. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος θεραπείας

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της υγείας ($P=0,001-0,034$) σε σχέση με το είδος της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς εκτός από τρεις, το ρόλο σωματικής λειτουργικότητας, το σωματικό πόνο και την κοινωνική λειτουργικότητα (Πίνακας 54).

Πίνακας 54. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος της θεραπείας

Ποιότητα ζωής και είδος θεραπείας						
Διαστάσεις Υγείας	Συντηρητική Αγωγή (N=163)		Χειρουργική επέμβαση (N=175)		P*	P**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	44,20	29,61	53,86	32,05	0,004	0,004
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	44,94	33,98	51,79	36,47	0,076	0,087
Σωματικός Πόνος	73,46	29,73	76,93	30,88	0,294	0,149
Γενική Υγεία	46,49	22,23	54,52	22,41	0,001	0,001
Ζωτικότητα	47,39	25,75	54,36	26,61	0,015	0,014
Κοινωνική Λειτουργικότητα	62,35	29,30	66,50	30,68	0,205	,163
Ρόλος Συναισθηματικός	46,98	35,12	55,81	37,52	0,027	0,034
Ψυχική Υγεία	59,08	24,93	64,94	25,70	0,034	0,019
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	40,76	9,85	43,41	11,01	0,020	0,020
Συνολική Ψυχική Υγεία	39,30	14,12	42,53	14,40	0,038	0,031

* T-test **Mann-Whitney U



Γράφημα 28. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το είδος της θεραπείας

Το Γράφημα 28 παρουσιάζει τις δύο συνολικές διαστάσεις σε σχέση με το είδος της θεραπείας που δέχθηκαν οι ασθενείς. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P<0,05$) και στις δύο συνολικές βαθμολογίες της σωματικής λειτουργικότητας και της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, σε όλες τις διαστάσεις υγείας που βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση δήλωσαν ότι είχαν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής από εκείνους που δεν χειρουργήθηκαν και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Αναλυτικά οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, δήλωσαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ στη συνολική σωματική λειτουργικότητα ($MT=43,41$) και στη συνολική ψυχική υγεία ($MT=42,53$).

4.4.8. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης

Στη συνέχεια έγιναν δοκιμασίες συσχέτισης της ΠΖ των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη με όσους υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική.

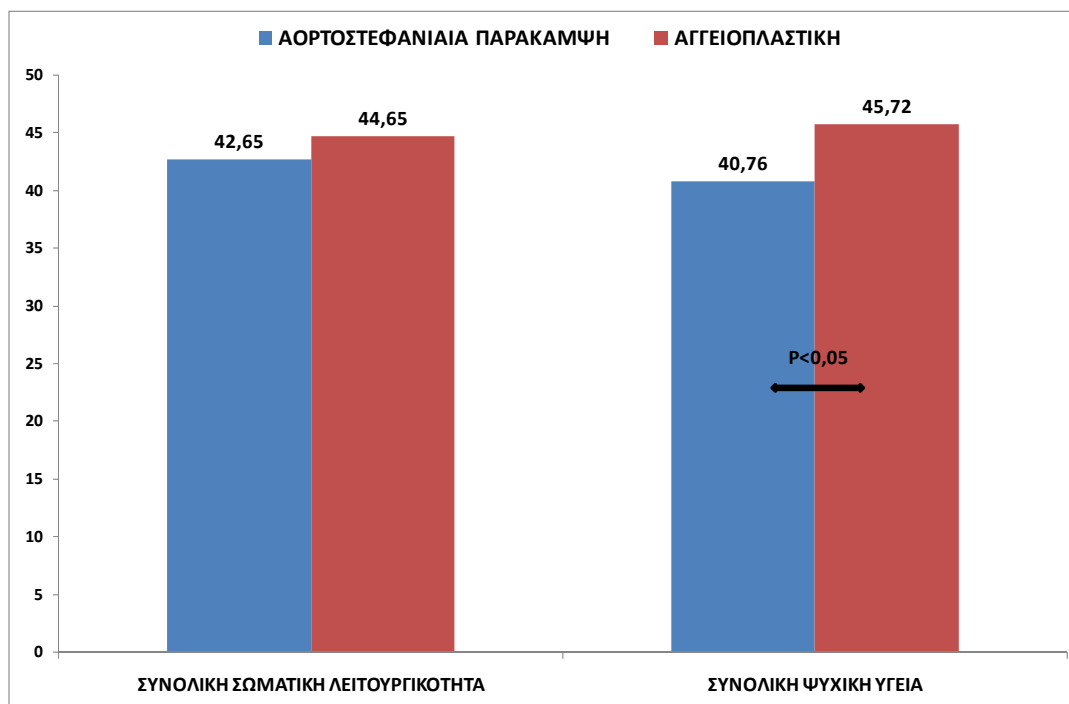
Όπως φαίνεται στον Πίνακα 55, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε δύο από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας, στο σωματικό πόνο ($P=0,017$) και το ρόλο το συναισθηματικό ($P=0,005$) σε σχέση με το είδος της χειρουργικής επέμβασης που υποβλήθηκαν οι ασθενείς. Εκτός από τη γενική υγεία, συστηματικά υψηλότερες τιμές παρατηρούνται στην ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, με τις διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές

στην περίπτωση α) σωματικός πόνος, β) ρόλος συναισθηματικός, γ) ψυχική υγεία, και οριακά σε σχέση με τη συνολική ψυχική υγεία. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη φαίνεται να πονούσαν περισσότερο και είχαν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, από εκείνους που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική.

Πίνακας 55. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης

Ποιότητα ζωής και είδος χειρουργικής επέμβασης						
Διαστάσεις Υγείας	Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη (N=109)		Αγγειοπλαστική (N=64)		P*	P*
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	50,69	33,89	59,30	28,49	0,089	0,120
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,57	36,64	58,30	35,65	0,090	0,082
Σωματικός Πόνος	72,38	32,49	83,97	26,84	0,017	0,023
Γενική Υγεία	54,68	22,11	54,20	23,34	0,894	0,765
Ζωτικότητα	52,29	26,00	57,52	27,80	0,215	0,208
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,45	32,59	70,31	27,41	0,228	0,356
Ρόλος Συναισθηματικός	50,00	38,41	66,67	33,92	0,005	0,003
Ψυχική Υγεία	62,16	26,29	69,69	24,56	0,064	0,056
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	42,65	11,89	44,65	9,40	0,251	0,278
Συνολική Ψυχική Υγεία	40,76	15,01	45,72	13,00	0,029	0,031

* T-test **Mann-Whitney U



Γράφημα 29. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με το είδος χειρουργικής επέμβασης

Το Γράφημα 29, παρουσιάζει τα αποτελέσματα των δοκιμασιών στις δύο συνολικές βαθμολογίες σε σχέση με το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε μία από τις δύο συνολικές βαθμολογίες στη συνολική ψυχική υγεία ($P < 0,05$) με τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική, να δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ με $MT=45,72$ σε σχέση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε αορτο-στεφανιαία παράκαμψη με $MT=40,76$.

4.4.9. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος

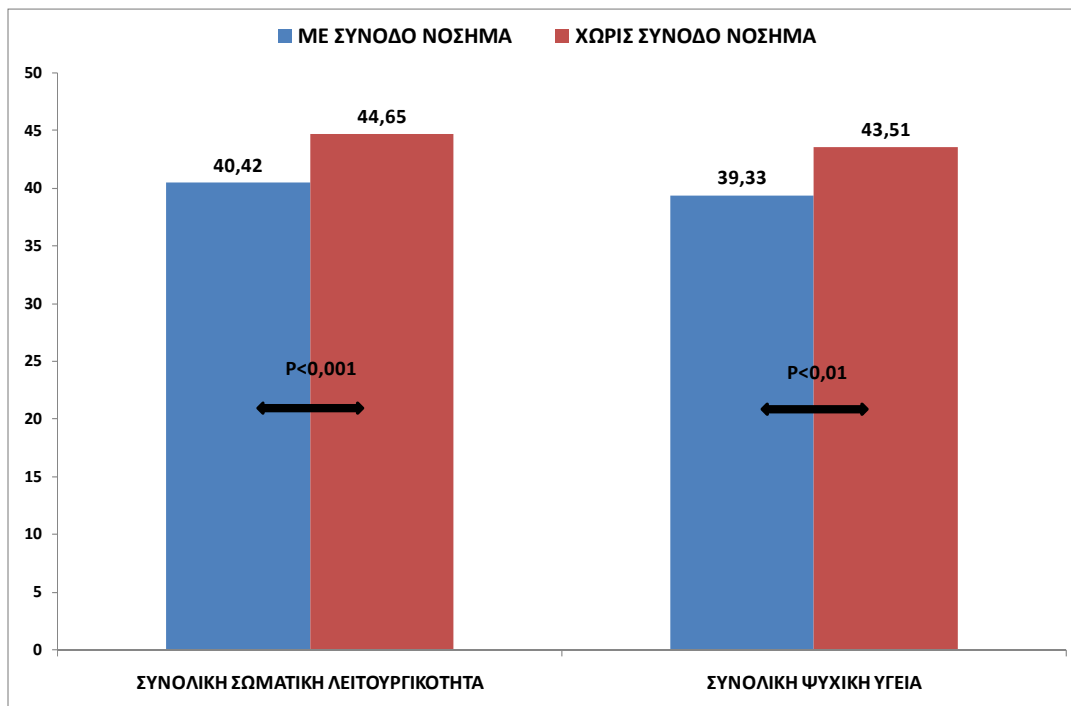
Εξίσου σημαντικό στοιχείο για πιθανή επιβάρυνση της ποιότητας ζωής πέραν της στεφανιαίας νόσου, θεωρείται και η παρουσία άλλων συνοδών νοσημάτων. Οι δοκιμασίες συσχέτισης που ακολουθούν παρουσιάζουν τις διαφορές στην ΠΖ των συμμετεχόντων από την παρουσία άλλου συνοδού νοσήματος.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 56, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της υγείας και στις δύο συνολικές βαθμολογίες σε σχέση με την παρουσία συνοδού νοσήματος. Φαίνεται, δηλαδή, ότι οι ασθενείς που είχαν και άλλο συνοδό νόσημα, είχαν σαφώς χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που δεν είχαν.

Πίνακας 56. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος

Ποιότητα ζωής και συνοδό νόσημα						
Διαστάσεις Υγείας	Συνοδό Νόσημα ΝΑΙ (N=206)		Συνοδό Νόσημα ΟΧΙ (N=139)		p*	p**
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Σωματική Λειτουργικότητα	43,42	29,50	57,48	31,96	0,000	0,000
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	44,02	34,84	55,17	35,48	0,004	0,005
Σωματικός Πόνος	72,52	30,32	79,24	29,73	0,043	0,023
Γενική Υγεία	46,64	22,15	56,87	21,92	0,000	0,000
Ζωτικότητα	48,39	24,81	55,49	28,14	0,014	0,010
Κοινωνική Λειτουργικότητα	60,68	28,26	70,14	31,73	0,004	0,001
Ρόλος Συναισθηματικός	46,97	35,06	58,21	38,02	0,005	0,007
Ψυχική Υγεία	58,91	24,55	66,98	25,92	0,004	0,002
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	40,42	10,21	44,65	10,50	0,000	0,000
Συνολική Ψυχική Υγεία	39,33	13,40	43,51	15,27	0,008	0,005

* T-test **Mann-Whitney U



Γράφημα 30. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία ανάλογα με την παρουσία συνοδού νοσήματος

Το Γράφημα 30, παρουσιάζει τα αποτελέσματα των δοκιμασιών στις δύο συνολικές βαθμολογίες, όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική σωματική λειτουργικότητα ($P < 0,001$) με $MT=40,42$ και την ψυχική υγεία ($P < 0,01$) με $MT=39,33$, σε σχέση με την ύπαρξη συνοδού νοσήματος. Φαίνεται, δηλαδή, ότι η ΠΖ των ασθενών που είχαν συνοδό νόσημα ήταν αρκετά χαμηλότερη από εκείνους που δεν είχαν.

4.4.10. Ποιότητα ζωής – αντιλήψεις ασθενών ανάλογα με τη χρονική διάρκεια του νοσήματος από τη διάγνωση

Ενδιαφέρον στοιχείο στην παρούσα μελέτη ήταν ότι οι δοκιμασίες Pearson και Spearman για τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τη χρονική διάρκεια από τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, δεν κατέδειξαν κάποια συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

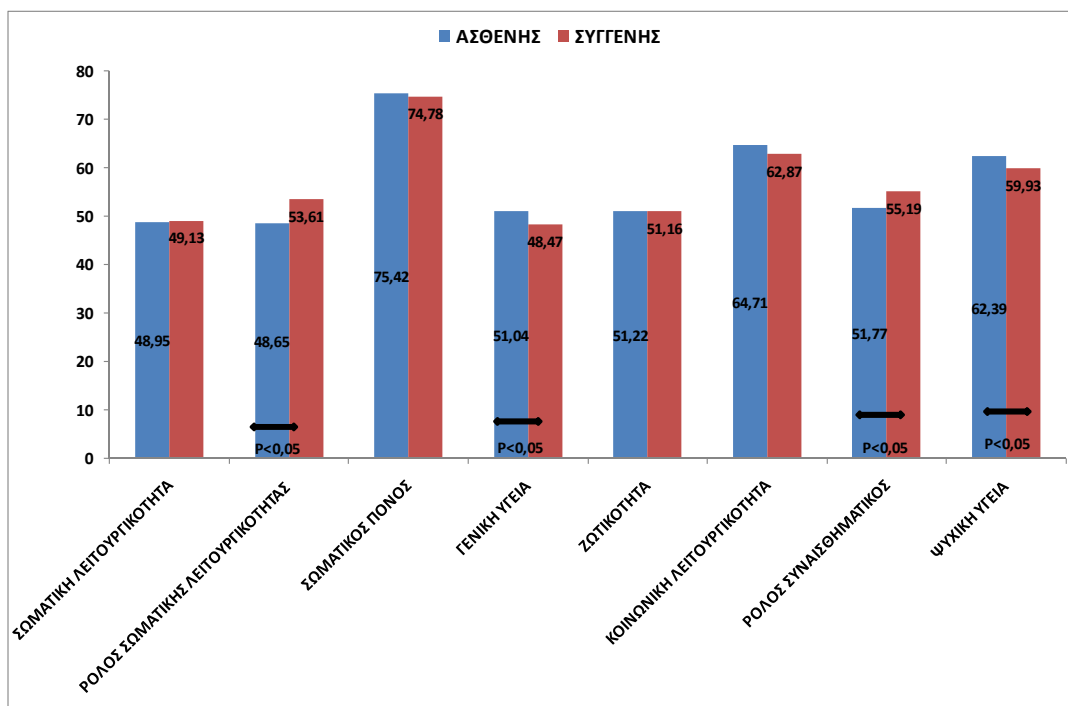
4.4.11. Ποιότητα ζωής ασθενών - σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και άμεσα εμπλεκομένων στη φροντίδα τους ατόμων (συγγενών)

Ένας από τους επιμέρους στόχους της μελέτης ήταν και η σύγκριση των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών τους για τη ποιότητα ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με τον Πίνακα 57, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των συγγενών τους σε τέσσερις από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας για την ΠΖ των ασθενών: στο ρόλο σωματικής λειτουργικότητας, τη γενική υγεία, το ρόλο το συναισθηματικό και την ψυχική υγεία.

Πίνακας 57. Ποιότητα ζωής ασθενών – σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών τους

Ποιότητα Ζωής Ασθενών					
Σύγκριση μεταξύ των Αντιλήψεων Ασθενών και Συγγενών					
Διαστάσεις Υγείας N=339	Ασθενείς MT (TA)	Συγγενείς MT (TA)	Μέση διαφορά (Ασθ-Συγγ.)	P*	P**
Σωματική Λειτουργικότητα	48,95 (31,40)	49,13 (31,34)	-0,18	0,893	0,615
Ρόλος Σωματικής Λειτουργικότητας	48,65 (35,52)	53,61 (36,60)	-4,96	0,008	0,012
Σωματικός Πόνος	75,42 (30,24)	74,78 (30,31)	0,64	0,703	0,772
Γενική Υγεία	51,04 (22,63)	48,47 (23,28)	2,57	0,020	0,014
Ζωτικότητα	51,22 (26,48)	51,16 (26,20)	0,06	0,965	0,487
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,71 (29,97)	62,87 (29,68)	1,84	0,233	0,222
Ρόλος Συναισθηματικός	51,77 (36,64)	55,19 (36,67)	-3,42	0,047	0,049
Ψυχική Υγεία	62,39 (25,44)	59,93 (24,66)	2,46	0,048	0,026
Συνολική Σωματική Λειτουργικότητα	42,13 (10,57)	42,45 (10,629)	0,33	0,478	0,839
Συνολική Ψυχική Υγεία	41,15 (14,321)	40,73 (13,869)	-0,42	0,541	0,457

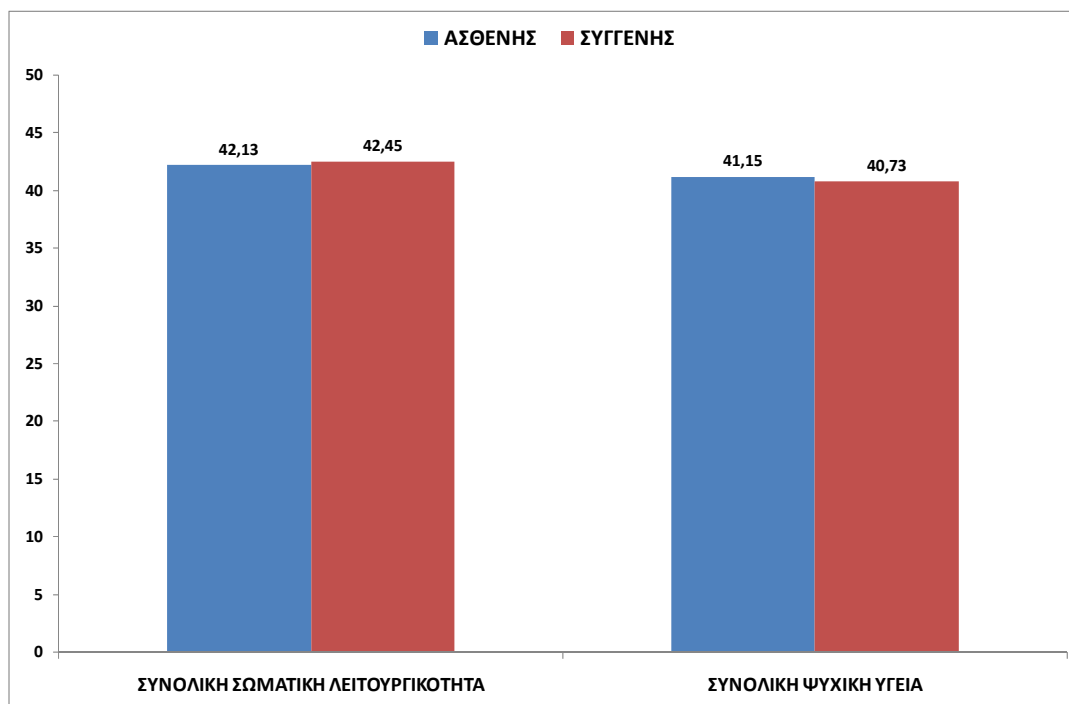
*Paired samples T-test ** Wilcoxon Sign Ranks test



Γράφημα 31. Ποιότητα ζωής και οι οκτώ επιμέρους διαστάσεις υγείας / σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών

Όσον αφορά στα αποτελέσματα στο Γράφημα 31, οι αντιλήψεις των ασθενών συγκλίνουν σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της υγείας, με μικρή διαφορά από εκείνες των άμεσα εμπλεκομένων στην φροντίδα τους ατόμων, εκτός από τέσσερις στις οποίες παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($P<0,05$).

Ενδιαφέρον, είναι το γεγονός ότι οι συγγενείς αξιολογούν κάπως χαμηλότερα από τους ίδους τους ασθενείς, την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τις παραμέτρους υγείας που αφορούν στη γενική και ψυχική υγεία. Ενώ, σε σχέση με τους ρόλους παρατηρείται το αντίθετο, όπου οι ασθενείς αξιολογούν τον εαυτό τους χαμηλότερα από ότι οι συγγενείς τους.



Γράφημα 32. Συνολικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία / σύγκριση αντιλήψεων ασθενών και συγγενών τους

Σύμφωνα με το Γράφημα 32 σε σχέση με τις δύο συνολικές βαθμολογίες για τη σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών και των άμεσα εμπλεκομένων στην φροντίδα τους ατόμων. Γενικά, παρατηρείται ότι οι αντιλήψεις και των δύο ομάδων συμμετεχόντων (ασθενών και συγγενών τους) συγκλίνουν, αξιολογώντας ως επηρεασμένη την ποιότητα ζωής των ασθενών στη συνολική σωματική λειτουργικότητα με $MT=42,45$ και $MT=42,13$, αντίστοιχα, αφού είναι χαμηλότερες της $MT=47$ που σύμφωνα με τους ερευνητές/δημιουργούς είναι η χαμηλότερη φυσιολογική. Το ίδιο συμβαίνει και για τη συνολική ψυχική υγεία που και πάλι οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων συγκλίνουν με κάπως χαμηλότερες όμως βαθμολογίες από ότι στη συνολική σωματική λειτουργικότητα. Σε σύγκριση όμως με κάποια επιφύλαξη με τη $MT=38,1$ για τους άνω των 75 ετών, σύμφωνα με τον Αμερικάνικο πληθυσμό, οι τιμές που εντοπίστηκαν δεικνύουν ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής.

4.5. Ποιότητα ζωής – Ποιοτικά δεδομένα

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων, αυτά συλλέχθηκαν προσωπικά από την ερευνήτρια, με προσωπικές συνεντεύξεις με τη βοήθεια ημι-δομημένου οδηγού συνέντευξης (Παράρτημα 9.2) και ψηφιακού μαγνητοφώνου. Το μέγεθος του δείγματος για συμμετοχή στις συνεντεύξεις και στη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων, υπολογίστηκε στους **29 ασθενείς και 29 άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στην φροντίδα τους (σύζυγοι ή θυγατέρες)** που αντιστοιχεί στο 10% των συμμετεχόντων στη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων πριν από την προσθήκη του 5%. Ο πιο πάνω αριθμός συμμετεχόντων θεωρήθηκε ικανοποιητικός για την εξασφάλιση κορεσμού ποιοτικών δεδομένων, ενώ υπήρχε η δυνατότητα επέκτασης σε περίπτωση που θα χρειαζόταν για την κάλυψη πιθανών αλλαγών λόγω γεωγραφικής κατανομής του δείγματος.

