

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

«Προηγμένη Επείγουσα και Εντατική νοσηλεία»

Μεταπτυχιακή διατριβή

Παρασκευή Μαλεκκίδου

Διερεύνηση σχέσης Κοινωνικής Στήριξης και
Ποιότητας ζωής ατόμων με Καρδιακή
Ανεπάρκεια

Τριμελής επιτροπή

Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού

Δρ. Ελισσάβητ Παπαθανάσογλου

Δρ. Νίκος Μίτλεττον

Λεμεσός 2014

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μαλεκκίδου Παρασκευή, [2014]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Σχολή επιστημών υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

*Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στους
Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού,
Δρ. Ελισσάβετ Παπαθανάσογλου, Δρ. Νίκο Μίττλετον και Δρ. Φωτεινή
Καλογήρου
για την συνεχή και πολύτιμη καθοδήγηση τους στην συγγραφή
της παρούσας εργασίας, καθώς και στην οικογένεια μου
για την αγάπη και τη στήριξή τους κατά την διάρκεια
των μεταπτυχιακών μου σπουδών...*

Περίληψη

Εισαγωγή: Συγκρίνοντας με υγιή γενικό πληθυσμό, τα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) εμφανίζουν σφαιρική μείωση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) σε αρκετούς τομείς. Η κοινωνική στήριξη (ΚΣ) μπορεί να βελτιώσει τη χαμηλή ΠΖ των ασθενών με ΚΑ, ώστε να γίνει σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων της, διατηρώντας τη φυσική και συναισθηματική ευεξία των ατόμων με ΚΑ

Σκοπός: Ο βασικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ

Υλικό-Μέθοδος: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 117 ασθενείς με ΚΑ, οι οποίοι νοσηλεύονταν στα καρδιολογικά τμήματα και ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου, με σταδιοποίηση κατά NYHA I-IV, κατά τη χρονική περίοδο 2010 έως 2013. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων «Multidimensional scale of perceived social support» (MSPSS) και «Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ). Για τη στατιστική ανάλυση έγιναν οι δοκιμασίες Pearson και Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος του ερευνητικού έργου MEETinCY (NCT01905176)

Αποτελέσματα: Η συνολική βαθμολογία του MSPSS έχει μια μέτρια και αρνητική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία του MLHFQ ($r=-0.31$ $p<0.01$). Χαμηλότερες τιμές της ΠΖ σχετίζονται με υψηλότερες τιμές ΚΣ, δηλαδή τα άτομα με καλύτερη ΠΖ έχουν την τάση να δηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ΚΣ. Επιπλέον, η συνολική βαθμολογία MSPSS σχετίζεται σημαντικά με τη σωματική ($r=-0.36$ $p<0.05$) και συναισθηματική διάσταση ($r=-0.24$, $p=0.05$), αλλά όχι με την κοινωνική διάσταση της ΠΖ ($r=0.05$, $p=0.98$). Η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι το φύλο ($p=0.042$) και η σταδιοποίηση κατά NYHA επηρεάζουν την σχέση ΚΣ και ΠΖ. Συγκεκριμένα η θετική επίδραση της ΚΣ στην ΠΖ του ασθενούς, είναι πιο ισχυρή στη σταδιοποίηση κατά NYHA I ($p=0,0001$) από ότι στην NYHA II ($p=0,086$), στην NYHA III ($p<0.0001$) και στην NYHA IV ($p<0.0001$).

Συμπεράσματα: Τα τρέχοντα αποτελέσματα παρέχουν ενδείξεις ότι η έλλειψη ΚΣ έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ των ασθενών με ΚΑ

Abstract

Introduction: Compared to the healthy general population, people with heart failure (HF) exhibit overall lower quality of life (QoL) in several areas. Social support can improve the low QOL of patients with HF in order to properly manage the symptoms of the disease, maintaining the physical and emotional well-being of people with HF
Background

Aim: The main purpose of this research study was to investigate the relationship between Social support and QOL in patients with HF

Methods: It is a descriptive correlation study. The population of the study is comprised from 117 patients with HF who were hospitalized in the cardiology departments and patients who visited the outpatient clinics of public hospitals in Cyprus, staging NYHA I-IV, during the period 2010 to 2013. The data were collected by completing the questionnaires «Multidimensional scale of perceived social support» (MSPSS) and «Minnesota Lining with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ). For the statistical analysis, Pearson tests were conducted and as well as Hierarchical Regression Analysis. This study is part of a research project MEETinCY (NCT01905176)