Έτσι έγιναν συνολικά πενήντα οκτώ συνεντεύξεις, είκοσι εννέα από τους ασθενείς και είκοσι εννέα από τα άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα τους, από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον και που κατά το 96% ήταν σύζυγοι. Συγκεκριμένα, σε είκοσιπέντε περιπτώσεις ασθενών, τα άτομα που άμεσα εμπλέκονταν στη φροντίδα τους ήταν οι σύζυγοι, ενώ σε τρεις περιπτώσεις με γυναίκες ασθενείς και μία με άνδρα, τη φροντίδα ανέλαβαν οι θυγατέρες τους.

Υπενθυμίζεται ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης του ενός από τους δύο συνεντευξιαζόμενους, ο δεύτερος δεν ήτο παρών για να αποφευχθεί τυχόν παρέμβαση και επηρεασμός των απαντήσεων. Η επιλογή αυτή ήταν εύλογη αφού στην πλειονότητά τους τα άμεσα εμπλεκόμενα άτομα στη φροντίδα τους, ήταν του στενού τους οικογενειακού περιβάλλοντος. Επιπλέον, μετά την συνέντευξη παραχωρήθηκε χρόνος για έκφραση από μέρους τους οποιωνδήποτε σχολίων επί του θέματος, όπως φαίνεται και από τον οδηγό συνέντευξης.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου που αποτελεί μια ερευνητική μέθοδο ερμηνείας του περιεχομένου ενός κειμένου μέσα από τη συστηματική ταξινόμηση, κωδικοποίηση και αναγνώριση θεμάτων (Morse 1991, Κυριαζή 2003, Hsieh and Shannon 2005, Green, Thorogood 2007). Η όλη προσπάθεια βασίστηκε στην ερμηνεία των δεδομένων μέσα από την ελεύθερη και συνοπτική κωδικοποίηση, διατηρώντας όμως το νόημα του περιεχομένου. Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση σύμφωνα με την κωδικοποίηση και μεταφορά τους σε πίνακες ταξινόμησης.

Αναλυτικά, ακολουθώντας τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου το πρώτο βήμα ήταν η μετατροπή των δεδομένων σε κείμενο το οποίο στη συνέχεια έτυχε επεξεργασίας. Έτσι μετά από κάθε συνέντευξη, ακολουθούσε η αποθήκευση και απομαγνητοφώνηση της στον υπολογιστή. Στη

συνέχεια αφού μελετήθηκαν οι δηλώσεις των συμμετεχόντων, διενεργήθηκε η διαδικασία της ανάλυσης περιεχομένου με τη συμπερασματική ανοικτή κωδικοποίηση και ελεύθερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αυτό έγινε από δύο ερευνητές προκειμένου να υπάρξει συμφωνία ως προς τους κωδικούς που αναγνωρίστηκαν, ούτως ώστε να είναι συνοπτικοί, να διατηρούν το νόημα και να είναι αντιπροσωπευτικοί των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, οι κωδικοί καταχωρήθηκαν σε πίνακα, με σκοπό τη στοίχιση μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων για την περαιτέρω ανάλυσή τους. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνθηκαν οι συγκρίσεις μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών και των συγγενών τους αλλά και η σύνδεση των εννοιών μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, η συνοπτική και διαγραμματική παρουσίαση των δεδομένων επέτρεψε συγκρίσεις για ομοιότητες ή διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων. Ο πίνακας βασίστηκε στη θεματική διάταξη του οδηγού συνέντευξης, με τις πέντε θεματικές ενότητες για την υγεία και τις δύο σε σχέση με της υπηρεσίες υγείας, όπως φαίνεται από την Πίνακα 58 που ακολουθεί.

Κάποια παραδείγματα ερωτήσεων/απαντήσεων για σκοπούς εμβάθυνσης σύμφωνα με τον ημιδομημένο οδηγό συνέντευξης σε σχέση με στοιχεία που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής του δείγματος παρουσιάζονται ακολούθως:

Ρωτήθηκε ο ασθενής με κωδικό αριθμό 12 για το πώς αντιλαμβάνεται το νόημα της ζωής και απάντησε: *«Την ζωή μας την έδωσε ο Θεός και αυτός θα μας την πάρει, όποτε θέλει. Ότι και να μας δώσει όσο και αν υποφέρουμε, την τύχη μας και τη ζωή μας εμείς την καθορίζουμε. Να τη δεχόμαστε όπως έρθει. Έχει να κάνει με το νου μας και την πίστη μας. Διότι ο Θεός όταν στέλλει ένα μωρό, στέλλει και την τύχη του».*

Στην ίδια ερώτηση ο ασθενής με κωδικό αριθμό 19 απάντησε: *«Στη ζωή πρέπει να υπάρχει ενδιαφέρον. Να είμαι καλά να έχω ενέργεια και οικονομική άνεση να φροντίζω για τα παιδιά και τα εγγόνια μου. Έχω λίγα χωράφια και το τρακτέρ μου, να ασχολούμαι με το κοπάδι μου και το σπίτι μου».*

Στην ερώτηση για το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής των ασθενών μια θυγατέρα απάντησε: *«Πιστεύω ότι η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με την ευτυχία. Η μητέρα μου είναι ευτυχισμένη και με τα μικρότερα πράγματα».*

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΤΗΤΕΣ

A. Μέρος. Θέματα σε σχέση με το ερωτηματολόγιο SF-36v2

1. Γενικά για την υγεία
2. Φυσική κατάσταση
3. Συναισθηματική κατάσταση
4. Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση
5. Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν

B. Μέρος. Θέματα για τη ΠΖ και τις Υπηρεσίες Υγείας

1. Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν.
2. Υπηρεσίες υγείας

Στις οριζόντιες στήλες του Πίνακα, καταχωρήθηκαν οι θεματικές ενότητες σύμφωνα με το πλαίσιο του οδηγού συνέντευξης και στις κάθετες οι ανοικροί κωδικοί των δηλώσεων των ασθενών και των συγγενών τους. Αυτό θεωρήθηκε σημαντικό για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων με σκοπό την κατανόηση και εμβάθυνση στις αντιλήψεις του δείγματος για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για κάθε θεματική ενότητα χωριστά όπου φαίνονται οι ομοιότητες και οι διαφορές στις αντιλήψεις των δύο ομάδων του δείγματος. Σημειώνεται ότι τα σχόλια των ασθενών και συγγενών τους αξιολογήθηκαν από δύο ερευνητές προκειμένου να εντοπιστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ τους. Επιπλέον, ο χαρακτηρισμός των απαντήσεων των συγγενών για την ΠΖ των ασθενών σε σύγκριση με τις απαντήσεις των ασθενών ως θετικές ή αρνητικές, βασίστηκε στην απόφαση των δύο ερευνητών ότι θετικές θα χαρακτηρίζονταν εκείνες που αφορούσαν σε υψηλότερο επίπεδο της ΠΖ των ασθενών, ενώ αρνητικές εκείνες που αφορούσαν σε χαμηλότερο. Αυτή η απόφαση θεωρήθηκε ως η καλύτερη για την αντικειμενικότερη μεταφορά των δηλώσεων των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, ακολουθεί συνοπτικός πίνακας με την θεματική ενότητα που αφορά στην γενική υγεία των ασθενών με τις κωδικοποιημένες απαντήσεις και των δύο ομάδων του δείγματος (Πίνακας 59). Τέλος, με την

ολοκλήρωση της παρουσίασης των επιμέρους θεματικών ενοτήτων γίνεται μια γενική συγκεντρωτική παρουσίαση όλων των ενοτήτων μαζί.

4.5.1. Θεματική Ενότητα «Γενικά για την υγεία»

Όσον αφορά στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα φαίνεται ότι σε μεγάλο βαθμό οι ασθενείς και οι συγγενείς τους δίνουν παρόμοιες περιγραφές ανά ζεύγος για τη γενική υγεία των ασθενών με κωδικούς όπως: «είναι καλά, καλύτερα, πολύ καλά και κάπως καλά ή χειρότερα». Περιγράφουν όμως και συμπτώματα που τους ταλαιπωρούν όπως: «δύσπνοια, πόνος στο στήθος, μυοσκελετικός πόνος, δυσκινησία» και άλλα (Πίνακας 59). που ακολουθεί.

Πίνακας 59. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Γενικά για την υγεία»

A/A	Δείγμα	Γενικά για την Υγεία
5α	Ασθενής	καλύτερα, πόνος μυοσκελετικός, δυσκινησία, παυσίπονα, μείωση δύσπνοιας
5β	Συγγενής	καλύτερα, πόνος μυοσκελετικός, δυσκινησία, πόνος στο στήθος
6α	Ασθενής	υπέρταση, καλά
6β	Συγγενής	υπέρταση, πολύ καλά
7α	Ασθενής	καλύτερα, κόπωση
7β	Συγγενής	καλύτερα, κόπωση
8α	Ασθενής	πόνος μυοσκελετικός, καλά
8β	Συγγενής	δυσκινησία, καλά
9α	Ασθενής	δυσκινησία, σύγχυση, χειρότερα
9β	Συγγενής	δυσκινησία, σύγχυση, κάπως καλά
10α	Ασθενής	κάπως καλά, δύσπνοια, δυσκινησία, κόπωση
10β	Συγγενής	καλά, δύσπνοια, δυσκινησία, κόπωση

Εκτός από τα συμπτώματα αρκετοί συμμετέχοντες προχωρούν και ένα βήμα παρακάτω υπογραμμίζοντας την ανάγκη για: «θεραπευτική αγωγή με παυσίπονα και την ανάγκη επιπρόσθετης βοήθειας για υπερπήδηση των μυοσκελετικών τους προβλημάτων». Άλλες δηλώσεις για την ενότητα «γενικά για την υγεία» αναφέρουν: «το άγχος και την κόπωση», καταστάσεις για τις οποίες οι αντιλήψεις και των δύο ομάδων συμμετεχόντων συμπίπτουν.

Όσον αφορά στις ομοιότητες στις αντιλήψεις των δύο ομάδων του δείγματος σε σχέση με τη γενική υγεία των ασθενών, φαίνεται ότι παρουσιάστηκαν στις αντιλήψεις των δεκαπέντε από τα εικοσιεννέα ζεύγη συμμετεχόντων. Αντίθετα, από τις διαφορές που εντοπίστηκαν σε δεκατέσσερα ζεύγη συμμετεχόντων, επτά από τους «συγγενείς» είχαν θετικότερη αντίληψη από τους ίδιους τους ασθενείς για τη γενική τους υγεία, ενώ οι υπόλοιποι επτά είχαν αρνητικότερη. Αναλυτικά, αυτοί που είχαν θετικότερη αντίληψη για το θέμα συγγενείς δήλωσαν για τη γενική υγεία των ασθενών ότι ήταν: *«κάπως καλά, καλά, στην ίδια κατάσταση και καλύτερα, σε σχέση με τους ασθενείς που δήλωσαν ότι είναι χειρότερα, κάπως καλά, καλά και μέτρια»*. Οι συγγενείς δηλαδή αξιολόγησαν τη γενική υγεία των ασθενών και την ΠΖ τους σε υψηλότερο βαθμό από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς. Εξάλλου οι συγγενείς που είχαν αρνητική αντίληψη για το θέμα, δήλωσαν ότι οι ασθενείς ήταν: *«χειρότερα, κάπως χειρότερα, είχαν κόπωση, επιπλοκές από την εγχείρηση, μελαγχολία, δυσκινησία, ήταν στην ίδια κατάσταση με πριν και χρειάζονταν βοήθεια»* σε σχέση με τους ασθενείς που δήλωναν ότι ήταν: *«καλά, καλύτερα ή στην ίδια κατάσταση»*. Σε αυτήν την περίπτωση οι συγγενείς αξιολόγησαν τη γενική υγεία και την ΠΖ των ασθενών σε χαμηλότερο βαθμό από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς.

4.5.2.. Θεματική Ενότητα «Φυσική κατάσταση»

Στη θεματική ενότητα που αναφέρεται στη φυσική κατάσταση (σωματική υγεία) των ασθενών η πλειονότητα των συμμετεχόντων, εικοσιπέντε ζεύγη ασθενών και συγγενών, εξέφρασε παρόμοιες τοποθετήσεις ανά ζεύγος για το θέμα. Περιέγραψαν, δηλαδή, τη φυσική/σωματική κατάσταση των ασθενών ως: *«καλή, μέτρια και καλύτερη από πριν το καρδιακό επεισόδιο»*. Επιπλέον πρόσθεσαν ότι είχαν: *«κόπωση, δυσκινησία, μυοσκελετικό πόνο και δυσκολία βάδισης, ενώ υπογράμμισαν την ανάγκη για βοήθεια στο σπίτι»*, εννοώντας εκτός από την εξυπηρέτηση των αναγκών του ασθενούς και τη βοήθεια για τις οικιακές ασχολίες αφού και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων ήταν ηλικιωμένοι. Όσον αφορά στις διαφορετικές αντιλήψεις αυτές αφορούσαν τέσσερις περιπτώσεις, με τους συγγενείς σε δύο περιπτώσεις να δηλώνουν θετικότερες και σε δύο περιπτώσεις αρνητικότερες αντιλήψεις από τους ασθενείς για το θέμα. Συγκεκριμένα, αυτοί που είχαν θετικότερη αντίληψη και αξιολόγησαν σε υψηλότερο βαθμό τη φυσική κατάσταση από τους ασθενείς, δήλωσαν ότι: *«ο ασθενής μπορούσε να αυτοεξυπηρετείται, να ασχολείται με κάποιες δραστηριότητες στο σπίτι, να κάνει βόλτα με το αυτοκίνητο, αλλά να διατηρεί περιόδους ανάπαυσης»*. Επιπλέον, εκείνοι που είχαν κάπως αρνητική αντίληψη και βαθμολόγησαν σε χαμηλότερο βαθμό τη φυσική κατάσταση των ασθενών, δήλωσαν ότι: *«περιορίζονταν στο σπίτι, είχαν μέτρια φυσική*

κατάσταση, δυσκινησία και επιπλοκές από την εγχείρηση». Μερικές κωδικοποιημένες δηλώσεις των συμμετεχόντων φαίνονται στον Πίνακα 60 που ακολουθεί.

Πίνακας 60. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Φυσική κατάσταση»

A/A	Δείγμα	Φυσική Κατάσταση
5α	Ασθενής	δυσκινησία, κόπωση, βοήθεια στο σπίτι
5β	Συγγενής	δυσκινησία, κόπωση, πόνος στο στήθος, βοήθεια στο σπίτι
6α	Ασθενής	δυσκινησία, κόπωση, βοήθεια στο σπίτι
6β	Συγγενής	δυσκινησία, κόπωση, βοήθεια στο σπίτι
7α	Ασθενής	δυσκινησία, κόπωση, αδυναμία
7β	Συγγενής	αυτό-εξυπηρετείται, κόπωση, πόνος μυοσκελετικός
8α	Ασθενής	πόνος μυοσκελετικός, δυσκινησία, βοήθεια στο σπίτι
8β	Συγγενής	δυσκινησία, βοήθεια στο σπίτι
9α	Ασθενής	δυσκινησία, δυσκολία βάρδισης, βοήθεια στην υγιεινή
9β	Συγγενής	δυσκινησία, κόπωση, βοήθεια στο σπίτι
10α	Ασθενής	δυσκινησία, κόπωση, πόνος στο στήθος, βοήθεια στο σπίτι
10β	Συγγενής	δυσκινησία, κόπωση, βοήθεια στο σπίτι

4.5.3. Θεματική Ενότητα «Συναισθηματική κατάσταση»

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών η πλειονότητα των συμμετεχόντων (εικοσιπέντε ζεύγη ασθενών και συγγενών), εξέφρασε παρόμοιες τοποθετήσεις ανά ζεύγος για το θέμα. Περιέγραψαν, δηλαδή, τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών ως: *«καλή, με αισιοδοξία, ευδιαθεσία και αγάπη και υποστήριξαν ότι οι χαρές και η αγάπη των παιδιών τους ήταν πηγή στήριξης»*. Επιπλέον, εξέφρασαν: *«ικανοποίηση από τη ζωή, αποδοχή της ηλικίας και πίστη στο Θεό και δυναμισμό για την αντιμετώπιση του θέματος της υγείας τους»*. Σε μερικές περιπτώσεις τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς εξέφρασαν την αντίληψη ότι σε σχέση με τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών: *«είχαν στενοχώρια, άγχος, ήταν ευσυγκίνητοι και είχαν μελαγχολία»*. Όσον αφορά στις διαφορετικές αντιλήψεις αυτές αφορούσαν σε τρεις περιπτώσεις στους συγγενείς που είχαν πιο αρνητική αντίληψη και αξιολόγησαν σε χαμηλότερο βαθμό τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς, με δηλώσεις όπως: *«έχει άγχος, στενοχωριέται περισσότερο, έγινε πιο ευσυγκίνητος/η και ευαίσθητος/η»*. Σε μια περίπτωση οι αντιλήψεις του συγγενή ήταν πιο θετικές και βαθμολόγησε σε υψηλότερο βαθμό τη συναισθηματική

κατάσταση του ασθενή, με δηλώσεις όπως: «είναι χαρούμενος και ικανοποιημένος». Μερικές κωδικοποιημένες δηλώσεις των συμμετεχόντων φαίνονται στον Πίνακα 61.

Πίνακας 61. Δείγμα κωδικοποιημένων δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Συναισθηματική κατάσταση»

A/A	Δείγμα	Συναισθηματική Κατάσταση
5α	Ασθενής	καλή, ευαισθησία, χαρούμενη, αποδοχή ηλικίας, νιώθει νέα εκτός όταν πονά
5β	Συγγενής	καλή, αποδοχή αλλαγών, αισιοδοξία
6α	Ασθενής	καλή, στενοχώρια με προσφυγιά
6β	Συγγενής	καλή, αποδοχή αλλαγών, το ξεπέρασε
7α	Ασθενής	καλή, στενοχώρια με υγεία, ικανοποίηση από ζωή και αγάπη παιδιών, αγωνίζεται
7β	Συγγενής	ικανοποίηση από ζωή και αγάπη παιδιών, αγωνίζεται
8α	Ασθενής	καλή, ευδιαθεσία, αγάπη οικογενείας, χαρές παιδιών
8β	Συγγενής	καλή, ευδιαθεσία, αγάπη οικογενείας, χαρές παιδιών
9α	Ασθενής	ικανοποίηση από ζωή, στενοχώρια από περιορισμό δραστηριοτήτων, αγωνίζεται
9β	Συγγενής	αισιοδοξία παρόλα τα προβλήματα, αγωνίζεται
10α	Ασθενής	καλή, ευαισθησία, χαρούμενη, αποδοχή ηλικίας, νιώθει νέα εκτός όταν πονά
10β	Συγγενής	καλή, αποδοχή αλλαγών, αισιοδοξία

4.5.4. Θεματική Ενότητα «Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση»

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση των ασθενών, όλοι οι συμμετέχοντες (είκοσι εννιά ζεύγη ασθενών και συγγενών), εξέφρασαν παρόμοιες τοποθετήσεις ανά ζεύγος για το θέμα. Περιέγραψαν, δηλαδή, την οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση των ασθενών ως: «καλή, ότι διατηρούσαν τις ίδιες δραστηριότητες με προηγουμένως και ότι είχαν τη στήριξη του/της συζύγου και των παιδιών τους». Επιπλέον, αναφέρθηκαν σε δραστηριότητες που αφορούσαν σε: «επισκέψεις σε φίλους, παιδιά και συγγενείς, ότι εξακολουθούσαν να κάνουν ταξίδια αναψυχής και να συμμετέχουν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες». Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις που δεν είχαν τη στήριξη που περίμεναν από την οικογένεια, βρήκαν «καταφύγιο στη στήριξη των υπηρεσιών υγείας για τις οποίες εξέφρασαν την ικανοποίησή τους». Επιπλέον, κάποιοι εξέφρασαν την αντίληψη ότι είχαν: «καλές οικογενειακές σχέσεις, γεγονός που τους έδινε χαρά και ένιωθαν ότι έφτασαν σε αυτοπραγμάτωση». Στον Πίνακα 62 παρατίθενται δείγματα των κωδικοποιημένων δηλώσεων των συμμετεχόντων.

Πίνακας 62. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση»

A/A	Δείγμα	Οικογενειακή και Κοινωνική Κατάσταση
5α	Ασθενής	στήριξη συζύγου, συντροφιά, επισκέψεις στα παιδιά, ψυχαγωγία, ταξίδια
5β	Συγγενής	στήριξη συζύγου, συντροφιά, επισκέψεις στα παιδιά, ψυχαγωγία, ταξίδια
6α	Ασθενής	στήριξη παιδιών, φίλων, οικογενείας, επισκέψεις
6β	Συγγενής	στήριξη παιδιών, φίλων, οικογενείας, επισκέψεις
7α	Ασθενής	στήριξη οικογενείας, φίλοι, παρέες, επισκέψεις, χαρές με παιδιά
7β	Συγγενής	στήριξη οικογενείας, φίλοι, παρέες, επισκέψεις, χαρές με παιδιά
8α	Ασθενής	στήριξη συζύγου, παιδιών, εγγονιών, χαρές με παιδιά
8β	Συγγενής	στήριξη συζύγου, παιδιών, εγγονιών, χαρές με παιδιά, αλληλοστήριξη
9α	Ασθενής	μεγάλη επιβάρυνση υγείας, στήριξη από παιδιά
9β	Συγγενής	μεγάλη επιβάρυνση υγείας, περιορισμός δραστηριοτήτων, στήριξη από παιδιά
10α	Ασθενής	στήριξη συζύγου, συντροφιά, επισκέψεις στα παιδιά, ψυχαγωγία, ταξίδια
10β	Συγγενής	στήριξη συζύγου, συντροφιά, επισκέψεις στα παιδιά, ψυχαγωγία, ταξίδια

4.5.5. Θεματική Ενότητα «Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν»

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες (είκοσι οκτώ ζεύγη ασθενών και συγγενών), εξέφρασαν παρόμοιες τοποθετήσεις ανά ζεύγος για το θέμα. Περιέγραψαν, δηλαδή, τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών ως: *«ίδιες ή μειωμένες αλλά ότι συνεχίζαν ακόμα να ασχολούνται με την φροντίδα του σπιτιού, των ζώων, του κήπου, τις επισκέψεις, την συμμετοχή στο καφενείο, βάδισμα και βόλτα»*. Επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις αναφέρθηκαν σε: *«ικανοποίηση από τη ζωή, την οικογένεια και τις ιατρικές υπηρεσίες, ότι ένιωθαν αυτάρκειες, δύναμη και αισιοδοξία, πίστη στο Θεό και θετική αντιμετώπιση»*. Ωστόσο, υπήρξαν, και κάποιες πιο αρνητικές δηλώσεις και από τις δύο ομάδες συμμετεχόντων όπως: *«οι καθημερινές τους δραστηριότητες είχαν μειωθεί, αναγκάστηκαν να περιοριστούν στο σπίτι, να ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, επισκέψεις στο γιατρό και ειδικό διαιτολόγιο»*. Σημειώνεται ότι σε μία περίπτωση ασθενής και συγγενής δεν συμφώνησαν με τις δηλώσεις τους, αφού ο ασθενής ήταν: *«πιο αισιόδοξος και ένιωθε ότι ακολουθούσε τις ίδιες*

δραστηριότητες με πριν» ενώ ο συγγενής αξιολόγησε σε χαμηλότερο βαθμό τις δραστηριότητες του ασθενή με τη δήλωση: «μειώθηκαν αισθητά παρόλες τις προσπάθειες για αντιμετώπιση του θέματος της υγείας του».