Results: The total score of MSPSS has a moderate negative correlation with the total score of MLHFQ ($r = -0.31$ $p < 0.01$). Lower values of QOL are associated with higher rates of Social support, which means that people with better QOL tend to report greater perceived social support. Furthermore, the overall rating of MSPSS are significantly associated with the physical ($r = -0.36$ $p < 0.05$) and emotional dimension ($r = -0.24$, $p = 0.05$), but not with the social dimension of QOL ($r = 0.05$, $p = 0.98$). The hierarchical regression analysis showed that the gender ($p = 0.042$) and NYHA staging affect the relationship between social support and QOL. Specifically, the positive effect of Social support on the QOL of the patient, are strongest in NYHA I ($p=0,0001$) staging than in NYHA II ($p = 0,086$), in NYHA III ($p < 0.0001$) and NYHA IV ($p < 0.0001$)

Conclusions: The current results indicate that the lack of social support has a negative impact on the QOL of patients with HF

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	4
Abstract	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1.Εισαγωγή.....	8
2.Καρδιακή Ανεπάρκεια.....	10
2.1.Επιδημιολογία Καρδιακής Ανεπάρκειας.....	10
2.2.Ταξινόμηση Καρδιακής ανεπάρκειας	10
3.Ποιότητα ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια	11
3.1. Ποιότητα ζωής.....	11
3.2. Ποιότητα Ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια	12
4. Κοινωνική στήριξη ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια	13
4.1 Κοινωνική στήριξη	13
4.2. Κοινωνική στήριξη ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια	15
5. Σχέση ΚΣ και ΠΖ ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια	16
6. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	18
6.1.Σκοπός συστηματικής ανασκόπησης	18
6.2.Μεθοδολογία	18
6.3. Κριτήρια Επιλογής	18
6.4.Κριτήρια Αποκλεισμού	18
6.5.Μέθοδος Αναζήτησης	19
6.6. Αποτελέσματα	20
5.6.1 . Παράγοντες που επηρεάζουν την ΚΣ και ΠΖ ατόμων με ΚΑ.....	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	30
7.Σκοπός.....	30
8.Επιμέρους στόχος.....	30
9.Στατιστικές Υποθέσεις	30
10. Μεθοδολογία	31
10.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	31
10.2 Υλικό	31
10.2.1 Χώρος Μελέτης	31
10.2.2 Δείγμα.....	31
10.2.3 Εργαλεία.....	31
10.2.4 .Εγκρίσεις –Άδειες.....	33

10.2.5. Συλλογή δεδομένων	33
10.2.6 Κριτήρια εισόδου	34
10.2.7 Κριτήρια αποκλεισμού	35
10.2.8 Διαχείριση Δεδομένων- Στατιστική Ανάλυση	35
11. Αποτελέσματα	38
11.1 Περιγραφή δείγματος	39
11.2. Αναλύσεις συσχέτισης ΚΣ και ΠΖ.....	41
11.3 Δεδομένα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία σε ασθενείς με ΚΑ	43
11.4 Δεδομένα αντιλαμβανόμενης ΚΣ	50
11.5 Συγχυτικοί παράγοντες στη σχέση ΚΣ και ΠΖ.....	56
12. Συζήτηση.....	64
13. Περιορισμοί της μελέτης.....	67
14. Συμπεράσματα	67
15. Βιβλιογραφία	68
15.1 Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	68
15.2 Ελληνική βιβλιογραφία	77

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι κλινικό σύνδρομο που συνεπάγεται με πολλά και πολύπλοκα προβλήματα. Παρά τις σημαντικές προόδους στη θεραπεία της, η πρόγνωση της νόσου παραμένει φτωχή, και αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφού ο αριθμός των ατόμων που νοσούν αυξάνεται ραγδαία παγκοσμίως. Έρευνες αναφέρουν ποσοστό 1% έως 3% του ενήλικου πληθυσμού (Rabello et al.,2006; Grady et al.,2000) και ποσοστό 10% των ηλικιωμένων να πάσχουν από αυτό το σύνδρομο (Jaarsma 2005). Συνεπώς, η αντιμετώπιση της ΚΑ συνεχίζει να αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Συγκρίνοντας με τον υγιή γενικό πληθυσμό, το άτομο με ΚΑ εμφανίζει μείωση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) σε αρκετούς τομείς, όπως σε κοινωνικό επίπεδο, γεγονός που αντανακλά σοβαρό αντίκτυπο της ΚΑ στην καθημερινή ζωή (Juenger 2002).