Όσον αφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, αυτές επικεντρώθηκαν στο θέμα της: «υγείας, της δυσκινησίας, της ηλικίας, της στήριξης από την οικογένεια και τις υπηρεσίες υγείας, την πίστη στο Θεό και στην ικανότητα αλλαγής φιλοσοφίας και στόχων». Επίσης «η προσωπικότητα» φαίνεται να έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, αφού εξέφρασαν την αντίληψη ότι χαρακτηριστικά όπως: «η αισιοδοξία, ο δυναμισμός, το να είσαι αυτόρκτης, να καθορίζεις το μέλλον σου, να προσπαθείς να το αντιμετωπίσεις, να δέχεσαι τις αλλαγές, να θέλεις να ζήσεις και να είσαι θετικός» συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ποιότητας ζωής και των καθημερινών δραστηριοτήτων. Μερικές από τις κωδικοποιημένες δηλώσεις των συμμετεχόντων φαίνονται στον Πίνακα 63.

Πίνακας 63. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν»

A/A	Δείγμα	Καθημερινές Δραστηριότητες και Παράγοντες που τις Επηρεάζουν
5α	Ασθενής	μειωμένες δραστηριότητες, τηλεόραση, βόλτα, επισκέψεις, λίγο βελονάκι
5β	Συγγενής	περισσότερος χρόνος, επισκέψεις, βόλτες με προσοχή
6α	Ασθενής	ασχολίες σπιτιού, περισσότερη ανάπαυση, προσπάθεια αντιμετώπισης, θέληση
6β	Συγγενής	έχει θέληση και προσπαθεί, προσοχή, επισκέψεις σε φίλες
7α	Ασθενής	μειωμένες δραστηριότητες, στήριξη παιδιών, φαρμακευτική αγωγή, δίαιτα
7β	Συγγενής	δεν παραμελεί τον εαυτό της, εξακολουθεί να φροντίζει τα παιδιά, παίρνει δύναμη από χαρές παιδιών, ανανεώνεται
8α	Ασθενής	ίδιες δραστηριότητες, φροντίζει τα ζώα του, φαρμακευτική αγωγή, στήριξη συζύγου
8β	Συγγενής	ίδιες δραστηριότητες, φροντίζει τα ζώα του, φαρμακευτική αγωγή, στήριξη συζύγου, συντροφιά, περίπατος, άγχος όταν δεν ασχολείται
9α	Ασθενής	περιορισμός δραστηριοτήτων, αντιμετωπίζει με αισιοδοξία, φαρμακευτική αγωγή, προσπάθεια
9β	Συγγενής	περιορισμός δραστηριοτήτων, αντιμετωπίζει με αισιοδοξία, φαρμακευτική αγωγή, προσπάθεια, κήπος, συντροφιά
10α	Ασθενής	μειωμένες δραστηριότητες, τηλεόραση, βόλτα, επισκέψεις, λίγο βελονάκι
10β	Συγγενής	περισσότερος χρόνος, επισκέψεις, βόλτες με προσοχή

4.5.6. Θεματική Ενότητα «Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν»

Στη θεματική ενότητα που αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (είκοσι τέσσερα ζεύγη ασθενών και συγγενών), εξέφρασε παρόμοιες τοποθετήσεις για το θέμα. Περιέγραψαν δηλαδή την ποιότητα ζωής των ασθενών ως: *«καλή, ότι είχαν καλή και ωραία ζωή, ζούσαν καλά, είχαν ικανοποιητική δραστηριότητα και υγεία, ήταν οικονομικά καλά, είχαν αγάπη, και δεν στερούνταν»*. Επιπλέον, εκφράστηκαν και αντιλήψεις ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται από: *«το ίδιο το άτομο, η ευτυχία δεν αγοράζεται, το νόημα της ζωής δεν χάνεται, όσο ζούμε πρέπει να αγωνιζόμαστε, να ευχαριστιόμαστε με τα μικρά, η ζωή έχει πάντα αξία, ότι πρέπει να έχεις στόχους και αγάπη στην οικογένεια»*. Όσον αφορά τις διαφορές στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ασθενών και συγγενών, φαίνεται ότι οι συγγενείς αξιολόγησαν σε ψηλότερο βαθμό την ΠΖ των ασθενών από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς με γενικές δηλώσεις όπως: *«η ποιότητα ζωής είναι όταν έχεις τα απαραίτητα, αυτό-εξυπηρετείσαι, έχεις αγάπη στην οικογένεια και ότι το χρήμα δεν είναι το παν αλλά βοηθά στο να απολαμβάνεις καλύτερα τα αγαθά»*.

Όσον αφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, αυτοί επικεντρώθηκαν στο θέμα της υγείας, της δυσκινησίας, της ηλικίας, της στήριξης από την οικογένεια, της οικονομικής κατάστασης και στην ικανότητα αλλαγής φιλοσοφίας και στόχων που έχει σχέση με την προσωπικότητα. Φαίνεται ότι η προσωπικότητα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο αφού εξέφρασαν την αντίληψη ότι χαρακτηριστικά όπως: *«ο δυναμισμός, η αισιοδοξία, η διατήρηση του νοήματος και της αξίας της ζωής, ο τρόπος σκέψης, το να είσαι αυτάρκης, να καθορίζεις το μέλλον σου, να προσπαθείς να αντιμετωπίσεις τα προβλήματα υγείας, να δέχεσαι τις αλλαγές, να θέλεις να ζήσεις με λιγότερα και να είσαι θετικός»* συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Μερικές από τις κωδικοποιημένες δηλώσεις των συμμετεχόντων για το θέμα φαίνονται στον Πίνακα 64.

Πίνακας 64. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν»

A/A	Δείγμα	Ποιότητα Ζωής και Παράγοντες που την Επηρεάζουν
5α	Ασθενής	μικρές απαιτήσεις, ευχαρίστηση με λίγα, εμείς την καθορίζουμε, μια βόλτα μπορεί να σε τονώσει/καυγάδες, οικονομικά προβλήματα, ηλικία, κόπωση
5β	Συγγενής	εξαρτάται από το ίδιο το άτομο, η ευτυχία δεν αγοράζεται, απλώς περιορίζονται κάποιες δραστηριότητες ανεξάρτητα/ηλικία, δυσκινησία, περιορισμός
6α	Ασθενής	το νόημα της ζωής, κάθε ηλικία έχει τις χαρές της/το οικονομικό, στεναχώρια προσφυγιάς, υγεία, εργασία
6β	Συγγενής	όσο ζούμε πρέπει να προσπαθούμε, δράση σε όλους τους τομείς/το οικονομικό
7α	Ασθενής	ευτυχισμένη, ικανοποιημένη από ζωή/ηλικία, κόπωση, αδυναμία
7β	Συγγενής	ευχαριστημένη με τα μικρά, αυτό είναι ποιοτικό, αρκετά καλή ζωή, η οικογένεια βοηθά/το άγχος, ηλικία
8α	Ασθενής	είναι καλά, έχει ενέργεια, ενδιαφέρον, αγάπη παιδιών/υγεία, τα προβλήματα ζωής, ηλικία, άγχος εργασίας, δυσκινησία
8β	Συγγενής	να είσαι καλά, κάθε ηλικία έχει τις χαρές της/ότι στείλει ο Θεός
9α	Ασθενής	η ζωή έχει πάντα αξία παρόλο που περιορίστηκαν οι δραστηριότητες/υγεία, σκέψεις, οικονομικό, δυσκινησία, έλλειψη μεταφορικού
9β	Συγγενής	να είσαι καλά/υγεία, οικονομικό, προβλήματα όρασης, ψυχολογικό
10α	Ασθενής	μικρές απαιτήσεις, ευχαρίστηση με λίγα, εμείς την καθορίζουμε, μια βόλτα μπορεί να σε τονώσει/καυγάδες, οικονομικά προβλήματα, ηλικία, κόπωση
10β	Συγγενής	εξαρτάται από το ίδιο το άτομο, η ευτυχία δεν αγοράζεται, απλώς περιορίζονται κάποιες δραστηριότητες ανεξάρτητα/ηλικία, δυσκινησία, περιορισμός

4.5.7. Θεματική Ενότητα «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και προτάσεις βελτίωσης»

Όσον αφορά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις προτάσεις βελτίωσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (είκοσι τέσσερα ζεύγη ασθενών και συγγενών), εξέφρασε παρόμοιες τοποθετήσεις για το θέμα. Περιέγραψαν, δηλαδή, τις υπηρεσίες υγείας: «ως καλές, ότι είναι ικανοποιημένοι από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν στήριξη από τους γιατρούς και εξυπηρέτηση σε σχέση με τα φάρμακα». Επιπλέον, σε πέντε περιπτώσεις οι συγγενείς διαφώνησαν και αξιολόγησαν σε χαμηλότερο επίπεδο από ότι οι ασθενείς τις υπηρεσίες υγείας εκφράζοντας περισσότερα παράπονα σε σχέση με τους ασθενείς που δήλωσαν ικανοποιημένοι. Ενώ

σε μια περίπτωση τα παράπονα αφορούσαν και στα «νεύρα» των γιατρών κατά την εξέταση. Αναλυτικά στις περιπτώσεις που οι συγγενείς αξιολόγησαν χαμηλότερα από τους ασθενείς τις υπηρεσίες υγείας, εξέφρασαν παράπονα για την: «*ταλαιπωρία αναμονής για ιατρική εξέταση, για το ότι τα ραντεβού δεν είναι συχνά, για την οργάνωση, την καθυστέρηση στο φαρμακείο, για την έλλειψη γιατρών και την έλλειψη υπηρεσίας κατ-οίκον νοσηλείας*».

Όσον αφορά στις προτάσεις βελτίωσης όλοι συμφωνούν και εισηγούνται: «*την αύξηση του αριθμού των γιατρών, την καλύτερη οργάνωση, την τήρηση συχνότερων ιατρικών επισκέψεων, την ύπαρξη προσωπικού γιατρού, την επίσπευση του χρόνου για εξέταση και την προμήθεια φαρμάκων*». Στον Πίνακα 65 παρατίθενται μερικές από τις κωδικοποιημένες δηλώσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 65. Δείγμα δηλώσεων σε σχέση με τη θεματική ενότητα «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και προτάσεις βελτίωσης»

A/A	Δείγμα	Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας και Προτάσεις Βελτίωσης
5α	Ασθενής	καλές, ανάγκη βελτίωσης
5β	Συγγενής	καλές, ανάγκη βελτίωσης, ξεχωριστή κλινική, καλύτερη οργάνωση
6α	Ασθενής	ικανοποίηση από υπηρεσίες και γιατρό, εισήγηση για καλύτερη οργάνωση, κατοίκον φροντίδα
6β	Συγγενής	ικανοποίηση από υπηρεσίες και γιατρό, εισήγηση για καλύτερη οργάνωση
7α	Ασθενής	καλές υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, ανάγκη βελτίωσης, να σταματήσει το μέσον, καλύτερη εξυπηρέτηση στα φάρμακα
7β	Συγγενής	καλές υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, ανάγκη βελτίωσης, να σταματήσει το μέσον, καλύτερη εξυπηρέτηση στα φάρμακα
8α	Ασθενής	καλές υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, χρειάζονται περισσότεροι γιατροί, κατοίκον φροντίδα
8β	Συγγενής	καλές υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, χρειάζονται περισσότεροι γιατροί, κατοίκον φροντίδα
9α	Ασθενής	καλές υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, να γίνει το ΓΕΣΥ
9β	Συγγενής	παράπονα από υπηρεσίες και στήριξη γιατρού, χρειάζονται περισσότεροι γιατροί για μείωση της ταλαιπωρίας αναμονής, να είναι ευγενικοί, κατοίκον φροντίδα
10α	Ασθενής	καλές, ανάγκη βελτίωσης
10β	Συγγενής	καλές, ανάγκη βελτίωσης, ξεχωριστή κλινική, καλύτερη οργάνωση

Όπως ήδη αναφέρθηκε μετά την περιγραφή των αποτελεσμάτων για κάθε θεματική ενότητα χωριστά, ακολούθησε μια συνολική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, για τον εντοπισμό διαφορών

μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων στο σύνολο των θεματικών ενότητων (Πίνακας 66). Από την επιμέρους ανάλυση των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι σε όλες τις θεματικές ενότητες η πλειονότητα των συμμετεχουσών ομάδων (ασθενών και συγγενών) συμφωνεί μεταξύ τους, εκτός από την πρώτη ενότητα που αφορά στη γενική υγεία των ασθενών όπου οι μισοί συγγενείς εξέφρασαν διαφορετικές αντιλήψεις. Ειδικά σε αυτή την ενότητα, οι θετικές ή αρνητικές διαφωνίες των συγγενών σε σχέση με τις αντιλήψεις των ασθενών για το θέμα της γενικής υγείας μοιράζονται. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 66 που ακολουθεί, δεκαπέντε συγγενείς συμφωνούν με τις αντιλήψεις των ασθενών, ενώ δεκατέσσερις διαφωνούν. Από αυτούς οι μισοί είχαν θετικότερη αντίληψη (βαθμολόγησαν υψηλότερα) και οι υπόλοιποι μισοί αρνητικότερη (βαθμολόγησαν χαμηλότερα) από τους ασθενείς την ΠΖ των ασθενών.

Εντυπωσιακό επίσης είναι ότι στη θεματική ενότητα της οικογενειακής και κοινωνικής κατάστασης υπάρχει σχεδόν ταύτιση αντιλήψεων μεταξύ ασθενών και συγγενών ενώ στην ενότητα για τις καθημερινές δραστηριότητες και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν είκοσι οκτώ ζεύγη ασθενών και συγγενών συμφωνούν μεταξύ τους. Εξάλλου στις θεματικές ενότητες για τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση είκοσιπέντε συγγενείς συμφωνούν με τους ασθενείς και μόλις τέσσερις διαφωνούν. Επιπλέον, στη θεματική ενότητα για την ποιότητα ζωής και τους παράγοντες που την επηρεάζουν οι πέντε διαφορετικές τοποθετήσεις των συγγενών ήταν γενικής φύσεως και δεν περιλάμβαναν συγκεκριμένα αρνητικά ή θετικά στοιχεία. Τέλος, στη θεματική ενότητα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις προτάσεις για βελτίωση, είκοσι τέσσερις συγγενείς συμφώνησαν στις δηλώσεις τους με τους ασθενείς και πέντε διαφώνησαν εκφράζοντας αρνητικές αντιλήψεις για το θέμα.

Πίνακας 66. Συνοπτικός πίνακας με τις ομοιότητες και διαφορές των αντιλήψεων των 2 ομάδων συμμετεχόντων (ασθενών και συγγενών) κατά θεματική ενότητα

Θεματική Ενότητα	Ομοιότητες Αποτελεσμάτων	Διαφορές Αποτελεσμάτων		Σύνολο Διαφορετικών Αποτελεσμάτων
		Θετικές	Αρνητικές	
Γενικά για την υγεία	15	7	7	14
Φυσική κατάσταση	25	2	2	4
Συναισθηματική κατάσταση	25	1	3	4
Οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση	29	-	-	-
Καθημερινές δραστηριότητες και παράγοντες που τις επηρεάζουν	28	-	1	1
Ποιότητα ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν	24	5	-	5 (γενικές τοποθετήσεις)
Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και προτάσεις βελτίωσης	24	-	5	5

Από τις συνεντεύξεις προέκυψαν και κάποια άλλα πολύτιμα συμπεράσματα σε σχέση με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η κατανόηση και εμπάθυνση στο θέμα της ποιότητας ζωής της πιο πάνω ομάδας ασθενών

μέσα από τα ποιοτικά δεδομένα συνέβαλε και στην εξαγωγή κάποιων γενικών παρατηρήσεων. Πρώτον, διαπιστώθηκε ότι το κλειδί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ήταν η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών αντιμετώπισης που στηρίζονται στην προσωπικότητα του ατόμου και τη γενική κατάσταση της υγείας του, όπως διαμορφώνεται ανάλογα με την ηλικία και τις προσδοκίες που έχει από τη ζωή του.

Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα χαρακτηρίζονται από ιδιότητες της προσωπικότητας όπως: η αισιοδοξία, ο δυναμισμός, η ικανότητα καταβολής προσπάθειας, η ικανοποίηση από τη ζωή, η τόλμη, η πίστη στο Θεό, η προσαρμοστικότητα και η εκτίμηση στις αξίες της ζωής. Επιπρόσθετα, θεώρησαν ως σημαντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης, την οικογενειακή στήριξη από το σύζυγο και τα παιδιά, τη στήριξη από φίλους και τις καλές σχέσεις γενικότερα. Σημειώνεται ότι οι συγγενείς συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με τους ασθενείς, αλλά υπογράμμισαν την ανάγκη για ύπαρξη οικιακής βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών.

Εν κατακλείδι οι ασθενείς εξέλαβαν την ποιότητα ζωής τους ως την «καλή ζωή», την οποία απολάμβαναν λόγω της ανάπτυξης μιας «δυνατής» κατά τους ίδιους προσωπικότητας. Θεώρησαν επίσης την ικανότητά τους να χρησιμοποιούν προσαρμοστικούς μηχανισμούς για να ικανοποιούνται με λιγότερα και να διατηρούν την υγεία τους σε αποδεκτά για τους ίδιους επίπεδα, ως πολύ σημαντικά στοιχεία στη διατήρηση της ποιότητας της ζωής τους.

Επιπλέον στοιχεία όπως η θρησκεία, η πίστη στο Θεό, η εκτίμηση στις αξίες της ζωής και η οικονομική κατάσταση, θεωρήθηκαν ως άμεσα εμπλεκόμενοι παράγοντες στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ η ηλικία παρόλο που θεωρήθηκε σημαντική, αν η προσωπικότητα του ατόμου περιλάμβανε ισχυρά συστατικά, τότε αυτή δεν επηρέαζε αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Αντίθετα, οι προσδοκίες από τη ζωή ενώ θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι εκλείπουν με την ηλικία, φαίνεται ότι η διατήρησή τους σε υψηλό βαθμό, συνέβαλε θετικά στην ενίσχυση της προσωπικότητας και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

Στην ίδια κατεύθυνση φαίνεται ότι συνέβαλαν και οι υπηρεσίες υγείας, οι οποίες οφείλουν να συνεισφέρουν σε τέτοιο βαθμό που να επιτυγχάνεται ένα υψηλό επίπεδο υγείας των πολιτών, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση της υγείας, θεωρήθηκε η συμβολή των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ανάλογα με το επίπεδο και την ποιότητα υπηρεσιών που προσέφεραν, επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Διαμόρφωσαν επίσης το βαθμό ικανοποίησης ή μη των ασθενών, οι οποίοι σε αρκετές περιπτώσεις εξέφρασαν και συγκεκριμένες εισηγήσεις για βελτίωσή τους. Θεώρησαν, δηλαδή, ότι η καλύτερη οργάνωση, η στρατηγική αποκατάστασης και η καλύτερη ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, με την αύξηση του αριθμού των

καρδιολόγων θα μπορούσε να συμβάλει τα μέγιστα προς αυτήν την κατεύθυνση. Ανεξάρτητα δε από την κατάσταση της υγείας του, ο κάθε ασθενής φαίνεται να αναπτύσσει μηχανισμούς αντιμετώπισης με σκοπό τη διατήρηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του.

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τις κωδικοποιημένες απαντήσεις τους, οι συμμετέχοντες διατηρήσαν τις αρχικές θεματικές ενότητες της συνέντευξης, εισάγοντας όμως κάποια νέα στοιχεία. Για παράδειγμα, η κατηγορία στόχος παραμένει: «η ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ στη Κύπρο» καθώς και οι κύριες κατηγορίες «Μηχανισμοί αντιμετώπισης/ανάκτησης αυτοελέγχου», «Υγεία» και «Υπηρεσίες Υγείας». Ωστόσο, παρουσιάστηκε μια βασική νέα κατηγορία που σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων, ήταν η κατηγορία της «Προσωπικότητας», η οποία επηρεάζει δραστικά την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης/ανάκτησης αυτοελέγχου και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο. Υπογραμμίζεται ότι σε μεγάλο βαθμό η προσωπικότητα, σύμφωνα πάντα με τους ίδιους αλληλεπιδρά με την ηλικία και τις προσδοκίες του ατόμου από τη ζωή του. Όταν δηλαδή η προσωπικότητα του ατόμου είναι ισχυρή και το άτομο έχει στόχους και προσδοκίες, τότε αγωνίζεται και ανακτά τον αυτοέλεγχο στη ζωή του, με αποτέλεσμα να διατηρεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής του σε ικανοποιητικά επίπεδα.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι φανερό από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, ότι η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους ερευνητές σε διεθνές επίπεδο. Πολλοί από αυτούς προσέγγισαν το θέμα από διαφορετική οπτική γωνία, με διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, με τη θεραπεία και το φύλο ή άλλους παράγοντες. Η παρούσα μελέτη προσέγγισε το θέμα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο μέσα από τις αντιλήψεις των ιδίων των ασθενών και των συγγενών τους, συλλέγοντας, εκτός από ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα.

Η ηλικία θεωρείται από τους σοβαρότερους αιτιολογικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων και έχει σχέση με την ανάπτυξη άλλων συνοδών νοσημάτων (Pearlman, Uhlmann 1988, Bosworth et al. 2000, Sjogren, Thulin 2004, Collins et al. 2002, Goins et al. 2006, Jensen et al. 2006, Failde, Soto 2006, Huber et al. 2007, Agarwal, Schechter & Zaman 2009). Όσον αφορά στις μελέτες που έγιναν σε σχέση με την ηλικία, βρέθηκε αρχική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, ιδιαίτερα μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη (Collins et al. 2002, Sjogren, Thulin 2004, Goins et al. 2006, Jensen et al. 2006, Huber et al. 2007, Merkuris et al. 2008, Agarwal, Schechter & Zaman 2009) ενώ σε μία προοπτική μακροχρόνιου τύπου μελέτη που έγινε στη Σουηδία, βρέθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών ήταν πολύ πιο χαμηλή από το γενικό πληθυσμό (Sjogren & Thulin 2004). Σημαντικό ρόλο όμως στην επιδείνωση της ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών παίζει και η εγκατάλειψη, η απομάκρυνση από την οικογένεια, η χηρεία και η ιδρυματοποίηση, που συντηρούν το άγχος, την ανασφάλεια και την απαισιοδοξία (Lukkarinen & Hentinen 1997). Έχει επίσης βρεθεί από αρκετές μελέτες ότι υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας και των δεικτών θνητότητας και νοσηρότητας, ενώ σε περιπτώσεις ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα ένα χρόνο μετά την επέμβαση, έχει βρεθεί ότι οι πιο πάνω δείκτες βελτιώνονται (Μερκούρης και Αποστολάκης 2004, Lie et al. 2009).

Στην παρούσα μελέτη η ΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, με βάση τις απόψεις των ασθενών βρέθηκε ότι για τις επιμέρους διαστάσεις η ΠΖ ήταν ελαφρά χαμηλότερη από αυτήν του γενικού πληθυσμού και μόνο για τη διάσταση του συναισθηματικού ρόλου βρέθηκε αρκετά χαμηλότερο επίπεδο (MT=51,50 vs 66,96 και 69,35), ενώ για το σωματικό πόνο βρέθηκε αρκετά υψηλότερο επίπεδο (MT=72,23 vs 62,03 και 60,69) σε σχέση πάντα με τα αποτελέσματα των δύο άλλων ερευνών στην Ελλάδα για την ίδια ηλικιακή ομάδα του γενικού πληθυσμού (Pappa et al. 2005, Τούντας και συν. 2007).

Επίσης ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι σε σχέση με τη διάσταση του σωματικού πόνου, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και από τον Τουρκικό γενικό πληθυσμό όπως παρουσιάζεται στην έρευνα των Demiral et al. (2006). Ενδεχομένως, αυτό ίσως να οφείλεται στην κατάλληλη θεραπευτική ή επεμβατική αγωγή που συνήθως ακολουθούν οι ασθενείς με ΣΝ.

Τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν με τις μελέτες που αξιολόγησαν την ΠΖ των ασθενών με ΣΝ (Bosworth et al. 2000, Muller-Nordhorn et al. 2004, Boini et al. 2006, Zhang et al. 2006, Christian et al. 2007). Επίσης συμφωνούν και με τα αποτελέσματα της μελέτης των Sjogren και Thulin (2004) που έγινε στη Σουηδία, όπου βρέθηκε ότι η ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΝ μετά από CABG, ήταν σημαντικά χαμηλότερη από το γενικό πληθυσμό όσον αφορά στη σωματική λειτουργικότητα ενώ σε σχέση με το σωματικό πόνο δήλωσαν ότι είχαν λιγότερο από το γενικό πληθυσμό. Εκτιμάται ότι η πολύ υψηλή βαθμολόγηση της ΠΖ σε σχέση με το σωματικό πόνο, μπορεί να οφείλεται και στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, ή στο ότι ένα μεγάλο ποσοστό υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση. Επίσης ίσως να οφείλεται και στο ότι πολιτισμικά και λόγω προσωπικότητας οι Κύπριοι δεν μεμψιμοιρούν, είναι αισιόδοξοι και όπως φάνηκε και από τα ποιοτικά δεδομένα αναπτύσσουν μηχανισμούς αντιμετώπισης και ανάκτησης αυτοελέγχου. Για παράδειγμα, η ασθενής από τη Λεμεσό με κωδικό18 δήλωσε ότι: *«Η ζωή είναι δώρο του Θεού και αυτός θα μας την πάρει όποτε θέλει, όμως τη ζωή και την τύχη μας εμείς την καθορίζουμε. Είναι όλα μέσα στο μυαλό μας. Πρέπει να έχεις πίστη στο Θεό γιατί όταν στέλλει ένα μωρό, στέλλει και την τύχη του»*. Η κυρία με κωδικό1, επίσης από τη Λεμεσό δήλωσε: *«Την ποιότητα ζωής την κανουμε εμείς οι ίδιοι από μόνοι μας»*. Η όπως δήλωσε η ασθενής με κωδικό 11 από τη Λευκωσία: *« Είμαι δυναμικός άνθρωπος, έχω πολλή θέληση, δεν είπα είμαι άρρωστη και θα κάτσω. Προσπαθώ! Μπορεί να μην μπορώ να κάνω τις δουλειές μου, όμως τις κάνω. Δε λέω: δεν μπορώ και να κάτσω»*.

Για τις δύο συνολικές διαστάσεις, η μέση τιμή 42,13 για τη σωματική και 41,01 για την ψυχική διάσταση δείχνουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής, αφού σύμφωνα πάντα με τους ερευνητές που ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο, το όριο των 47 για το γενικό πληθυσμό είναι ακόμα χαμηλότερο όταν ληφθεί υπόψη η ηλικία και μπορεί να φθάσει το 38,1 για την ηλικιακή ομάδα των άνω των 75 ετών (Ware, Kosinski and Dewey 2000). Πράγματι, σε διαχρονικές μελέτες μετά από επέμβαση CABG σε ηλικιωμένους όπως η μελέτη των Sjogren και Thulin (2004) που έγινε στη Σουηδία, βρέθηκε ότι η ΠΖ των ασθενών ήταν σημαντικά χαμηλότερη από το γενικό πληθυσμό σε δύο διαστάσεις της υγείας που αφορούσαν στο σωματικό πόνο και στη σωματική λειτουργικότητα. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη παρόλο που στη σωματική λειτουργικότητα δήλωσαν χαμηλότερη βαθμολογία, οι ασθενείς είχαν λιγότερο σωματικό πόνο από το γενικό πληθυσμό, εύρημα που παρατηρήθηκε και στην παρούσα μελέτη. Πρέπει πάντως να επαναληφθεί στο σημείο

αυτό, ότι οι παραπάνω τιμές εφόσον δεν υπήρχαν νόρμες για τον ελληνικό πληθυσμό, υπολογίστηκαν με βάση τον αλγόριθμο του Αμερικάνικου πληθυσμού και για αυτό τα συμπεράσματα θα πρέπει να ληφθούν με κάθε επιφύλαξη.

Ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση των αντιλήψεων μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων (ασθενών και συγγενών τους), για την ΠΖ των ασθενών με ΣΝ. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών συγκλίνουν, αξιολογώντας ως χαμηλότερη την ποιότητα ζωής των ασθενών στη συνολική σωματική λειτουργικότητα (MT=42,13 και MT=42,45, αντίστοιχα). Με ελαφρώς χαμηλότερες βαθμολογίες από τη συνολική σωματική λειτουργικότητα βαθμολόγησαν οι συμμετέχοντες και τη συνολική ψυχική υγεία (MT=41,15 για τους ασθενείς και MT=40,73 για τους συγγενείς). Η ελαφρώς χαμηλότερη αξιολόγηση των συγγενών για την συνολική διάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να οφείλεται είτε στην αυστηρή αξιολόγηση των συγγενών για τη διάθεση των ασθενών και την εκδήλωση άγχους, αλλά και στον τύπο της προσωπικότητάς τους, που όπως υποστηρίζουν και οι Al-Ruzzeh et al. (2005) αυτός αποτελεί καθοριστικό στοιχείο της ψυχικής υγείας. Ή όπως φάνηκε από τα ποιοτικά δεδομένα και τις τοποθετήσεις των ίδιων των ασθενών, στην έλλειψη στήριξης και αγάπης από την οικογένεια. Για παράδειγμα ο ασθενής με κωδικό 5 από τη Λεμεσό δήλωσε: *«Κάλεσα κάποιους παλιούς συνεργάτες μου να έρθουν να με δουν. Δεν ήρθε κανένας. Απογοητεύτηκα πολύ»*. Όμως υπήρξαν και δηλώσεις που τόνισαν τη σημασία της στήριξης από την οικογένεια όπως ο ασθενής με κωδικό 11 από τη Λευκωσία: *«Η οικογένεια μου είναι το παν. Παναγία μου, τα παιδιά μου δεν έφυγαν από το πλευρό μου, ούτε ο άνδρας μου, ούτε τα παιδιά μου»*. Άλλη κυρία με κωδικό 20 από τη Λευκωσία δήλωσε: *«Στηρίζομαι στο σύζυγο. Αλίμονο! Μόνο να σκεφτώ ότι μπορεί να φύγει νωρίτερα, χάνομαι. Δεν μπορώ ούτε μέρα μου λείπει ο άνδρας μου»*. Αυτό φαίνεται και από τη μελέτη των Merkouris et al. (2008) που βρήκαν ότι το 80,4% των συμμετεχόντων σημείωσε βελτίωση στην ΠΖ του, παρόλο που ένα ποσοστό >60% συνέχισε να αναφέρει επιδείνωση όσον αφορά στην αυτοπεποίθηση και την εξάρτηση από άλλους, χαρακτηριστικό ενός προστατευτικού περιβάλλοντος. Μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις παρόλο που είχαν στήριξη από τον/τη σύζυγο, όταν δεν είχαν καλές κοινωνικές σχέσεις ή είχαν πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου και συγκεκριμένα κάποιου από τα παιδιά τους, τότε ένιωθαν πολύ «πεσμένοι» και εκφράστηκαν με φράσεις όπως «ο κύκλος της ζωής τελειώνει, τι άλλο να περιμένεις». Για παράδειγμα ο ασθενής με κωδικό 14 από τη Λεμεσό δήλωσε: *«Τι να σου κάνει η οικογένεια; Ήρθαν είδαν με, θάψαμε το παιδί μου και ύστερα ο καθένας μόνος του στον πόνο του»*. Το ίδιο φαίνεται και από τη δήλωση της ασθενούς με κωδικό 29 από την Πάφο: *«Ο θάνατος του παιδιού μου με απασχολεί περισσότερο από την υγεία μου»*. Σε άλλη περίπτωση ο ασθενής με κωδικό 27 από την Πάφο δήλωσε: *«Μια παρεξήγηση με ένα γείτονα μου, με επηρέασε συναισθηματικά»*. Αυτό φαίνεται και από τη μελέτη των

Merkouris et al. (2008) που βρήκαν ότι το 80,4% των συμμετεχόντων σημείωσε βελτίωση στην ΠΖ του, παρόλο που ένα ποσοστό >60% συνέχισε να αναφέρει επιδείνωση όσον αφορά στην αυτοπεποίθηση και την εξάρτηση από άλλους, χαρακτηριστικό ενός υπερπροστατευτικού περιβάλλοντος. Πάντως, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι βαθμολογίες για τις συνολικές βαθμολογίες υπολογίστηκαν με βάση τις νόρμες του αμερικάνικου πληθυσμού, αφού δεν υπάρχουν στοιχεία για τον ελληνικό πληθυσμό.

Όσον αφορά στις αντιλήψεις των ασθενών συγκλίνουν με μικρή διαφορά από εκείνες των άμεσα εμπλεκόμενων στη φροντίδα τους ατόμων, εκτός από τέσσερις, που παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και αφορούν στο ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας ($P=0,012$), τη γενική υγεία ($P=0,014$), το ρόλο το συναισθηματικό ($P=0,049$) και την ψυχική υγεία ($P=0,026$), με τους ασθενείς να αναφέρουν υψηλότερο επίπεδο ζωής από τους συγγενείς τους στη γενική και ψυχική υγεία. Ενώ σε σχέση με τους ρόλους, φαίνεται ότι οι ασθενείς βαθμολόγησαν χαμηλότερα την ποιότητα ζωής τους απ' ότι οι συγγενείς τους στο ρόλο σωματικής λειτουργικότητας και το συναισθηματικό. Ίσως αυτό να αποτελεί ένδειξη ότι οι συγγενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες απ' ότι οι ίδιοι οι ασθενείς σε σχέση με τους ρόλους. Σε σχέση με τη γενική και ψυχική υγεία, οι ασθενείς βαθμολόγησαν σε υψηλότερο επίπεδο την ποιότητα ζωής τους απ' ότι οι συγγενείς τους, που πιθανόν να οφείλεται και πάλι στο ότι οι συγγενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες από τους ασθενείς, ή στο ότι κρίνουν αυστηρότερα ή πιο αντικειμενικά το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σύμφωνα με τη συγκριτική μελέτη των Phillips et al. (2003), οι σύζυγοι βαθμολόγησαν 10% χαμηλότερα την ΠΖ των ασθενών στη συνολική σωματική υγεία, αλλά στις επιμέρους διαστάσεις δεν υπήρξαν διαφορές με τις αντιλήψεις των ασθενών. Σημειώνεται ότι το δείγμα ήταν μικρό και αφορούσε μόνο 57 ζεύγη συμμετεχόντων. Ωστόσο, τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι σημαντικά αφού είναι η μοναδική συγκριτική μελέτη που αφορά σε ηλικιωμένους ασθενείς και χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο SF-36. Σε δεύτερη συγκριτική μελέτη των Fast, Steinke & Wright (2009) οι σύζυγοι συμφωνούσαν στην αξιολόγηση για την ΠΖ των συμμετεχόντων ασθενών και θεωρούσαν ότι βελτιώνονταν με την πάροδο του χρόνου, στις 18 εβδομάδες που συμπληρωνόταν το πρόγραμμα αποκατάστασης στο οποίο συμμετείχαν. Σημειώνεται ότι η πιο πάνω μελέτη αφορούσε νεαρότερους ασθενείς >21 ετών και το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό αφού αφορούσε μόνο σε 42 ζεύγη συμμετεχόντων. Και οι δύο μελέτες συστήνουν περαιτέρω έρευνα στο θέμα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όπως προαναφέρθηκε δείχνουν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών και συγγενών συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό εκτός από κάποιες επιμέρους διαστάσεις υγείας που επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των δύο συγκριτικών μελετών που προαναφέρθηκαν. Το γεγονός όμως ότι στην παρούσα μελέτη δεν έγιναν προοπτικές μετρήσεις, ενδεχομένως να αφήνει

κάποιο κενό και να δημιουργεί την εντύπωση ότι το επίπεδο ΠΖ των ασθενών με ΣΝ στην Κύπρο είναι χαμηλότερο από το γενικό Αμερικανικό πληθυσμό, παρόλο που σύμφωνα με την ηλικία του δείγματος θεωρείται ότι εμπίπτει στα φυσιολογικά όρια. Αυτή η παράμετρος θα μπορούσε να διερευνηθεί περισσότερο με προοπτικές μελέτες και σε διαφορετικές ηλικίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Επιπλέον, πιστεύεται ότι η σύγκλιση των αντιλήψεων των δύο ομάδων συμμετεχόντων στις συνολικές βαθμολογίες και η εντόπιση κάποιων στατιστικά σημαντικών διαφορών στις τέσσερις από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας, πιθανόν να οφείλεται και πάλιν στους πιο πάνω λόγους, ενώ οι συγκλίσεις διατηρούνται και στις δύο πιο ευαίσθητες συνολικές διαστάσεις σε σχέση με τη σωματική και ψυχική υγεία, παρόλο που δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Σε σχέση με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς και οι συγγενείς στις επιμέρους ερωτήσεις του SF-36 αξίζει να αναφερθούν τα κάτωθι. Όσον αφορά στην πρώτη ερώτηση του SF-36 για τη γενική υγεία, φαίνεται ότι το 42,3% ασθενών δήλωσαν ότι η υγεία τους ήταν καλή έως άριστη, ενώ μόνο το 9,0% δήλωσε ότι ήταν κακή. Το μικρό ποσοστό που δήλωσε ότι η υγεία τους ήταν κακή, ενδεχομένως σε αυτήν την περίπτωση να μην οφείλεται στη συννοσηρότητα, αφού τότε το ποσοστό των ασθενών με κακή υγεία θα ήταν πολύ μεγαλύτερο. Ίσως όμως, να οφείλεται σε άλλους παράγοντες όπως η απουσία συζύγου, ή η έλλειψη κοινωνικής συνοχής που όπως υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία μειώνουν το επίπεδο της ΠΖ (McPherson & Smith-Lovin 2002). Αντίθετα, στην ερώτηση για το πώς συγκρίνουν τη γενική τους υγεία με αυτή που είχαν ένα χρόνο πριν, σχεδόν οι μισοί ασθενείς (48,7%) δήλωσαν ότι ήταν περίπου η ίδια. Είναι όμως ενδιαφέρον ότι το 19,7% την χαρακτήρισε από κάπως καλύτερα έως πολύ καλύτερα με εμφανή βελτίωση, παρόλο που αφορά σε άτομα με ηλικία ≥ 65 ετών με πιθανά άλλα προβλήματα υγείας. Ενδεχομένως σε μικρό χρονικό διάστημα μετά την έναρξη του νοσήματος, οι ασθενείς να συνηθίζουν τις αλλαγές που επέφερε η νόσος και να αναπτύσσουν μηχανισμούς αντιμετώπισης, εύρημα που εντοπίστηκε και από την ποιοτική προσέγγιση του θέματος. Αυτή η διαπίστωση υποστηρίζεται και στις περισσότερες μελέτες που εντοπίστηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές στους 6 και 12 μήνες μετά το ΣΝ (Bosworth et al. 2000, Muller-Nordhorn et al. 2004, Boini et al. 2006, Zhang et al. 2006, Christian et al. 2007). Όσον αφορά στη βαθμολογία των συγγενών σε σύγκριση με εκείνη των ασθενών, φαίνεται ότι συμφωνούν με τους ασθενείς με κάπως χαμηλότερα όμως ποσοστά. Τα πιο πάνω ευρήματα, συμφωνούν με τη μοναδική μελέτη που διενήργησαν οι Fast, Steinke & Wright (2009) για την ΣΥΠΖ των νεαρότερων όμως καρδιολογικών ασθενών (ΣΝ, ΕΜ, Αορτοστεφανιαία παράκαμψη) και αφορούσε στις αντιλήψεις των ιδίων και των συζύγων τους, χωρίς τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων. Σύμφωνα με τους πιο

πάνω ερευνητές, βρέθηκε ότι και οι δύο ομάδες συμμετεχόντων, συμφωνούσαν μεταξύ τους ως προς τη βαθμολογία και ότι με την πάροδο του χρόνου η ΠΖ των ασθενών, σημείωσε βελτίωση.

Στην ερώτηση που περιγράφει όλες τις δραστηριότητες μιας συνηθισμένης ημέρας και κατά πόσον αυτές είχαν επηρεαστεί από την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, μια σημαντική παρατήρηση ήταν ότι το ποσοστό δυσκολίας ήταν ανάλογο με την ένταση της δραστηριότητας. Φάνηκε δηλαδή ότι περιορίζονταν σημαντικά με την έντονη δραστηριότητα, το περπάτημα >1 km και το ανέβασμα σειρών από σκαλοπάτια. Αντίθετα, όσον αφορά στις λιγότερο κοπιαστικές δραστηριότητες, οι ασθενείς δήλωσαν ότι δεν περιορίζονταν καθόλου (68,4-70,7%). Επιπλέον, οι συγγενείς σημείωσαν παρόμοια αποτελέσματα και συμφωνούν με τους ασθενείς για το βαθμό επιβάρυνσης που βιώνουν, σε σχέση με τις δραστηριότητες μιας συνηθισμένης μέρας. Ενδεχομένως, αυτή η συμφωνία που εντοπίστηκε, να οφείλεται στη στενή καθημερινή επαφή και συνεχή εμπλοκή των συγγενών στη φροντίδα των ασθενών. Σε αρκετές μάλιστα περιπτώσεις είναι σαν να καθρεφτίζουν τις αντιλήψεις των ασθενών εύρημα που τεκμηριώνεται και από άλλες μελέτες (Phillips et al. 2003, Fast, Steinke & Wright 2009). Επιπλέον, η πιθανή «υποτίμηση» των χαμηλής έντασης δραστηριοτήτων από τους ασθενείς, ίσως να οφείλεται στη μεγαλύτερη σημασία που δίνουν σε εκείνες που αφορούν στην έντονη επιβάρυνση. Εξάλλου, η ωριμότητα που επέδειξαν στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης και η δυναμική τους προσωπικότητα όπως διαφάνηκε από την ποιοτική προσέγγιση, φαίνεται να αποτελούσαν τους κυριότερους παράγοντες ανάκτησης αυτοελέγχου και ικανοποίησης από την ποιότητα της ζωής τους, γεγονός που υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία (Bergman, Berterö 2001). Επιπλέον, οι ερευνητές στην προαναφερόμενη μελέτη βρήκαν ότι οι ασθενείς είχαν το αίσθημα της καλής προσαρμογής αφού υιοθέτησαν τεχνικές αλλαγής τρόπου ζωής όπως η άσκηση και η περισυλλογή.

Στις ερωτήσεις που σχετίζονταν με το σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς υποστήριζαν ότι ο χρόνος που αφιέρωναν στη δουλειά τους σχεδόν δεν επηρεάστηκε. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην ερώτηση για την κοινωνική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία, όπου οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι κοινωνικές τους δραστηριότητες και η ψυχική τους υγεία δεν είχαν επηρεαστεί. Πολύ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ερώτηση για την ψυχική υγεία των ασθενών, στην οποία απάντησαν ότι αισθάνονταν ευτυχισμένοι τις περισσότερες φορές έως συνεχώς. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως αισιοδοξία και αγωνιστικότητα για την ανάληψη αυτοελέγχου όπως προέκυψε και από τα ποιοτικά δεδομένα της παρούσας μελέτης. Για παράδειγμα η ασθενής με κωδικό 31 από την Πάφο δήλωσε: *«Είμαι χαρούμενη όταν τα παιδιά μου είναι χαρούμενα και νιώθω νέα μαζί τους, παρόλο που έχω αδυναμία και προβλήματα υγείας. Πιστεύω ότι όσο ζει ο άνθρωπος πρέπει να έχει ελπίδες και να περνά ευχάριστα»*. Περίπου το ίδιο δήλωσε και ο ασθενής με κωδικό 4 από τη Λευκωσία: *«Η ζωή έχει πάντα ενδιαφέρον, έχω τα παιδιά*

και τα εγγόνια μου, έχω ενέργεια, ασχολούμαι με το χωράφι μου και τα ζώα μου και είμαι καλά». Εξάλλου όσον αφορά στο σωματικό πόνο, μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι τα 2/3 των συμμετεχόντων ασθενών δήλωσαν ότι ο πόνος που ένιωσαν τις τελευταίες 4 εβδομάδες ήταν από ήπιος έως καθόλου, επιτρέποντας έτσι την έμμεση εκτίμηση ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου ήταν όντως αποτελεσματικές και είχαν βελτίωση. Εντούτοις, ακόμα και σε σύγκριση του σωματικού πόνου με τη συνηθισμένη εργασία που είχαν οι ασθενείς τόσο μέσα όσο και έξω από το σπίτι, οι εκτιμήσεις τους διατηρούνταν στο ίδιο επίπεδο. Επιπλέον, οι συγγενείς συμφώνησαν με τους ασθενείς στις ερωτήσεις που σχετίζονταν με το συναισθηματικό ρόλο, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και το σωματικό πόνο, ότι επηρεάστηκαν οι δραστηριότητες και η ΠΖ των ασθενών από μέτρια έως καθόλου. Γενικά και στις υπόλοιπες διαστάσεις της κοινωνικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας, οι συγγενείς συμφωνήσαν στις βαθμολογίες τους με τους ασθενείς. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σε σχέση με τις πιο πάνω διαστάσεις υγείας, επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που εντοπίστηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Bosworth et al. 2000, Muller-Nordhorn et al. 2004, Boini et al. 2006, Zhang et al. 2006, Christian et al. 2007)

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης που αφορούν στις αντιλήψεις των ασθενών σε σχέση με τις διαστάσεις υγείας και του φύλου, οι άνδρες είχαν με στατιστικά σημαντική διαφορά καλύτερη ΠΖ από τις γυναίκες του δείγματος σε όλες τις διαστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων των οκτώ επιμέρους διαστάσεων και των δύο συνολικών βαθμολογιών στη σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και οι μελέτες που αξιολόγησαν την ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΝ σε σχέση με ψυχολογικούς, κλινικούς και άλλους παράγοντες (Bosworth et al. 2000, Norris et al. 2004). Στα ίδια αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο κατέληξαν και άλλες μελέτες, στις οποίες οι γυναίκες ασθενείς βαθμολόγησαν χαμηλότερα την ποιότητα ζωής τους από τους άνδρες του δείγματος (Bosworth et al. 2000, Norris et al. 2004, Failde et al. 2006, Christian et al. 2007, Norris et al. 2008, Broddadottir et al. 2009). Οι λόγοι για τους οποίους πιθανόν εμφανίζεται αυτή η διαφοροποίηση σε σχέση με το φύλο είναι πολλοί. Εκτός από τις ανατομικές διαφορές, οι γυναίκες έχουν μικρότερες στεφανιαίες αρτηρίες και για αυτό το λόγο εμφανίζουν υψηλότερη χειρουργική θνητότητα και χειρότερη πρόγνωση για εμφάνιση στηθάγχης μετά από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη (Broddadottir et al 2009). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες έχουν καθυστερημένη χρονικά έναρξη της στεφανιαίας νόσου και για αυτό ίσως είναι μεγαλύτερης ηλικίας και πάσχουν και από άλλα νοσήματα (Broddadottir et al 2009). Έχει επίσης παρατηρηθεί, ότι οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα ψυχολογικά προβλήματα από τους άνδρες, όπως φόβο και άγχος ιδιαίτερα πριν την επέμβαση (Broddadottir et al 2009). Συγκεκριμένα, εκτός από το φύλο, έχουν εντοπιστεί και αρκετοί άλλοι παράγοντες ως πολύ σημαντικοί για την ΠΖ των ασθενών,

όπως: η ηλικία, το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασία, η παρουσία συζύγου, οι συνθήκες διαβίωσης, η σωματική κατάσταση, η αντίληψη για την υγεία, η κοινωνική στήριξη και η ψυχολογική κατάσταση, που αξιολογήθηκε ως ο σημαντικότερος από όλους τους παράγοντες (Yu, Lee & Woo 2004, Goins et al. 2006, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009).

Σε σχέση με την ηλικία, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων με ($P<0,01$), που επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία (Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009, Barbareschi et al. 2009). Συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα που ήταν 65-70 ετών, είχε υψηλότερο επίπεδο ζωής από τις ομάδες 71-80 και >81 ετών. Όσον αφορά την ΠΖ των ασθενών σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες ηλικίας και τις διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου, βρέθηκε σημαντική διαφορά στην ομάδα των ασθενών από 65-70 ετών που δήλωσαν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από τις δύο άλλες ηλικιακές ομάδες, στη συνολική σωματική λειτουργικότητα. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται και από την διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η ηλικία αποτελεί παράγοντα επιδείνωσης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΣΝ (Failde, Soto 2006, Failde et al. 2009). Επιπλέον, το χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ είχε η ηλικιακή ομάδα >80 ετών, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της σημαντικής συγκριτικής μελέτης στην οποία βρέθηκε ότι η ΠΖ των ηλικιωμένων ήταν χαμηλή (Phillips et al 2003). Εξάλλου, από τις μελέτες που εντοπίστηκαν για την αξιολόγηση της ΠΖ σε ηλικιωμένους με ΣΝ, βρέθηκε ότι η ηλικία επιδρά αρνητικά στο επίπεδο της ΠΖ (Huber et al. 2007, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009), γεγονός που επισημαίνει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα σε βάθος χρόνου. Πολύ ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και το γεγονός ότι η ενδιάμεση ηλικιακή ομάδα των 71-80 ετών, είχε το χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στη συνολική ψυχική υγεία, παρόλο που δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες. Βέβαια αυτό τεκμηριώνεται ως αναμενόμενο εύρημα από τη βιβλιογραφία, αφού η στεφανιαία νόσος παρουσιάζεται συχνότερα στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα πληθυσμού (Ακύρου 1998). Τέλος, παρόλο που δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνολική ψυχική υγεία, η ενδιάμεση ομάδα των 70-80 ετών είχε χαμηλότερη ΠΖ, ενώ οι μεγαλύτεροι >81 ετών είχαν καλύτερη. Αυτό ίσως να οφείλεται στην ωριμότητα και στην αποδοχή των πιο ηλικιωμένων ασθενών των αλλαγών που επέφερε η νόσος και που όπως φάνηκε από τα ποιοτικά δεδομένα, νιώθουν ότι έφτασαν σε «ολοκλήρωση» και «αυτοπραγμάτωση».

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες ασθενείς είχαν κάποιο άτομο (συγγενή) να εμπλέκεται άμεσα στη φροντίδα τους. Συγκεκριμένα, το 81,2% των ασθενών ήταν έγγαμοι και κατά συνέπεια το άτομο που άμεσα εμπλεκόταν στην φροντίδα τους ήταν ο/η σύζυγος. Το υψηλό ποσοστό παρουσίας τέτοιου ατόμου μπορεί να ερμηνευτεί από την νοοτροπία που επικρατεί στην Κύπρο, όπου η οικογένεια ως θεσμός διατηρείται

σε υψηλά επίπεδα και θεωρείται ως το κύτταρο της κοινωνίας. Η συναισθηματική σταθερότητα και υποστήριξη που δέχεται το άτομο με την παρουσία του/της συζύγου, θεωρείται πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών που αντιμετωπίζει εξαιτίας των αλλαγών που επέφερε η νόσος. Αυτό υποστηρίζεται και από το μοντέλο της λειτουργικότητας και των κοινωνικών ρόλων που αναπτύχθηκε από τους Bigelow et al (1982) και βασίστηκε στη «θεωρία των αναγκών» και τη «θεωρία των ρόλων» του (Maslow 1954). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο για να καλύψει τις βασικές του ανάγκες λειτουργικότητας, πρέπει να αναπτύξει ρόλους σύμφωνα με τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, την οικογένεια, το γάμο, τη συντροφικότητα και την αυτοφροντίδα, ούτως ώστε να επέλθει ικανοποίηση από τη ζωή του και να φτάσει σε κατάσταση ευτυχίας. Αυτή η τοποθέτηση, συμφωνεί και με τη θεωρία της κοινωνικής συνοχής, όπου το άτομο έχει ανάγκη να αποτελεί αναπόσπαστο μέλος της ομάδας, στον κοινωνικό χώρο που ανήκει (McPherson & Smith-Lovin 2002).

Επιπλέον, κάποιες ερευνητικές μελέτες φαίνεται να τεκμηριώνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ποιότητας ζωής. Αυτό βρέθηκε και σε ανάλογες μελέτες που απευθύνονταν σε άλλο πληθυσμό και ανασκοπήθηκαν για την παρούσα έρευνα, όπου το άτομο στα πλαίσια της κοινωνικής στήριξης και ιδιαίτερα της οικογένειας με την παρουσία συζύγου είχε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Bosworth et al. 2000, Dantas 2002, Yu. Lee & Woo 2004, Rantanen et al. 2008, Rantanen et al. 2009). Στην παρούσα έρευνα, ίσως σε κάποιο βαθμό να περιορίζεται η εξαγωγή συμπερασμάτων και συγκρίσεων, αφού όπως προαναφέρθηκε μόνο το 81,2% των ασθενών ήταν έγγαμοι. Παρόλα αυτά, με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία, στην παρούσα μελέτη ενώ η βαθμολόγηση για την ΠΖ των συμμετεχόντων ήταν χαμηλότερη του γενικού πληθυσμού και στις δύο συνολικές βαθμολογίες για τη σωματική και ψυχική υγεία, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη σωματική υγεία ($P < 0,001$) με τους ασθενείς που είχαν τον/την σύζυγο τους, να έχουν δηλώσει καλύτερη ΠΖ από τους υπόλοιπους. Η στήριξη από άτομα του οικείου περιβάλλοντος των ασθενών φαίνεται ότι συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και υποστηρίζεται από τα ποιοτικά δεδομένα της παρούσας μελέτης αλλά και από άλλη σχετική με την παρούσα μελέτη των Fast, Steinke και Wright (2009) που αφορούσε στις αντιλήψεις των ασθενών και των συζύγων τους για την ΣΥΠΖ των καρδιολογικών ασθενών.

Όπως και με την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται από κάποια ερευνητικά δεδομένα ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής. Ένα πολύ σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης που αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, ήταν ότι επτά στους δέκα ασθενείς είχαν επίπεδο δημοτικής εκπαίδευσης ή και λιγότερης και αρκετά χαμηλό επίπεδο ΠΖ. Σημειώνεται ότι η υποχρεωτική εκπαίδευση στην Κύπρο καλύπτει και τη

γυμνασιακή εκπαίδευση, προϊόν όμως της εκπαιδευτικής πολιτικής των τελευταίων δεκαετιών, που σημαίνει ότι δεν καλύπτει τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες (Νόμος 24(I) 1993:80). Εντυπωσιακό όμως είναι και το γεγονός ότι στη γυμνασιακή και πάνω εκπαίδευση, η επαρχία Λεμεσού είχε υψηλότερα ποσοστά (33,7%) από τις υπόλοιπες, ακολουθούμενη από τη Λευκωσία (27,4%) και την Πάφο 26,9%). Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι η Λεμεσός παρόλο που δεν είναι η πρωτεύουσα της χώρας, αποτελούσε ανέκαθεν κοιτίδα πολιτισμού και πολιτιστικών δρώμενων. Σημείο αναφοράς είναι και ο Εθνικός Ποιητής της Κύπρου Βασίλης Μιχαηλίδης ο οποίος ήταν νοσηλευτής στο επάγγελμα και εκτός από το πλούσιο συγγραφικό έργο που άφησε ως κληρονομιά, επιτέλεσε και σημαντικό νοσηλευτικό έργο στο πρώτο Νοσηλευτήριο της Λεμεσού κατά την περίοδο της Αγγλοκρατίας (Γεωργιάδης 1995). Από την άλλη όμως, μπορεί οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης στη Λευκωσία να επισκέπτονταν τα δύο ιδιωτικά καρδιολογικά κέντρα και ως εκ τούτου να μην υπάρχει σαφής εικόνα, αφού δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις διαστάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των δύο συνολικών βαθμολογιών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, εκτός από τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν γυμνασιακή και άνω εκπαίδευση είχαν δηλώσει υψηλότερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που είχαν δημοτική ή λιγότερη. Αυτό είναι εύλογο αφού οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης πιστεύεται ότι είναι θετικότεροι στην υιοθέτηση αλλαγών και θεραπευτικών οδηγιών και αυτό υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία (Yu, Lee & Woo 2004, Goins et al. 2006, Merkouris et al. 2008, Barbareschi et al. 2009).

Η κατάσταση εργασίας όπως ήταν αναμενόμενο, δεδομένου και του κριτηρίου της ηλικίας του δείγματος που ήταν ≥ 65 ετών, εμπίπτει στην ηλικία συνταξιοδότησης του πληθυσμού με ποσοστό 98,8%. Με αυτό το σκεπτικό η επανένταξη των ασθενών στο προηγούμενο περιβάλλον εργασίας δεν συνάδει με την καθαυτό εργασία αλλά με την επανένταξη στις προηγούμενες καθημερινές δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι.

Όσον αφορά στο ιατρικό ιστορικό, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν στεφανιαία νόσο, ενώ 53,6% είχαν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη διάγνωση στις τρεις από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας, τη σωματική λειτουργικότητα, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα και στη μία από τις δύο συνολικές βαθμολογίες, τη συνολική σωματική λειτουργικότητα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο χωρίς έμφραγμα του μυοκαρδίου είχαν δηλώσει χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που είχαν έμφραγμα στις προαναφερόμενες διαστάσεις. Αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως παράδοξο αφού γενικά το ΕΜ θεωρείται ως πιο βαρύ νόσημα. Δεδομένων όμως των ενδεικνυόμενων μεθόδων αντιμετώπισης του ΕΜ σε σχέση με το ΣΝ χωρίς ΕΜ και των άμεσων χειρουργικών επεμβάσεων

φαίνεται να επιτυγχάνεται μεγάλη βελτίωση στη συμπτωματολογία των ασθενών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Haghfelt et al. 2000, Jarvinen 2003, Spertus et al. 2004, Penckofer et al. 2005, Loponen et al. 2007, Lee 2008, Schechter, Agarwal & Zaman 2009, Lie et al. 2009, Rantanen et al. 2009, Pfaffenberger et al. 2010). Φαίνεται, ότι γενικά η ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νοσο επηρεάζεται σημαντικά μετά την εμφάνιση της νόσου, ιδιαίτερα στο ρόλο της σωματικής λειτουργικότητας, το συναισθηματικό ρόλο, τη ζωτικότητα, και τη γενική υγεία (Boini et al. 2006).

Εξάλλου περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (63%), είχαν υποβληθεί είτε σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή σε αγγειοπλαστική (37%). Η διερεύνηση του είδους της χειρουργικής επέμβασης (αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και αγγειοπλαστικής) σε σχέση με την ΠΖ θεωρήθηκε πολύ σημαντική, αφού από τη βιβλιογραφία ένα μεγάλο ποσοστό των ερευνών επικεντρώνεται στην επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μελέτη της βιβλιογραφίας, επιβεβαιώνει ότι υπάρχει σαφής βελτίωση ιδιαίτερα σε σχέση με το χρόνο, στους έξι και δώδεκα μήνες μετά από τις επεμβάσεις επαναιμέτωσης τους μυοκαρδίου (Haghfelt et al. 2000, Jarvinen 2003, Spertus et al. 2004, Penckofer 2005, Le Grande 2006, Loponen 2007, Schechter, Agarwal & Zaman 2009, Rantanen et al. 2009, Pfaffenberger et al. 2010). Όμως πολλές μελέτες που σύγκριναν τα αποτελέσματα της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και αγγειοπλαστικής στην ΠΖ των ασθενών, εντόπισαν ότι οι ασθενείς μετά από αγγειοπλαστική, βραχυπρόθεσμα είχαν αναφέρει βελτίωση στην ΠΖ τους, ενώ μακροπρόθεσμα ανέφεραν βελτίωση εκείνοι που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (King et al. 1994, Hamm et al. 1994, Sim et al. 1995, Lukkarinen 1998, Loponen et al. 2007).

Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική είχαν δηλώσει καλύτερο επίπεδο ΠΖ από εκείνους που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, με όσους είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο ΠΖ, σε δύο από τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας, στο σωματικό πόνο και το ρόλο τον συναισθηματικό και σε μία από τις δύο συνολικές βαθμολογίες, αυτής της συνολικής ψυχικής υγείας. Ενδεχομένως οι επιπλοκές που περιλαμβάνει η αορτοστεφανιαία παράκαμψη να είχαν επιβαρύνει περισσότερο την ΠΖ των ασθενών σε σύγκριση με εκείνους που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, σε αρχικό στάδιο μετά την επέμβαση. Εντούτοις, όπως προαναφέρθηκε από διαχρονικού τύπου μελέτες, φάνηκε ότι σε επεμβάσεις επαναιμέτωσης του μυοκαρδίου, παρατηρείται μεγαλύτερο μετεγχειρητικό όφελος μακροπρόθεσμα στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, παρά σε εκείνους που είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική (Loponen et al. 2007). Επιπλέον, όπως υποστηρίζεται και από τη Lukkarinen (1998), που αξιολόγησε την ΠΖ ασθενών μετά από επεμβάσεις επαναιμέτωσης, ενώ οι ασθενείς

μετά από αγγειοπλαστική αρχικά παρουσίασαν βελτίωση και επέστρεψαν γρηγορότερα στην εργασία τους, στη συνέχεια είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στηθάγχης.

Στην παρούσα μελέτη, σε σχέση με το είδος της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση και συντηρητική θεραπεία), βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με υψηλότερο επίπεδο ΠΖ σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της υγείας εκτός από τρεις, το ρόλο σωματικής λειτουργικότητας, το σωματικό πόνο και την κοινωνική λειτουργικότητα και στις δύο συνολικές βαθμολογίες της συνολικής σωματικής και ψυχικής υγείας, στους ασθενείς που χειρουργήθηκαν σε σύγκριση με εκείνους που δεν χειρουργήθηκαν. Παρόλα αυτά, παρατηρείται ένα κενό για την μετέπειτα εξέλιξη του επιπέδου ΠΖ των ασθενών σε βάθος χρόνου. Ακόμα και η παρούσα μελέτη που το 30% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι είχαν περάσει 1-5 έτη από τη διάγνωση, δεν κατόρθωσε να αναδείξει κάποια συσχέτιση με το είδος της επέμβασης και την επίδραση της, στην ΠΖ των ασθενών.

Όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με στεφανιαία νόσο, από τη μελέτη της βιβλιογραφίας, φάνηκε ότι οι κυριότεροι είναι: το γυναικείο φύλο, σε σχέση με το σωματικό πόνο, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σε σχέση με τη σωματική λειτουργικότητα και το χαμηλό κλάσμα εξώθησης σε σχέση με την κινητικότητα, τη συναισθηματική αντίδραση, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την κοινωνική απομόνωση (Peric et al. 2008). Επιπλέον, καθοριστικοί παράγοντες μη βελτίωσης κρίθηκαν: η συνολική κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας (Le Grande et al. 2006, Lie et al. 2009), η περιφερική αγγειοπάθεια, οι επιπλοκές φλεγμονής και ο τύπος προσωπικότητας ως καθοριστικό στοιχείο της ψυχικής υγείας (Al-Ruzzeh et al. 2005). Άλλοι παράγοντες που όπως προαναφέρθηκε φαίνεται να επιβαρύνουν τη ΠΖ των ασθενών με ΣΝ είναι: το γυναικείο φύλο, σε σχέση με το σωματικό πόνο, ο σακχαρώδης διαβήτης σε σχέση με τη σωματική λειτουργικότητα και το χαμηλό κλάσμα εξώθησης σε σχέση με την κινητικότητα, τη συναισθηματική αντίδραση, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την κοινωνική απομόνωση (Peric et al. 2008)

Επιπλέον στην παρούσα μελέτη, ένα μεγάλο ποσοστό 59,7% των ασθενών, είχαν ένα ή περισσότερα συνοδά νοσήματα. Τα συχνότερα από αυτά ήταν η υπέρταση με ποσοστό εμφάνισης 39,8% και ο σακχαρώδης διαβήτης με 36,9% που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελούν και παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (Ακύρου 1998). Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οι ασθενείς που είχαν συνοδό νόσημα, είχαν χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ με στατιστικά σημαντική διαφορά, σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της υγείας και στις δύο συνολικές βαθμολογίες, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με την ανάλυση περιεχομένου των ποιοτικών δεδομένων που αφορά στη διαδικασία της ανοικτής κωδικοποίησης και κατηγοριοποίησης, εμφανίστηκαν μέσα από την εννοιολογική σημασία των δηλώσεων των συμμετεχόντων, ιδέες και έννοιες που εξηγούν τα

εμπειρικά ποσοτικά δεδομένα (Glaser 2001 & Dahlgren 2007). Αυτή η διαδικασία βοήθησε στην καλύτερη κατανόηση του θέματος της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων ασθενών και στην πιο συγκεκριμένη και συνοπτική παρουσίαση των ποιοτικών δεδομένων. Για την πρόληψη προκατάληψης και τυχόν προ-κατανόησης και καθοδήγησης των αποτελεσμάτων στο θέμα, η παρούσα μελέτη αναζήτησε τις πηγές ποιοτικών προσεγγίσεων εκ των υστέρων (Dahlgren 2007). Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκε μία ποιοτική μελέτη της Lukkarinen (2005) και μία μελέτη με τριγωνοποίηση της Bergman και Berterö (2001) που περιέχει ένα μέρος με ποιοτική προσέγγιση και αναφέρθηκαν προηγουμένως στο Κεφάλαιο 6.1. στο Α' Μέρος της διατριβής. Η ανάλυση των πιο πάνω μελετών έγινε με βάση τη φαινομενολογία, όμως τα αποτελέσματά τους κρίθηκαν σημαντικά για σκοπούς σύγκρισης με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όπως αναφέρονται στη συνέχεια.

Φαίνεται ότι η «Υγεία» όντως αποτελεί τον κύριο παράγοντα πάνω στον οποίο οικοδομείται η ποιότητα ζωής των ασθενών στην παρούσα μελέτη. Το αγαθό της «Υγείας» που κατά τους αρχαίους Έλληνες θεωρήθηκε ως το υπέρτατο αγαθό, φαίνεται ότι βρήκε εφαρμογή στα συμφραζόμενα των συμμετεχόντων και υποστηρίζεται από το θεωρητικό μοντέλο του Ware (2000) για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τη συσχέτισή της με τη θεωρία του αυτό-ελέγχου «locus of control» από τον (Rotter 1990).

Η θεωρία αυτή όπως προαναφέρθηκε, ανάγεται στην κοινωνική ψυχολογία και πρωτοπαρουσιάστηκε από τον Rotter (1990), για την ανάληψη ελέγχου «locus of control», που βασίζεται στην πεποίθηση των ατόμων ότι έχουν τη δύναμη να αναλάβουν τον έλεγχο για τα γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή τους. Η θεωρία έχει επεκταθεί από τότε και θεωρείται ως σημαντικό στοιχείο στις μελέτες σε σχέση με την προσωπικότητα. Αποτελείται βασικά από δύο σκέλη, τον εσωτερικό έλεγχο που στηρίζεται στην πεποίθηση ότι τα γεγονότα που επισυμβαίνουν στη ζωή των ατόμων, πηγάζουν πρωταρχικά από τη δική τους συμπεριφορά και δράση και τον εξωτερικό έλεγχο, όπου κυριαρχεί η πεποίθηση ότι για καθετί που τους συμβαίνει ευθύνονται κάποιοι ισχυροί άλλοι, η μοίρα και όχι οι ίδιοι.

Όσον αφορά στις αντιλήψεις και των δύο ομάδων συμμετεχόντων για τη γενική υγεία, σε πολλές περιπτώσεις ξεπερνούν τα αναμενόμενα, τονίζοντας τη σημασία της, τους παράγοντες που την επηρεάζουν ακόμα και την περαιτέρω επιβάρυνσή της από συνοδά νοσήματα λόγω ηλικίας. Εκείνο όμως που κάνει εντύπωση, είναι η δύναμη για ανάκτηση δυνάμεων, αυτονομίας και αυτοπραγμάτωσης μέσα από μηχανισμούς αντιμετώπισης που αναπτύσσουν οι ασθενείς συνήθως λόγω της προσωπικότητας και των θρησκευτικών πεποιθήσεων. Όπως οι ίδιοι εκφράστηκαν με δικά τους λόγια: *«εγώ νομίζω ότι οι ίδιοι καθορίζουμε τη τύχη μας», «όλα είναι στο μυαλό μας και εξαρτάται από την πίστη μας αν θα είμαστε καλά», «είμαι καλά, το οφείλω στην πίστη μου στο Θεό,*

τον παρακαλούσα να με βοηθήσει και τώρα κάνω γιορτή εδώ και 15 χρόνια». Και παρόλο που η ηλικία επιβάρυνε σε αρκετές περιπτώσεις την υγεία τους, με την ανάπτυξη διαφόρων άλλων νοσημάτων, εντούτοις οι περισσότεροι αισθάνονταν ότι ήταν «μια χαρά» και ένιωθαν ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους γιατί τώρα δεν είχαν άγχος ούτε ένταση λόγω εργασίας και υποχρεώσεων.

Επιπλέον, παρόλο που αναγνωρίστηκαν πολλοί παράγοντες που επιβάρυναν την ποιότητα ζωής τους, εκείνον που θεωρούν ως το κυριότερο παράγοντα επιβάρυνσης, είναι η κατάσταση της υγείας τους και η επιβάρυνση από τη νόσο. Στην προσπάθεια μάλιστα να αντεπεξέλθουν, «να σταθούν στα πόδια τους» όπως οι ίδιοι εκφράστηκαν, εκείνο που τους βοήθησε ήταν οι μηχανισμοί αντιμετώπισης που ανέπτυξαν για να «παλέψουν» αυτές τις αλλαγές. Μέσα σε αυτές συγκαταλέγονται η πίστη στο Θεό, οι καλές οικογενειακές σχέσεις, η ύπαρξη συζύγου, η αγάπη από τα παιδιά και η επικοινωνία και η στήριξη από τις υπηρεσίες υγείας.

Το γεγονός ότι η νόσος επιβαρύνει την ποιότητα ζωής και τη γενική διάσταση της υγείας, υποστηρίζεται και από τις Bergman και Berterö (2001) σε μια ποιοτική μελέτη που διεξήχθη στη Σουηδία, με θέμα: «ποιοτική έρευνα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο: Μπορείς να το κάνεις αν κατευθύνεις το μυαλό σου σ' αυτό», παρόλο που στον τίτλο δεν περιλαμβάνεται ο όρος «Ποιότητα ζωής». Η ερευνητική προσέγγιση στην πιο πάνω μελέτη, στόχευε στη κατανόηση της υποκειμενικής αντίληψης των ασθενών με στεφανιαία νόσο για το πώς βιώνουν τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους. Από τα συμφραζόμενα των συμμετεχόντων στην πιο πάνω μελέτη, φαίνεται ότι η φυσική τους κατάσταση, η ψυχική και η κοινωνική είχαν επηρεαστεί από τη νόσο. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η Lukkarinen (2005), που στη φαινομενολογική προσέγγιση του θέματος της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο», βρήκε ότι η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική, η ηλικία και η έλλειψη εργασίας ήταν σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες στην ποιότητα ζωής των νεαρότερων όμως ασθενών. Παρόλα αυτά, η εξασφάλιση αυτο-ελέγχου και αλλαγής του τρόπου ζωής τους, φαίνεται να εξαρτάται τόσο από τους ίδιους όσο και από τη στήριξη που δέχονται είτε από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή από τους επαγγελματίες υγείας. Περαιτέρω οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι το αίσθημα καλής κατάστασης και προσαρμογής, το αισθάνθηκαν αφού είχαν υιοθετήσει την άσκηση, την περίοδο ανάπαυσης και περισυλλογής στη ζωή τους. Καταλήγοντας, όπως και στην παρούσα μελέτη, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα αποτελέσματα της μελέτης τους επιβεβαίωσαν τη θεωρία του αυτό-ελέγχου του (Rotter 1990).

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Με την παρούσα διδακτορική διατριβή, στο πλαίσιο του χρόνου και της έκτασης που εκπονήθηκε, διεξήχθη μια πρωτοποριακή μελέτη σε διεθνές και Κυπριακό επίπεδο, με την πραγματοποίηση μιας αρχικής και βασικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε ένα μεγάλο μέρος του Κυπριακού πληθυσμού, που αφορά στο 40% των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο (Κυπριακή Δημοκρατία 2007). Ωστόσο, όπως ήταν φυσικό εντοπίστηκαν κάποιοι περιορισμοί που σχετίζονται με την επιλογή του δείγματος και την έκταση της μελέτης σε βάθος χρόνου. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που επισκεπτόταν τις καρδιολογικές κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων ήταν εκείνος της Λεμεσού αντί της Λευκωσίας που έχει μεγαλύτερο πληθυσμό. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στη Λευκωσία υπάρχουν δύο μεγάλα ιδιωτικά καρδιολογικά κέντρα, τα οποία δεν συμπεριελήφθησαν στη παρούσα μελέτη. Δυστυχώς όμως δεν υπήρχαν στοιχεία στο αρχείο του Υπουργείου Υγείας που να αναφέρονται στις υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και στον αριθμό των ασθενών που προσφεύγουν σε αυτές. Θα μπορούσε όμως μελλοντικά να γίνει μια προσπάθεια πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα για να δημιουργηθούν οι συνθήκες επέκτασης της μελέτης και σε αυτόν.

Επιπλέον, παρόλο που επιχειρήθηκε μια προσπάθεια συσχέτισης της ΠΖ των ασθενών με ΣΝ σε σχέση με τον χρόνο παρέλευσης από τη διάγνωση της νόσου, δεν κατέστη δυνατόν να εξαχθούν συμπεράσματα, αφού δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Πιστεύεται όμως, ότι αφού η σχετική βιβλιογραφία κατέδειξε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο σε μικρό χρόνο παρέλευσης (έξι έως δώδεκα μήνες), σε σχέση με τη χειρουργική επέμβαση, ενώ σε μεγαλύτερο εύρος χρόνου σε μεγαλύτερες ηλικίες εντόπισε επιδείνωση, θα ήταν καλό να διερευνηθεί το θέμα αυτό περισσότερο.

Ένα άλλο σημείο που μπορεί να θεωρηθεί ως περιορισμός της παρούσας μελέτης, ήταν η χρήση του ερωτηματολογίου SF-36v2 στην Ελληνική γλώσσα, αφού οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να την κατανοούν. Αυτό αφήνει έξω από το δείγμα το 20% του πληθυσμού, που όπως προέκυψε από την τελευταία απογραφή πληθυσμού του 2011, ανήκει σε αλλοδαπούς. Σύμφωνα, όμως, με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δεν εντοπίστηκαν αλλοδαποί που να εμπίπτουν στα υπόλοιπα κριτήρια της μελέτης και να μην μιλούν Ελληνικά. Ίσως το κριτήριο επιλογής της ηλικίας ≥ 65 ετών να αποκλείει από μόνο του αυτή την περίπτωση αφού οι πλείστοι των αλλοδαπών στην Κύπρο είναι της παραγωγικής ηλικίας και προσέρχονται στη χώρα για εξεύρεση εργασίας.

Τέλος, η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις τυποποιημένες τιμές του γενικού Αμερικανικού πληθυσμού, θα πρέπει να ερμηνευθούν με κάποια επιφύλαξη αφού τα όρια των τιμών

που δίνονται από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου ίσως να μην ανταποκρίνονται στον Ελληνικό και Ευρωπαϊκό πληθυσμό. Γι' αυτό και έγινε μια προσπάθεια σύγκρισης με τις μελέτες που εντοπίστηκαν από τον Ελληνικό και Τουρκικό χώρο, παρόλο που δεν αφορούσαν σε τυποποιημένες τιμές. Εν κατακλείδι, απαιτούνται περισσότερες και με μεγαλύτερο δείγμα μελέτες προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή όχι και να διευρυνθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε σχέση με τα ποσοτικά δεδομένα φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των ασθενών και των συγγενών τους συγκλίνουν, βαθμολογώντας στο ίδιο περίπου επίπεδο την ΠΖ των ασθενών με τους συγγενείς να τη βαθμολογούν σχετικά χαμηλότερα. Οι διαφορές που εντοπίστηκαν στις επιμέρους διαστάσεις υγείας αφορούν περισσότερο στη σωματική λειτουργικότητα και τη γενική υγεία. Σε αυτά τα αποτελέσματα κατέληξε και η ανάλυση περιεχομένου των ποιοτικών δεδομένων που συμφωνούν με όλες τις άλλες διαστάσεις εκτός από τη γενική υγεία όπου οι συγγενείς αποκλίνουν, διατυπώνοντας διαφορετικές εκτιμήσεις για την ΠΖ των ασθενών με κάποιες από αυτές να είναι σε υψηλότερο και κάποιες σε χαμηλότερο επίπεδο. Όπως προαναφέρθηκε αυτό φαίνεται να οφειλόταν σε κάπως πιο αντικειμενική ή αυστηρή αξιολόγηση εκ μέρους των συγγενών. Όμως σύμφωνα με τα ποιοτικά δεδομένα φαίνεται ότι οι συγγενείς χρησιμοποιούν και διαφορετικά κριτήρια αξιολόγησης, όπως για παράδειγμα την ανάγκη των ασθενών για βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επιπλέον, από τα ποιοτικά δεδομένα εντοπίστηκαν έννοιες όπως η ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και η ανάκτηση αυτοελέγχου, που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την πίστη στο Θεό, την αγάπη και στήριξη της οικογενείας και τη δυναμική προσωπικότητα.

Φάνηκε επίσης ότι η ΠΖ των ασθενών επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την παρουσία συζύγου ή άλλου ατόμου από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, τη διάγνωση και την παρουσία συνοδού νοσήματος. Επιπλέον, οι συγγενείς συμφώνησαν με τους ασθενείς, ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών, τόσο ως προς τα ποσοτικά όσο και τα ποιοτικά δεδομένα ήταν χαμηλότερο του γενικού πληθυσμού, αλλά σε ικανοποιητικά επίπεδα συγκρινόμενο με τα όρια της αντίστοιχης ηλικίας του γενικού Αμερικανικού πληθυσμού. Το γεγονός ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε χαμηλότερο από το γενικό πληθυσμό Αμερικής, σχετίζεται με την ηλικία και την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων όπως υποστηρίζεται και από την σχετική βιβλιογραφία. Συστήνεται όμως περαιτέρω έρευνα που να καλύπτει σε μεγαλύτερη έκταση τον πληθυσμό, περιλαμβάνοντας και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και άλλες εθνικότητες αφού σύμφωνα με την πρόσφατη απογραφή πληθυσμού του 2011, ο σημερινός πληθυσμός της Κύπρου έχει μια αύξηση 20% που οφείλεται στην παρουσία αλλοδαπών. Επιπλέον η έρευνα θα πρέπει να επεκτείνεται και στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων για την εις βάθος μελέτη του θέματος. Όσον αφορά τη σύγκριση με το γενικό πληθυσμό Αμερικής, οι νόρμες θα πρέπει να αναβαθμιστούν ούτως ώστε να συμπεριλάβουν και τις χώρες της Ευρώπης για ακριβέστερη αναφορά. Σε σχέση με τα αποτελέσματα των ποιοτικών δεδομένων,

αρκετοί ασθενείς και συγγενείς εξέφρασαν παράπονα για την καθυστέρηση στα ραντεβού, στην ιατρική παρακολούθηση και στη δημιουργία δομών στην κοινότητα για την καλύτερη παρακολούθησή τους. Εύρημα που επιβεβαιώνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Asadi-Lari et al. 2004). Δεδομένης και της αναγνώρισης, ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν και άλλα προβλήματα υγείας, που τους καθιστά ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, θα έπρεπε το κράτος να προβεί στα ανάλογα μέτρα στήριξης και φροντίδας.

Αναλυτικότερα με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, συστήνεται όπως γίνουν οι κάτωθι παρεμβάσεις:

1) Εισαγωγή ενός **συστήματος διαχρονικής αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής** και δημιουργία μιας **βάσης δεδομένων** για όλους τους ασθενείς. Η συνεχής αξιολόγηση θα διευκολύνει την επικοινωνία με τον ασθενή, τον έλεγχο και αναγνώριση προβλημάτων, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, την παρακολούθηση των αλλαγών ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τέλος τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Επίσης, θα δοθεί η δυνατότητα **αναγνώρισης των ασθενών «υψηλού κινδύνου»** με βάση δημογραφικά και κλινικά κριτήρια (π.χ. ηλικιωμένοι, γυναίκες, ασθενείς με άλλα νοσήματα, παρουσία χρόνιων νοσημάτων), αλλά και των ασθενών με συναισθηματικά προβλήματα και αδυναμία προσαρμογής στη νέα κατάσταση, έτσι ώστε να γίνουν οι ανάλογες παρεμβάσεις

2) **Εξατομικευμένη υποστήριξη** της ομάδας ασθενών **«υψηλού κινδύνου»**, που όπως δείχνουν τα ερευνητικά δεδομένα είναι κύρια οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν για τη **«φυσιολογική» καθυστέρηση της αποκατάστασης της υγείας** τους και για τις υπηρεσίες που θα είναι διαθέσιμες με την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

3) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην **ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή και των συγγενών** του για τη νόσο, την εξέλιξή της, τα πιθανά προβλήματα, την αυτοφροντίδα, κτλ. Ο καλύτερα ενημερωμένος ασθενής έχει καλύτερη συναισθηματική κατάσταση, άρα και καλύτερη ποιότητα ζωής. Αρχικά, θα πρέπει να αναγνωριστούν οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Η ενημέρωση θα πρέπει να παρέχεται, εκτός από το θεράποντα ιατρό, από συγκεκριμένα άτομα που θα έχουν ειδική εκπαίδευση για να αναλάβουν τη συνεχή εκπαίδευση του ασθενή και την επίλυση βασικών, καθημερινών προβλημάτων π.χ. με τον ορισμό ενός **νοσηλευτή ως συνδέσμου-συντονιστή**, ο οποίος ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση, θα ενημερώνει και θα κατευθύνει τους ασθενείς στις διάφορες υπηρεσίες. Αυτή η ρύθμιση θα μπορούσε να συντελέσει στη δημιουργία διευρυμένων δομών στην κοινότητα ως συνέχεια της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή και τους συγγενείς έντυπο υλικό που θα εξηγεί με απλά λόγια τη

νόσο, την μετεγχειρητική πορεία, την επίδραση των παραγόντων κινδύνου, την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, την αυτοφροντίδα κτλ, ώστε η αναγκαία πληροφορία να είναι πάντα διαθέσιμη.

4) **Ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού** (με συνέδρια, ημερίδες, προγράμματα κατάρτισης, συνεχιζόμενη εκπαίδευση κτλ) σε θέματα δικαιωμάτων ασθενών και αποκατάστασης. Βασικός στόχος σε αυτά τα προγράμματα δεν πρέπει να είναι μόνο η αύξηση των γνώσεων και η απόκτηση δεξιοτήτων, αλλά και η **αλλαγή της στάσης του προσωπικού** σε σχέση με την ομαδική και ασθενο-κεντρική προσέγγιση που θα πρέπει να ακολουθηθεί, τα δικαιώματα των ασθενών και φυσικά τη σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής.

5) Δημιουργία **ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης** στα οποία η φροντίδα των ασθενών θα εξατομικεύεται με βάση τα αντικειμενικά κριτήρια αλλά και τις μετρήσεις της ποιότητας της ζωής. Η φροντίδα αυτή θα πρέπει να είναι **ομαδική και διεπιστημονική**. Σημαντικό στοιχείο της αποκατάστασης θα πρέπει να είναι προσπάθεια **«απεξάρτησης»** του ασθενή από την **«υπερπροστατευτική» φροντίδα των συγγενών του**.

6) Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών πρέπει να συμπεριληφθούν στους επίσημους **δείκτες αποτελεσματικότητας** της χειρουργικής επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου και να ληφθούν υπόψη στη **χάραξη πολιτικής στο χώρο της υγείας**.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι παρόλη την οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει σήμερα η Ευρώπη, η πρόκληση για την αύξηση της παραγωγικότητας και μείωσης του κόστους στον τομέα της υγείας, είναι η επίτευξη μιας **ισορροπίας μεταξύ της συνεχούς επιδίωξης για νέες γνώσεις και της εφαρμογής εκείνων των γνώσεων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και συνεισφέρουν πραγματικά στη βελτίωση της φροντίδας των πολιτών και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων πολιτών**.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

8.1. Αγγλική

- Aalto, A.M., Aro, A.R., Weinman, J., Heijmans, M., Manderbacka, K. & Elovainio, M. 2006, "Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease--one year follow-up study", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, vol. 15, no. 8, pp. 1307-1322.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al 1993, "The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology". *J Nat Cancer Inst.* 85(5): 365-76.
- 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.
- Al-Ruzzeh, S., Athanasiou, T., Mangoush, O., Wray, J., Modine, T., George, S. & Amrani, M. 2005, "Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery", *Heart (British Cardiac Society)*, vol. 91, no. 12, pp. 1557-1562.
- Andrews FM, Withey SB. 1976, "Social indicators of wellbeing". London: Plenum Publishers.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. 1976, "Social indicators of wellbeing: American's perceptions of life quality". New York: Plehum Press.
- Arns, P.G. & Linney, J.A. 1993. "Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders". *Psychosocial Rehabilitation* 17, 63-79.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M. & Gray, D. 2004, "Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model", *Health and quality of life outcomes*, vol. 2, no. 1, pp. 32.

- Astin, F., Atkin, K. & Darr, A. 2008, "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 : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 7, no. 1, pp. 43-51.
- 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.
- Austad, S.N., 1997. "Why we age: What Science is Discovering About the Body's Journey Through Life". John Wiley & Sons, New York.
- 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.
- Back KW. 1951, "Influence through social communication". *J. Abnorm. Soc. Psych.* 46: 9-23.
- 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.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S. & Small, N. 2006, "Characteristics and views of family carers of older people with heart failure", *International journal of palliative nursing*, vol. 12, no. 8, pp. 380-389.
- Barry, L.C., Kasl, S.V., Lichtman, J., Vaccarino, V. & Krumholz, H.M. 2006, "Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting", *Journal of psychosomatic research*, vol. 60, no. 2, pp. 185-193.
- Barry, M.M. & Crosby, C. 1996, "Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders". *British Journal of Psychiatry* 168, 210-216.
- Bauer, R. (ed). 1966, "Social indicators". Cambridge; Mass: MIT Press.

- Beaglehole R και Bonita R 2001, "Public health at the crossroads; Achievements and prospects". 3rd edition. U.K. Cambridge University Press: 136-7.
- Beck A, Ward C, Medelson M, Mock J, Erbaugh J. 1961, "An inventory for measuring depression". Arch Gen Psychiatry 4: 561-71.
- Becker M, Diamond R, Sainfort F. (1993), "A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent illness". Qual Life Res 2:239-251.
- Berelson, B. 1952, "Content Analysis in Communication Research". Glencoe, III: Free Press.
- Bergman, E. & Berterö, 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.
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. 1981, "The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure". Med Care 1981, 19:787-805.
- Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson MM. 1982, "The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services". In Stahler GJ, Tash WR (eds) "Innovative Approaches to Mental Health Evaluation". Academic Press Inc, New York, 1982:345-366.
- BMC Public Health – BioMed Central. www.biomedcentral.com/bmcpublichealth/. Access 17.7.2012.
- Boini, S., Briançon, S., Guillemin, F., Galan, P. & Hercberg, S. 2006, "Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on health-related quality of life: a longitudinal controlled study", International journal of cardiology, vol. 113, no. 2, pp. 215-222.
- 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. 1999a, "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., Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Vitaliano, P.P., Clapp-Channing, N., Lytle, B.L. & Mark, D.B. 1999b, "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., Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Vitaliano, P.P., Clapp-Channing, N., Lytle, B.L. & Mark, D.B. 1999c, "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., Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Vitaliano, P.P., Clapp-Channing, N., Lytle, B.L. & Mark, D.B. 1999d, "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.
- Bradburn, N.M. 1969, "The structure of psychological well being". Chicago: Aldine Press.
- Brazier J, Harper R, Jones N, O'Cathaian K, Usherwood T, Westlake L. 1995, "Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome for primary care". *BMJ* 305: 160-4.
- Brazier J, Jones N, Kind P. 1993, "Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire". *Qual Life Res* 2: 169-80.
- Brink E., Grankvist G., Karlson BW., Halleberg L.R. 2005, "Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction". *Qual Life Res* 2005; 14:749-57.
- Broddadottir, H., Jensen, L., Norris, C. & Graham, M. 2009, "Health-related quality of life in women with coronary artery disease", *European journal of cardiovascular nursing : journal of*

- the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology, vol. 8, no. 1, pp. 18-25.
- Brown, N., Melville, M., Gray, D., Young, T., Munro, J., Skene, A.M. & Hampton, J.R. 1999, "Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population", *Heart (British Cardiac Society)*, vol. 81, no. 4, pp. 352-358.
- Campbell A, Converse PE, Rogers WL. 1976, "The quality of American life". New York: Russel Sage Foundation.
- Campbell, A. 1981, "The sense of wellbeing". Chicago: Aldine Press.
- Cantril H. 1965, "The patterns of human concern". New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Carlens E., Dahlstrom G., Nou E. 1970, "Comparative measurements of quality of survival of lung cancer patients after diagnosis". *Scand J Resp Dis*. 51: 268-275.
- Center for Reviews and Dissemination for undertaking reviews (CRD). 2009, "Guidance for undertaking reviews in health care", University of York.
- CDC, Centres for Disease Control and Prevention. 2000, "Measuring Health Days". Atlanta, CDC.
- Christian, A.H., Cheema, A.F., Smith, S.C. & Mosca, L. 2007, "Predictors of quality of life among women with coronary heart disease", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, vol. 16, no. 3, pp. 363-373.
- Collins, S., Kling, P., Pberg, T., Svenmarker, S. & Brorsson, B. 2002, "Medium-term survival and quality of life of Swedish octogenarians after open-heart surgery", *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, vol. 22, no. 5, pp. 794-801.
- Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, et al. 1986, "The effects of antihypertensive therapy on the quality of life". *N Eng J Med*. 314: 1657-1664.
- Curtis AE and Fernsler J.I. 1989, "Quality of life of oncology hospice patients: a comparison of patient and primary caregiver reports". *Oncology Nurs Forum*. 16(1):49-53.
- Dahlgren L., Emmelin M., Winkvist A. 2007, "Qualitative Methodology for International Public Health". 2nd ed. Print och Media, Umea University.

- Dantas, R. 2002, "The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery", *International journal of nursing studies*, vol. 39, no. 7, pp. 745-755.
- Demiral, Y., Ergor G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, BK., Alptekin, K. 2006, "Normative data and discriminative propertiew of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population". *BMC Public Health* 2006, 6:247.
- Diener, E. 1994, "Assessing subjective wellbeing: Progress and opportunities". *Social indicators research*, 31, 103-157.
- Eisenberg HS, Goldenberg I.S. 1966, "A measurement o quality of survival of breast cancer patients". In *clinical evaluation in breast cancer*. JL Hayward, RD Bulbrook, editors. London: Academic Press.
- Eng, J. 2003, "Sample size estimation: how many individuals should be studied?", *Radiology*, vol. 227, no. 2, pp. 309.
- Eng, J. 2004, "Sample size estimation: a glimpse beyond simple formulas", *Radiology*, vol. 230, no. 3, pp. 606.
- European Heart Network 2008, "European Cardiovascular Disease Statistics 2008", 3rd edition. Πρόσβαση από <http://www.eha.org/a/2920> =[Πρόσβαση την 22/3/2012].
- Eurostat information 2011, "Population structure and ageing". Πρόσβαση από http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/population_structure_an...= Access on 22/3/2012.
- Evans RW., Hart LG., Manninen DL. 1984, "A comparative assessment of the quality of life of successful kidney transplant patients according to source of graft". *Transpl Proc.* 16: 1353-1358.
- Failde, I., Medina, P., Ramirez, C. & Arana, R. 2009, "Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs SF-12", *Public health*, vol. 123, no. 9, pp. 615-617.
- 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.
- Fallowfield, L. 1990, "Quality of Life: The missing measurement in health care", *Human Horizon Series-Souvenir Press*, London.
- 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.
- Fauerbach JA., Bush DE., Thombs BD., McCann UD., Gogel J., Ziegelstein RC. 2005, "Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function". *Psychosomatics* 2005; 46:355-61.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. 2009, "Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses". *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. 2007, "G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences". *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. 1995, "Multi-attribute health status classification systems". *Health utilities index. Pharmacoeconomics* 7: 490-502.
- Feinstein AR, Pritchett JA, Schimpff CR. 1969, "The epidemiology of cancer therapy: II. The clinical course: data, decisions, and temporal demarcations". *Arch Intern Med.* 123: 323-344.
- Festinger L. 1950, "Informal social communication". *Psychol. Rev.* 57: 271-82.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S et al 1992, "Quality of life measures in health care. I: applications and issues in assessment". *British Medical Journal* 305: 1074-7.

- Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. 1993, "The SF-36 Health Survey Questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS?", *British Medical Journal* 1993; 306:1440-4.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. 2002, "Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures". *BMJ* 321: 1417-22.
- Gill TM, Feinstein AR. 1994, "A critical appraisal of the quality of the quality of life measurements". *JAMA* 272: 619-25.
- Glaser BG. 2001, "The Grounded Theory Perspective: Conceptualization contrasted with description". Mill Valley (CA): Sociology Press
- Goins, R.T., John, R., Denny, C.H., Hennessy, C.H. & Buchwald, D. 2006, "Determinants of Health-Related Quality of Life Among Older American Indians and Alaska Natives", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 25, no. 1, pp. 73S-88S.
- Green J. & Thorogood, N. 2007, "Qualitative Methods for Health Research". Sage Publications, Los Angeles, 87-91.
- Gross, MB. 1966, "The state of the nation: systems accounting". In social indicators. Bauer, R. editor. Cambridge; Mass: MIT Press.
- Guyatt, G. 1993, "Measurement of health related quality of life in heart failure". *Journal of the American college of cardiology*, 22(4) (Suppl A), 185A-191A.
- Haghfelt T, Hjelms E, Madsen JK, Haunso S, Mortensen OS, Arendrup H, Saunamaki K & Grande P 2000, "Health related quality of life after conservative or invasive treatment of inducible postinfarction ischaemia. DANAMI study group", *Heart [NLM - MEDLINE]*, vol. 84, no. 5, pp. 535.
- Hamm CW, Reimers J, Ischinger T, Rupprecht HJ, Berger J, Bleifeld W. 1994, "A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with multivessel coronary disease: German Angioplasty Bypass Surgery Investigation (GABI)". *N Engl J Med*. 331(16): 1037-43.
- Headey, B. & Wearing, A. 1992, "Understanding happiness: A theory of subjective wellbeing". Melbourne: Longman Cheshire.

- Health & Welfare Canada 1981, "Canada Health Survey 1978-1979". University of Toronto, Canada
- 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.
- Hilleras, P. 2000, "Wellbeing among the very old: A survey on a sample aged 90 years and above". Stockholm: Department of clinical neuroscience, occupational therapy and elderly care research, division of geriatric medicine, Karolinska Institutet; section of medicine, Stockholm gerontology research centre; Queen Sophia University College of Nursing
- 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.
- Hofer, S., Kullich, W., Graninger, U., Wonisch, M., Gassner, A., Klicpera, M., Laimer, H., Marko, C., Schwann, H. & Muller, R. 2009, "Cardiac rehabilitation in Austria: long term health-related quality of life outcomes", *Health and quality of life outcomes*, vol. 7, pp. 99.
- Horowitz, E., Abadi-Korek, I., Shani, M. & Shemer, J. 2010, "EQ-5D as a generic measure of health-related quality of life in Israel: reliability, validity and responsiveness", *The Israel Medical Association journal : IMAJ*, vol. 12, no. 12, pp. 715-720.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. 2005, "Three approaches to qualitative content analysis". *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- 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.
- Hunt SM, McEwan J 1980, "The development of a subjective health indicator". *Sociol Health Illn* 2(3): 231-46.
- Hunt SM, McEwan J, Mckenna SP. 1985, "Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists". *J R Coll Gen Pract.* 35: 185-188.
- Hunt SM, Mckenna SP et al 1981, "The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations". *Soc Sci Med.* 15: 221-29.

- Jarvinen, O. 2003, "Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery", *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, vol. 24, no. 5, pp. 750-756.
- Jenkinson C, Fitzpatrick R. 1990, "Measurements of health status in patients with chronic illness: comparison of the Nottingham health profile and the General health questionnaire". *Fam Pract* 1990, 7:121-4.
- Jenkinson C, Coulter A, Wright L. 1993, "Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age". *BMJ* 306: 1437-40.
- Jenkinson C, Layte R, Lawrence K. 1997, "Development and testing of the medical outcomes study 36-item Short Form Health Survey summary scale scores in the United Kingdom: Results from a large-scale survey and a clinical trial". *Med Care* 35(4): 410-6.
- Jenkinson C, Wright L, Coulter A. 1993, "Quality of life measurement in health care – a review of measures and population norms for the UK SF-36". Oxford, University of Oxford.
- 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.
- Joao Pedro de Magalhaes 2008, "What is Aging?" Πρόσβαση από <http://www.senescence.info/definitions.html>. [Πρόσβαση την 3η/4/2009].
- Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. 1982, "The quality of life of hemodialysis and transplant patients". *Kid Int.* 22: 286-291.
- Johnson JR, Temple R. 1985, "Food and drug administration requirements for approval of new anticancer drugs". *Cancer Treat Reports.* 69: 1155-1157.
- Juniper EF., Guatt GH., Ferrie PJ., Griffith LE. 1993, "Measuring quality of life in asthma". *Am Rev Respir Dis* 1993, 147: 832-8.

- Kaplan De-Nour A, Shanan J. 1980, "Quality of life of dialysis and transplanted patients". *Nephron*. 25: 117-120.
- Kaplan, R. M., & Bush, J. W. 1982, Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*. 1, 61-80.
- Karnofski DA, Burchenal JH. 1969, "The clinical evaluation of chemo-therapeutic agents". In McLeod (Ed), *Cancer in evaluation of Chemo-therapeutic Agents*". Columbia University New York.
- Katz JN, Larson MG, Phillips CB, Fossel AH, Liang MH. 1992, "Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments". *Med Care* 1992; 30(10):917-25
- Katz S., Ford AB., Moskowitz RW., Jackson BA., Jaffe MW. 1963, "Studies of illness in the aged". *JAMA* 185(12): 914-919.
- Keenan NL, Shaw KM. 2011, "Coronary Heart Disease and Stroke Deaths – United States". Centres for Disease Control and Prevention. Access: <http://www.cdc.gov/nchs/products/ad.htm> on 30/5/2012.
- Kiebzak GM, Pierson LM, Cook JW. 2002, "Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery". *Heart Lung*. 31(3): 207-13.
- King SB, Lembo NJ, Weintraub WS, Kosinski AS, Barnhart HX, Kutner MH, Alazraki NP, Guyton RA, Zhao XQ. 1994, "A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery: Emory Angioplasty versus Surgery Trial (EAST)". *N England J Med*. 331(16): 1044-50.
- Kirkwood, T, B.L., & Austad S. N., 2000. "Why do we age"? *Nature* 408, 9 Nov. 2000, 2000 Macmillan Magazines Ltd. www.nature.com.
- Koivisto, A., Sintonen, H., Åstedt-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.

- Krippendorff, K. 1980, "Content Analysis: An Introduction to Its Methodology". Newbury Park, CA:Sage Publications.
- Kristofferzon, M.L., Lofmark, R. & Carlsson, M. 2005, "Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction", *Journal of advanced nursing*, vol. 52, no. 2, pp. 113-124.
- Kvale S. 1996, "InterViews: An introduction to qualitative research interviewing". SAGE Publications, London, 105.
- 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.
- Lawton MP, Brody EM. 1969, "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*. 9:179-186.
- Lawton, M. 1991, "A multidimensional view of quality of life in frail elders; in the concept and measurement of quality of life in the frail elderly". San Diego: Academic press: 3-27.
- Le Grande, M.R., Elliott, P.C., Murphy, B.M., Worcester, M.U., Higgins, R.O., Ernest, C.S. & Goble, A.J. 2006, "Health related quality of life trajectories and predictors following coronary artery bypass surgery", *Health and quality of life outcomes*, vol. 4, pp. 49.
- Ledo D. 1953, "Some factors said to make for happiness in old age". *J Clin Psychol*. 9: 385-390.
- Lee, G.A. 2007, "Patients reported health-related quality of life five years post Coronary Artery Bypass Graft Surgery A methodological study", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 7, no. 1, pp. 67-72.
- Lee, G.A. 2008, "Patients reported health-related quality of life five years post coronary artery bypass graft surgery--a methodological study", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 7, no. 1, pp. 67-72.
- Lee, G.A. 2009, "Determinants of quality of life five years after coronary artery bypass graft surgery", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 38, no. 2, pp. 91-99.

- Lehman, AF., Ward, NC. & Linn, LS. 1982, "Chronic mental patients: The quality of life issue", *AM J Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- Lie, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G. & Bunch, E.H. 2009, "Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, vol. 18, no. 2, pp. 201-207.
- Lim LL-Y, Valenti LA, Knapp JC, Dobson AJ, Plotnikoff R, Higginbotham N, et al 1993, "A self-administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction". *J Clin Epidemiol* 46: 1249-56.
- Linder, FE. 1966, "The health of the American people". *Scientific American*. 214 (6): 21-29.
- Loponen, P., Luther, M., Wistbacka, J.O., Korpilahti, K., Laurikka, J., Sintonen, H., Huhtala, H. & Tarkka, M.R. 2007, "Quality of life during 18 months after coronary artery bypass grafting", *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, vol. 32, no. 1, pp. 77-82.
- Lukkarinen H, Hentinen M. 1997, "Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease". *J Adv Nurs* 26:73-84.
- Lukkarinen H. 2005, "Methodological triangulation showed the poorest quality of life in the youngest people following treatment of coronary artery disease: a Longitudinal study". *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 619-627.
- Lukkarinen, H. & Hentinen, M. 1998, "Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among women with coronary artery disease", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 27, no. 3, pp. 189-199.
- 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.
- Martin, M., Blaisdell-Gross, B., Fortin, E.W., Maruish, M.E., Manocchia, M., Sun, X., Walker, D.R., Apple, J.L. & Ware, J.E., Jr 2007, "Health-related quality of life of heart failure and coronary artery disease patients improved during participation in disease management programs: a longitudinal observational study", *Disease management : DM*, vol. 10, no. 3, pp. 164-178.
- Maslow AH. 1954, "Motivation and Personality". Harper & Row, New York.
- Mazze RS, Lucido D, Shamon H. 1984, "Psychological and social correlates of glycemc control". *Diabetes care*. 7: 360-366.
- McGee HM., Johnston M., Pollard B., Hevey D. 2000, "Does myocardial infarction have a greater impact on women than men? Testing hypothesis about the effects of gender role models and responsibilities". *Eur Rev Appl Psychol* 2005; 50:333-40.
- McPherson M, Smith-Lovin L. 2002, "Cohesion and membership duration: linking groups, relations and individuals in an ecology of affiliation". *Adv. Group Process*. 19:1-36.
- McSweeney Aj, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. 1982, "Life quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Arch Intern Med*. 142: 473-478.
- 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.
- Miller, J.F., McConnell, T.R. & Klinger, T.A. 2007, "Religiosity and Spirituality: Influence on Quality of Life and Perceived Patient Self-Efficacy among Cardiac Patients and Their Spouses", *Journal of Religion and Health*, vol. 46, no. 2, pp. 299-313.
- 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.
- Morse JM. 1991, "Qualtitative Nursing Research". Sage Publications, USA, 188-198.

- Muller-Nordhorn, J., Kulig, M., Binting, S., Voller, H., Gohlke, H., Linde, K. & Willich, S.N. 2004, "Change in quality of life in the year following cardiac rehabilitation", *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, vol. 13, no. 2, pp. 399-410.
- Nerenz DR, Repasky DP, Whitehouse FW, Kahkonen DM. 1992, "Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus". *Med Care* 1992; 30(Supple 5):MS112-MS124.
- Neugarten BL, Havighurst RJ & Tobin SS. 1961, "Measurement of life satisfaction". *J Gerontology*. 16: 134-143.
- NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute. 2002, "Morbidity and mortality chartbook on cardiovascular". US Dept of Health and Human Services.
- Norris, C.M., Ghali, W.A., Galbraith, P.D., Graham, M.M., Jensen, L.A., Knudtson, M.L. & APPROACH Investigators 2004, "Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men", *Health and quality of life outcomes*, vol. 2, pp. 21.
- Norris, C.M., Spertus, J.A., Jensen, L., Johnson, J., Hegadoren, K.M., Ghali, W.A. & APPROACH Investigators 2008, "Sex and gender discrepancies in health-related quality of life outcomes among patients with established coronary artery disease", *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, vol. 1, no. 2, pp. 123-130.
- O'Shaughnessy JA, Wittes RE, Burke G, Friedman MA, Johnson JR, et al. 1991, "Commentary concerning demonstration of safety and efficacy of investigational anticancer agents in clinical trials". *J Clin Oncol*. 9: 2225-2232.
- Oldridge N, Guyatt G, Jonew N, Crowe J, Singer J, Feene D, et al 1991, "Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction". *Am J Cardiol* 67: 1084-9.
- Papastavrou E., Efstathiou G., Charalambous A. 2011, "Nurses and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies". *Journal of Advanced Nursing* 67(6), 1291-1205.

- Patrick, D.L., & Erickson, P. 1993, "Assessing health-related quality of life for clinical decision-making". In S.R. Walker & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of Life Assessment: Key issues in the 1990s* (pp. 11-63). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Patton MQ. 2002, "Qualitative research & evaluation methods". 3rd edition U.S.A. Sage Publications: 343.
- Patton, M.Q. 2002, "Qualitative Research and Evaluation Methods". Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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.
- Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. 1988a, "Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients", *Journal of gerontology*, vol. 43, no. 2, pp. M25-30.
- Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. 1988b, "Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients", *Journal of gerontology*, vol. 43, no. 2, pp. M25-30.
- Penckofer, S., Ferrans, C.E., Fink, N., Barrett, M.L. & Holm, K. 2005, "Quality of life in women following coronary artery bypass graft surgery", *Nursing science quarterly*, vol. 18, no. 2, pp. 176-183.
- Peric, V., Borzanovic, M., Stolic, R., Jovanovic, A., Sovtic, S., Dimkovic, S. & Marcetic, Z. 2008, "Predictors of worsening of patients' quality of life six months after coronary artery bypass surgery", *Journal of cardiac surgery*, vol. 23, no. 6, pp. 648-654.
- Pfaffenberger, N., Doering, S., Puffinger, P., Hofer, S., Alber, H., Ruttman, E., Gunther, V. & Kopp, M. 2010, "Health-related quality of life, anxiety and depression before and after coronary artery bypass grafting", *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, vol. 160, no. 1-2, pp. 44-53.
- Phelan EA, Anderson LA, laCroix AZ, Larson EB. 2004, "Older adults' views of "successful aging"- how do they compare with researchers's definitions"? *J Am Geriatr Soc* 2004, 53:211-216.
- 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.
- Pollard B., Johnston M., Dixon D. 2007, "Theoretical framework and methodological development of common subjective health outcome measures in osteoarthritis: a critical review". *Health and Quality of Life Outcomes* 2007, 5:14. Available form: <http://www.hglo.com/content/5/1/14>.
- Priestman TJ, Baum M. 1976, "Evaluation of quality of life in patients treatment for advanced breast cancer". *Lancet*. 1 (7965): 899-901.
- Prutkin, J. M. 2002, "A history of quality of life measurements". Yale University, School of Medicine.
- 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. 2009a, "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.
- Rantanen, A., Tarkka, M.T., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A.M. & Astedt-Kurki, P. 2009b, "Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting", *Journal of advanced nursing*, vol. 65, no. 9, pp. 1926-1936.
- Rantanen, A., Tarkka, M.T., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A.M. & Astedt-Kurki, P. 2009c, "Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting", *Journal of advanced nursing*, vol. 65, no. 9, pp. 1926-1936.
- Rantanen, A., Tarkka, M.T., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, A.M. & Astedt-Kurki, P. 2009, "Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting", *Journal of advanced nursing*, vol. 65, no. 9, pp. 1926-1936.

- Rosenfield, S. 1992, "Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill". *Journal of Health and Social Behaviour* 33, 299-315.
- Rotter, J.B. 1990, "Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable", *American Psychologist*, vol. 45, no. 4, pp. 489-493.
- Ruta DA, Garratt AM, Russell IT. 1999, "Patient centered assessment of quality of life for patients with four common conditions". *Qual Health Care* 8: 22-9.
- Schalock, R. 2002, "Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners", American Association on Mental Retardation 2002:1-2..
- Schalock, R. 2004, "The concept of quality of life: What we know and do not know", *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
- Schechter, C., Agarwal, S. & 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.
- Schechter, C., Agarwal, S. & 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.
- Seki, E., Watanabe, Y., Sunayama, S., Iwama, Y., Shimada, K., Kawakami, K., Sato, M., Sato, H., Mokuno, H. & Daida, H. 2003, "Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on health-related quality of life in elderly patients with coronary artery disease: Juntendo Cardiac Rehabilitation Program (J-CARP)", *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society*, vol. 67, no. 1, pp. 73-77.
- Shannon, S.E., Mitchell, P.H. & Cain, K.C. 2002, "Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care", *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, vol. 34, no. 2, pp. 173-179.
- Sim I, Gupta M, McDonald K, Bourassa M, Hlatky MA. 1995, "A meta-analysis of randomized trials comparing coronary artery bypass grafting with percutaneous transluminal coronary angioplasty in multivessel coronary artery disease". *Am J Cardiol*, 76: 1025-9.

- Simons RG, Anderson C, Kamstra L. 1984, "Comparison of quality of life of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis, and after transplantation". *Am J Kid Dis.* 4: 253-255.
- Sintonen H. 2001, "Σύγκριση των κλιμάκων EQ-15D και EQ-5D στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 18(2):156-60.
- 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.
- Snoek FJ. 2000, "Quality of life: a closer look at measuring patients' well being", *Diabetes Spectrum*, 13, pp. 24-30.
- Spertus, J.A., Salisbury, A.C., Jones, P.G., Conaway, D.G. & Thompson, R.C. 2004, "Predictors of quality-of-life benefit after percutaneous coronary intervention", *Circulation*, vol. 110, no. 25, pp. 3789-3794.
- Stafford, L., Berk, M. & Jackson, H.J. 2009, "Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?", *Journal of psychosomatic research*, vol. 66, no. 3, pp. 211-220.
- 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.
- Stanley M. & Cheek J. 2003, "Wellbeing and older people: Review of the literature". *Can. Journal of Occupational Therapists.* 70 (1): 51-9.
- Strehler, B.L., 1999. "Time, Cells and Aging". Demetriades Brothers, Larnaca.
- Strömberg, A., Pihl, E., Mårtensson, 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.
- Tofler AB. 1970, "Life units". *Br Heart J.* 32: 771-773.

- U.S. Department of Health and Human Services 2000, "Healthy People 2010: Understanding and Improving Health". 2nd edition. Washington , D.C. US. Government Printing Office, 2000:8-11.
- United Nations (UN) 2007, "The Ageing of the World's Population – United Nations Programme on Ageing". Access <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html>, on 1st/6/2009.
- United Nations Programme on ageing, Department of Economic and Social Affairs 2003, "Expert group meeting on modalities for review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing". New York.
- 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.
- Velikova G, Awad N, Coles-Gale R, Wright EP, Brown JM, Selby PJ. 2008, "The clinical value of quality of life assessment in oncology practice-a qualitative study of patient and physician views". *Psychooncology* 17(7): 690-8.
- Ventegodt S. Merrick J. and Anderson N.J. 2003, "Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept". *The Scientific World JOURNAL* 3: 1030–1040.
- Wagner AK, Keller SD, Kosinski M, Baker GA, Jacoby A, Hsu M-A, Chadwick DW, Ware JE. 1995, "Advances in methods for assessing the impact of epilepsy and antiepileptic drug therapy on patients' health-related quality of life". *Qual Life Res* 1995; 4:115-34.
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. 2000, "How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey". Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. 2002, "How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey". Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Ware JE, Kosinski M, Bjorner, JB, Diane M. Turner-Bowker, Gandek B, Maruish M. 2008, "SF-36 Health survey: A primer for Health Care Providers". Quality Metric Incorporated.
- Ware JE, Kosinski M, Gandek B. 1993, "SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide". Lincoln, RI, Quality Metric Incorporated.

- Ware JE, Kosinski M, Gandek B. 2000, "SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide". Lincoln, RI, Quality Metric Incorporated.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1995, "How to score the SF-12 physical and mental health summary scales". Boston, MA, The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1996, "A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary test of reliability and validity". *Med Care* 4: 220-6.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SK. 1994, "Physical and mental health summary scales: A user's manual". Boston, The health Institute.
- Ware JE, Sheibourne CD. 1992, "The MOS 36 item short form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection". *Med Care* 30: 473-83.
- Ware JE. 2003, "Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments on an Evolving Field". *Arch Phys Med Rehabil* Vol 84, Suppl 2, 43-51. April 2003
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., Bjorner, J. B., Turner-Bowker, D. M., Gandek, B., & Maruish, M. E. 2008, "SF-36v2 Health Survey: A primer for healthcare providers". Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. www.qualitymetric.com/products/license/.
- 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.
- Ware, J.E.,Jr 2000, "SF-36 health survey update", *Spine*, vol. 25, no. 24, pp. 3130-3139.
- Webber, R.P. 1990, "Basic Content Analysis". 2nd ed. Newbury Park, CA. Sage Publications.
- Wiersma D. 1997, "Role functioning as a component of quality of life in mental disorders". In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds), "Quality of Life in Mental Disorders", John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:46-49.
- Wenger NK. 1989, "Quality of life: can it and should it be assessed in patients with heart failure; *Cardiology* 1989, 76: 391-8.

- Wilcox LD, Brooks RM, Beal GM, Klonglan GE. 1972, "Social indicators and societal monitoring: An annotated bibliography". San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization 1948, "Official Records of the W.H.O, Geneva, Interim Commission: United Nations, W.H.O". No 2:100.
- World Health Organization 1979, "Hand book for reporting results of cancer treatment". WHO Offset Publications No 48, Geneva.
- World Health Organization WHO 2011, "10 facts on ageing and the life course". Access: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html> on 22/3/2012.
- World Health Organization WHO 2011, "Cardiovascular diseases". Fact sheet No 317. Access: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> on 5/12/2011.
- World Health Organization.(WHO) 1998,"Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and general psychometric properties". Soc Sci Med. 1998 Jun; 46(12): 1569-85
- Yu, D.S., Lee, D.T. & Woo, J. 2004, "Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure", Research in nursing & health, vol. 27, no. 5, pp. 332-344.
- Yu, D.S., Lee, D.T. & Woo, J. 2004a, "Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure", Research in nursing & health, vol. 27, no. 5, pp. 332-344.
- Yu, D.S., Lee, D.T. & Woo, J. 2004b, "Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure", Research in nursing & health, vol. 27, no. 5, pp. 332-344.
- Yu, D.S., Lee, D.T. & Woo, J. 2004c, "Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure", Research in nursing & health, vol. 27, no. 5, pp. 332-344.
- Zeman FD 1947, "The functional capacity of the aged: its estimation and practical importance". J Mount Sinai Hosp. 14: 721-728.
- 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.

Zhao B. 2004, "Perceptions of quality of life and use of human services by households: A model".
PhD dissertation. College of agriculture at the university of Kentucky.

8.2 Ελληνική

Ακύρου ΔΒ. 1998, "Εγχειρίδιο καρδιολογικής νοσηλευτικής". Αθήνα, αυτοέκδοση: 110.

Γεωργιάδης ΑΠ. 1995, "Η Ιστορία της Τρέλας στην Κύπρο κατά την Τουρκοκρατία και Αγγλοκρατία". Λευκωσία, Αυτοέκδοση.

Γρηγοριάδου και συν, 1991 στο Δαρδαβέσης Θ. 1999, "Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας". Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Δαρδαβέσης Θ. 1999, "Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας". Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 στο Δαρδαβέσης, 1999, "Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας". Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007, "ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013", Βρυξέλλες, 23.10.2007 COM (2007) 630.

Ερευνητικό γραφείο Νέας Υόρκης 1937, "A study of the medical needs of old age assistance in New York City in 1934". Albany, NY: Dept. of Social Welfare, State of New York.

Ιωσηφίδης Θ. & Σπυριδάκης Μ. 2006, "Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα". 1η Έκδοση, Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΕ, Αθήνα

Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ. 2004, "Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36". Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 21(5):451-462.

- Κριτήρια επιτροπής του καρδιολογικού συνδέσμου της Νέας Υόρκης 1939, “Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart”. New York: New York Heart Association.
- Κυπριακή Δημοκρατία 2010, "Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων 2008". Εκδόσεις στατιστικής υπηρεσίας: Τυπογραφείο Κυπριακής Δημοκρατίας Λευκωσία Μάιος 2010, ISSN: 0258-7955
- Κυπριακή Υπηρεσία Στατιστικής και ερευνών 2011, "Στατιστικά θέματα. Πληθυσμός και Κοινωνικές Συνθήκες. Υγεία 1990 - 2008". Πρόσβαση από http://www.pio.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_23main_gr/populationcondition_23main_gr?OpenForm&sub=3&sel=2 [Πρόσβαση την 30η/10/2011].
- Κυριαζή Ν. 2003, “Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας”. Μετάφραση από Mason J (1996) “Qualitative Researching”, Sage Publications Ltd, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ Α.Ε., Αθήνα.
- Μερκούρης Α, Διακομοπούλου Ε, Πιστόλας Δ, Παπαγιαννάκη Β, Αργυρίου Μ, Αποστολάκης Ε, Ουζουνίδου Α. 2002, “Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη: πιλοτική μελέτη”. Νοσηλευτική 2001, 41(3): 337-49.
- Μερκούρης ΑΒ και Αποστολάκης ΕΕ. 2003, “Αορτοστεφανιαία παράκαμψη & ποιότητα ζωής”. Ερευνητική μονογραφία. Αθήνα: Αυτοέκδοση. 68-69.
- Μερκούρης ΑΒ. 2008, “Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας”. 1η Έκδοση. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» - Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε. Αθήνα.
- Μεταφραστική ομάδα Κάκτου. Αριστοτέλης Άπαντα, 1993, “Ηθικά Νικομάχεια Α”, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία (τόμος 7^{ος}) Μεταφραστική ομάδα Κάκτου. Αθήνα, Κάκτος.
- Υπουργείο Υγείας 2007, “Αειφόρος ανάπτυξη – Δημόσια υγεία”. Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία/Υπουργείο Υγείας.
- Νάκου, Σ. 2001, “Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας – Εφαρμογές στην παιδιατρική”. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 18(3)“254-66.
- Νόμος 24(Ι) 1993:80. 2004, “ Εκπαιδευτική Νομοθεσία – Επιμέλεια: Σωτήρης Πάυλου”. Λευκωσία, Κυπριακή Δημοκρατία.

- Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. 2001, “Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία – Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3):239-53. (<http://www.mednet.gr/archives/2001-3/239per.html>)
- Pappa, et al. 2005, “Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life:evidence from Greece.
- Παππά Ε, Κονοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. 2006, “Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(2):159-166.
- Σαρρής Μ. 2001, “Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής”. Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες & Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. 304.
- Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων – Health and hospital statistics. 2001, <http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index.gr>. Ημερομηνία πρόσβασης 30 Ιουλίου 2008.
- Στατιστική Υπηρεσία, Υπουργείου Υγείας. 2008, “Αριθμός Επισκέψεων στις Καρδιολογικές Κλινικές”. Στατιστική Υπηρεσία, Υπουργείο Υγείας Κύπρου.
- Τούντας, και συν. 2007, “Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού”. Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας 2005, “Ετήσια Έκθεση”. Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας 2006, “Ετήσια Έκθεση”. Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας 2007, “Αειφόρος ανάπτυξη – Δημόσια υγεία”. Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας 2007, “Ετήσια Έκθεση”. Λευκωσία: Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας
- Υφαντόπουλος Γ. 2001, “Η ποιότητα ζωής και τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης ως παράμετροι μέτρησης της υγείας”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(2): 114-30.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ., 2001, “Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3):218-229.

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

9.1. Ερωτηματολόγιο SF-36v2 (Ελληνική έκδοση)

Α.Μ.....

Ημερομηνία

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
▼	▼	▼

- a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ..... 1 2 3
- b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- c Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά 1 2 3
- d Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- e Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο 1 2 3
- g Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο..... 1 2 3
- h Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα 1 2 3
- i Όταν περπατάτε εκατό μέτρα 1 2 3
- j Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1 2 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου	
a	▼	▼	▼	▼	▼	
a	Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	Αισθανόσασταν εξάντληση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	Ήσασταν ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	Αισθανόσασταν κούραση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο **ΑΛΗΘΙΝΕΣ** ή **ΨΕΥΔΕΙΣ** είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Η υγεία μου είναι εξαιρετική.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

9.2. Οδηγός συνέντευξης

Ημιδομημένος οδηγός συνέντευξης για συλλογή ποιοτικών δεδομένων

ΘΕΜΑ: «Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων Ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στην Κύπρο»

Βασικές προϋποθέσεις για τη συνέντευξη:

Εισαγωγή / συστάσεις / απόφαση για χρήση ψευδώνυμου

Επεξηγήσεις για τη καταγραφή σε μαγνητόφωνο και τη παρουσία συνεργάτη που θα κρατά σημειώσεις

Ενημέρωση για το θέμα της μελέτης και διαβεβαίωση για τη προστασία προσωπικών δεδομένων, ανωνυμία και εχεμύθεια

Επαναβεβαίωση της γραπτής ενημερωμένης συγκατάθεσης

Επίτευξη άνετου περιβάλλοντος και κλίματος εμπιστοσύνης

Α. ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΜΒΑΘΥΝΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SF-36v2

1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1. Μιλήστε μου για την υγεία σας.

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.2. Πως θα περιγράφατε την υγεία σας σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.3. Περιγράψτε μου τη καθημερινή φροντίδα που χρειάζεστε για την υγεία σας

Συμμετέχων

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

2. ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

2.1. Περιγράψετε τη σωματική σας κατάσταση και τι συμπτώματα παρουσιάζετε σήμερα

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.1. Πως επηρέασε η νόσος τη συναισθηματική σας κατάσταση

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.2. Πόσο ευτυχισμένος είστε σήμερα και που οφείλεται αυτό

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3. Πως αντιλαμβάνεστε το νόημα της ζωής σας;

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

4.1. Πως θα χαρακτηρίζατε τις οικογενειακές και κοινωνικές σας δραστηριότητες μετά την επιβάρυνση της υγείας σας από το καρδιακό επεισόδιο.

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....

5. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

5.1. Περιγράψετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.2. Ποιες οι διαφορές μεταξύ των δραστηριοτήτων μιας καθημερινής ημέρας και μιας Κυριακής ή εορτής.

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....

5.3. Ποιοι είναι οι παράγοντες που πιστεύετε ότι επηρεάζουν τις καθημερινές σας δραστηριότητες

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

1.1. Τι σημαίνει ο όρος «Ποιότητα ζωής» για σας

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.2. Πως θα περιγράφατε τη ποιότητα ζωής σας και ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι την επηρεάζουν

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Συζητήστε τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και πως αυτές επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής σας. Πόσο ευχαριστημένοι είστε από τις υπηρεσίες υγείας.

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.1. Τι μπορείτε να εισηγηθείτε για βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας

Συμμετέχων

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Να δοθεί ευκαιρία στο συμμετέχοντα να εκφραστεί με δικά του σχόλια και να μιλήσει ελεύθερα

Ευχαριστίες για τη συνέντευξη και τη συμβολή του στην έρευνα

Διαβεβαίωση ότι τα αποτελέσματα θα δημοσιευθούν στο τύπο

Μαρία Δημητρίου

Ενταγμένη Ανώτερη Λέκτορας

(Διδακτορική φοιτήτρια στη Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών)

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

9.3. Ερωτηματολόγιο με ατομικά και δημογραφικά στοιχεία

Ερευνητική Μελέτη με τίτλο: «Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο»

Ερευνητής: Μαρία Δημητρίου (Διδακτορική φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου)

ΜΕΡΟΣ Α: ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ επιλέξτε το στοιχείο που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση, τοποθετώντας το σύμβολο \surd , στο ανάλογο με την περίπτωση τετράγωνο. Σε μερικές περιπτώσεις χρειάζεται η δική σας δήλωση ή αναφορά.

1. Φύλο			
Αρρεν	<input type="checkbox"/>	Θήλυ	<input type="checkbox"/>

2. Ηλικία.....

3. Τόπος Διαμονής.....

4. Οικογενειακή κατάσταση			
Παντρεμένος/η	<input type="checkbox"/>	Χήρος/ α	<input type="checkbox"/>
Σύντροφος	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Χωρισμένος/η	<input type="checkbox"/>	Άλλη	<input type="checkbox"/>
Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>	δηλώστε.....)	<input type="checkbox"/>

5. Αριθμός παιδιών (παρακαλώ δηλώστε πόσα)			
Κάτω των 18	<input type="checkbox"/>	Πάνω των 18	<input type="checkbox"/>

6. Μόρφωση	
Πανεπιστημιακή	<input type="checkbox"/>
Ανώτερη	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Λυκείου	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
7. Δηλώστε αν εργάζεστε	
ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>
ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

8. Δηλώστε αν είστε συνταξιούχος		
NAI		
OXI		

9. Τελική διάγνωση (να συμπληρωθεί από τον Καρδιολόγο)

10. Πόσα έτη και μήνες υποφέρετε με καρδιολογικό πρόβλημα.....

11. Δηλώστε αν υποφέρετε από άλλη νόσο		
NAI		
OXI		

12. Αν η απάντηση πιο πάνω είναι ΝΑΙ, δηλώστε τη νόσο.....

13. Δηλώστε αν παίρνετε φαρμακευτική αγωγή για την καρδιά		
NAI		
OXI		

14. Δηλώστε αν χρειάστηκε να χειρουργηθείτε για το καρδιολογικό σας πρόβλημα		
NAI		
OXI		

9.4. Έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης ασθενών

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. «Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές») θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας εξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιεσδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο

Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Αναστάσιος Μερκούρης

Επίθετο:

Όνομα:

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	
-----------	--	-------------	--

ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να
συμμετάσχετε

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην
Κύπρο

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;	Για τον εαυτό σας
Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσετε λεπτομέρειες και το όνομα του.	

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;	

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καρδιολογικών ασθενών στη Κύπρο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Η μελέτη στην οποία καλείστε να συμμετάσχετε, αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο. Τέτοιες μελέτες γίνονται διεθνώς με σκοπό την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών υγείας και την επίδραση τους στη ποιότητα ζωής των πολιτών. Είναι γνωστό ότι με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, την αύξηση δηλαδή των χρόνων σε ηλικία, δεν σημαίνει ότι αυτά τα χρόνια θα είναι και ποιοτικά καλά. Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία η συμμετοχή σας, γιατί θα συμβάλει για πρώτη φορά στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών στην χώρα και κατ' επέκταση θα επηρεάσει την στρατηγική υγείας ούτως ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού. Θα αποτελέσει οδηγό για την καλύτερη λειτουργία των καρδιολογικών κλινικών και της καλύτερης αντιμετώπισης των ασθενών με στεφανιαία νόσο στη Κύπρο.

Όσοι αποφασίσετε να συμμετάσχετε, μετά από την ενημέρωση που θα τύχετε από τον υπεύθυνο της καρδιολογικής κλινικής που σας παρακολουθεί, θα κληθείτε να απαντήσετε τόσον εσείς όσο και η σύζυγος σας ή ο άμεσα εμπλεκόμενος στη φροντίδα σας, ένα απλό ερωτηματολόγιο το οποίο μετρά την ποιότητα ζωής σας. Αυτό είναι ένα διεθνώς αναγνωρισμένο και έγκριτο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιέχει γενικής φύσεως ερωτήσεις σε σχέση με την υγεία και τις καθημερινές σας δραστηριότητες μετά από το στεφανιαίο επεισόδιο.

Μερικοί από σας αν επιθυμούν μπορούν να συμβάλουν ακόμη περισσότερο στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο, με τη συμμετοχή τους σε προσωπική συνέντευξη στην οποία θα κληθούν να δώσουν τις προσωπικές τους αντιλήψεις σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Οι ερωτήσεις που θα υποβληθούν κατά την συνέντευξη, ως επί το πλείστον θα στηρίζονται στο πιο πάνω ερωτηματολόγιο και θα επεκταθούν σε κάποιο βαθμό για τις υπηρεσίες υγείας.

Επίθετο:	Όνομα:
----------	-------	--------	-------

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	
-----------	--	-------------	--

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ, συνέχεια:

Διασφαλίζεται επίσης, ότι θα τηρηθεί η αυτονομία και εθελοντική συμμετοχή ή απόσυρση από την έρευνα όλων των συμμετεχόντων και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν από τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και σε καμιά περίπτωση δεν θα φαίνεται το όνομα του συμμετέχοντα. Το ίδιο θα γίνει και με τις συνεντεύξεις, στις οποίες θα χρησιμοποιηθεί αρχικά ψευδώνυμο για σκοπούς επικοινωνίας και αργότερα θα απαλειφθεί ούτως ώστε να διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία του συμμετέχοντα.

Η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα γίνει όπως υπογραμμίστηκε πιο πάνω ανώνυμα, σε έγκριτα ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά, καθώς και στον ημερήσιο τύπο. Θα κοινοποιηθούν επίσης στα αρμόδια σώματα λήψης αποφάσεων για την υγεία, ούτως ώστε να ευαισθητοποιήσουν και κινητοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας για σκοπούς βελτίωσης όπου χρειάζεται.

Σε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες θα μπορούν να επικοινωνούν με τον Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών όπως προνοείται από τον Νόμο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών για τα κρατικά νοσηλευτήρια:

1. Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας – κυρία Βασιλική Χαραλάμπους τηλ. 22603545
2. Γενικό Νοσοκομείο Πάφου – Κος Χρίστος Γεωργιάδης τηλ. 26803170...
3. Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού – Κα Ελενίτσα Σταυρινίδου τηλ 25801240.....

Για συμμετοχή σε συνέντευξη:

Όνοματεπώνυμο:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο (σταθερό και κινητό):.....

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

9.5. Επιστολή έγκρισης για διεξαγωγή έρευνας από Υπουργείο Υγείας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

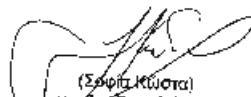
Αρ Φακ. 5 14.02.4(2)

3 Ιουνίου 2009

κ. Μαρία Δημητρίου
✓ Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΙΑΚ),

**Θέμα: Εξασφάλιση Άδειας για Διεξαγωγή Έρευνας
«Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων
καρδιαλογικών ασθενών στην Κύπρο»**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας ημερ. 9/2/09 σχετικά με το πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι δεν υπάρχει ένσταση στη διεξαγωγή της πιο πάνω έρευνας νοούμενοι ότι θα ληφθούν οι απαραίτητες εγκρίσεις από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και την Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.


(Σοφία Κώστα)
Για τον Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

ΣΚ/ΣΚ

9.6. Επιστολή έγκρισης για διεξαγωγή έρευνας από Υπουργείο Υγείας

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. Υ.Υ. 15.6.17.9

4 Μαρτίου, 2009

Κυρία Μαρία Δημητρίου
Ενταγμένη Ανώτερη Λέκτορας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας ημ. 9/02/2009 σχετικά με αίτημα όπως σας παραχωρηθεί άδεια για τη διεξαγωγή έρευνας, στους χώρους των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού και Πάφου με τίτλο «**Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καρδιολογικών ασθενών στην Κύπρο**» και να σας πληροφορήσω ότι αυτό έχει εγκριθεί.

Παρακαλείστε όπως εξασφαλίσετε και την άδεια των υπεύθυνων των επηρεαζόμενων τμημάτων για τη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Επισημαίνεται ότι η ικανοποίηση του πιο πάνω αιτήματος σας, **προϋποθέτει ότι η έρευνα θα διεξάγεται λαμβάνοντας υπόψη τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο Αρ. 138(Ι) του 2001**. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων των νοσοκομείων στο οποίο θα διεξάγεται η έρευνα.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία.

(Μ. Ευαγγέλου)
Για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Ιατρ. Διευθ., Γ.Ν. Λευκωσίας
Π.Ι.Λ, Γ.Ν. Λεμεσού και Πάφου
Προϊστ. Νοσηλ. Λειτ., Γ.Ν.Λ και Λεμεσού
Β. Προϊστ. Νοσηλ. Λειτ., Γ.Ν. Πάφου

Μ.Ε. ΕΡΕΥΝΑ – ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ σελ.10

9.7.Επιστολή έγκρισης βιοηθικής αξιολόγησης από ΕΕΒΚ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2009 01.07

Αρ. Τηλ.: 22889227

Αρ. Φαξ: 22665080

Ημερ.: 26 Μαρτίου 2009

Κύριο Αναστάσιο Μερκούρη
Αναπληρωτή Καθηγητή
Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τ.Κ. 12715
2252 Λευκωσία

Αξιότιμε κύριε Μερκούρη,

Ερευνητική πρόταση με θέμα: «Αξιολόγηση ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καρδιολογικών ασθενών στην Κύπρο»

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου της ερευνητικής σας πρότασης που έχετε καταθέσει στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) στις 19 Μαρτίου 2009 (έντυπο αίτησης ΕΕΒΚ 02, έντυπο συγκατάθεσης ΕΕΒΚ 03, ερευνητικό πρωτόκολλο, ερωτηματολόγια και εγκρίσεις από αρμόδιες αρχές), έχω την γνώμη ότι η ερευνητική σας πρόταση δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

2. Παραμένει περαιτέρω ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλιστεί η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(Ι)/2001).

Με εκτίμηση,

Ρένα Βραχίμη-Πετρίδου

Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Απελλή 1, 1403 Λευκωσία,

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: repetridou@law.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

9.8. Χρονοδιάγραμμα ενεργειών

Χρονοδιάγραμμα ενεργειών ερευνητικής δραστηριότητας

A/A		Αύγουστος – Οκτώβριος 2008	Νοέμβριος 2008- Φεβρουάριος. 2009	Μάρτιος - Απρίλιος 2009	Μάιος -Δεκέμβριος 2009	Δεκέμβριος 2009 – Μάρτιος 2010
1	Έναρξη διδ. Προγρ. σπουδών					
2	Ολοκλήρωση πρωτοκόλλου					
3	Έγκριση πρωτοκόλλου					
4	Εξασφάλιση έγκρισης για ερωτηματολόγια + λογισμικό					
5	Εξασφάλιση έγκρισης εκπόνησης από αρμόδια σώματα					
6	Επικοινωνία με τις καρδιολογικές μονάδες και οργάνωση συλλογής δεδομένων					
7	Συλλογή ποσοτικών δεδομένων					
8	Συλλογή ποιοτικών δεδομένων					

A/A		Απρίλιος -Ιούλιος 2010	Σεπτέμβριος 2010– Μάρτιος 2011	Απρίλιος - Σεπτέμβριος 2011	Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2011	Ιανουάριος – Μάιος 2012	Ιούνιος – Ιούλιος 2012
9	Καταχώρηση στον υπολογιστή						
10	Ανάλυση και αποτελέσματα έρευνας ποσοτικών δεδομένων						
11	Ανάλυση και αποτελέσματα έρευνας ποιοτικών δεδομένων						
12	Ετοιμασία και αξιολόγηση περιεκτικής						
13	Συγγραφή διδακτορικής διατριβής						
14	Υποστήριξη θέσης και δημοσιοποίηση αποτελεσμάτων						