Η διατήρηση ή βελτίωση της υγείας που σχετίζεται με την ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ αποτελεί θέμα ύψιστης σπουδαιότητας, καθώς επιδρά σημαντικά στον τρόπο ζωής τους (Dickstein et al., 2008). Ωστόσο, παρά τις διαθέσιμες θεραπείες, η ΚΑ σχετίζεται με ψηλά επίπεδα θνησιμότητας και η εξασθενημένη ΠΖ συνδέεται με την ΚΑ (Norton 2011). Ως εκ τούτου, πρέπει να διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες όπως η κοινωνική στήριξη (ΚΣ), η οποία όπως είναι γνωστό επηρεάζει την υγεία (Rook & Underwood 2000).

Η ΠΖ είναι ένα σχετικά νέο ερευνητικό πεδίο στη θεραπεία της πορείας της νόσου (Juenger 2002). Η ΚΣ, ενδεχομένως μπορεί να βελτιώσει τη χαμηλή ΠΖ των ασθενών με ΚΑ, ώστε να γίνει σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων της (Bennett 2001), διατηρώντας τη φυσική και συναισθηματική ευεξία των ατόμων (Yildirim & Kocabiyik 2010). Πλήθος μελετών επαληθεύουν τη σχέση της βελτιωμένης ΠΖ με την ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ (Barutsu & Mert 2013; Heo et al., 2012; Lqbal et al., 2010; Bennet et al., 2001).

Η κοινωνική απομόνωση ίσως να οφείλεται στην αντίληψη του πάσχοντα ότι δεν είναι πλέον ικανός να διατηρηθεί στον ίδιο βαθμό, όπως πριν την εμφάνιση της νόσου (Murberg 2001). Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι διάφορες πτυχές της ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ καθώς μπορεί να φανούν πολύτιμες για τη βελτίωση και διατήρηση της ΠΖ τους. Επομένως, η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ πρέπει να αξιολογείται

για να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους. Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές, ειδικότερα εφαρμόζοντας τις κατάλληλες παρεμβάσεις διαμέσου προγραμμάτων διαχείρισης της ΚΑ (Λαμπρινού και συν. 2010).

Η βελτίωση της ΠΖ των ασθενών με ΚΑ μέσω της ΚΣ αποτελεί πρόκληση για τη νοσηλευτική. Ανώτερος σκοπός είναι το άμεσο όφελος του ασθενούς, αλλά και η μείωση του κόστους νοσηλείας, μέσω της πρόληψης των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και κατ' επέκταση η μείωση της πολυπλοκότητας στις διαδικασίες εφαρμογής του θεραπευτικού πλάνου. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι νοσηλεύουν ασθενείς με ΚΑ πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες που επιδρούν στην ΠΖ και να τους αντιμετωπίσουν με ανάλογες παρεμβάσεις μέσω της ΚΣ.

2.Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η ΚΑ, όπως ορίζεται, μπορεί να προκύψει από οποιαδήποτε δομική ή λειτουργική διαταραχή του καρδιακού μυός, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα της κοιλίας να πληρούται με αίμα και να το εξωθεί προς την περιφέρεια, για να καλυφτούν έτσι οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών (Roger 2010; McMarry et al., 2012). Μπορεί επίσης, να παρατηρηθεί ΚΑ ακόμα και αν το αίμα προωθείται κανονικά στους ιστούς, αλλά υπό καθεστώς αυξημένων πιέσεων (Granger et al., 2006; Hunt et al., 2005). Η ΚΑ δεν είναι νόσος, αλλά ένα σύνδρομο που οφείλεται σε διάφορες παθολογικές διεργασίες (Braunwald 2005).

2.1.Επιδημιολογία Καρδιακής Ανεπάρκειας

Η επιδημιολογία της ΚΑ άρχισε να μελετάται από τη δεκαετία του εβδομήντα και μεταγενέστερα. Αρχικά, η επίπτωση και ο επιπολασμός, όπως φαίνεται από τη μελέτη του Framingham, καθορίζονταν από τα κλινικά κριτήρια. Τα μεταγενέστερα χρόνια με τη χρήση υπερήχου, άλλαξε η επιδημιολογία της νόσου, καθώς επέτρεπε τη διάγνωση ασυμπτωματικών ασθενών με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (Rodeheffer 2003).

Στη μελέτη NHANES ο επιπολασμός το 2006 για άτομα άνω των 20 ετών βρέθηκε να είναι 2,5% και η επίπτωση για άτομα άνω των 45 ετών 670.000. Η πιθανότητα να πάθει κάποιος ΚΑ στο 40^ο έτος είναι 1 στους 5. Αν δεν υπάρχει προηγούμενο έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 1 στους 9 για τους άντρες και 1 στις 6 για τις γυναίκες. Η πιθανότητα είναι η ίδια και στο 80^ο έτος της ζωής, αλλά στην ηλικία αυτή το υπόλοιπο της ζωής είναι μικρότερο (Lloyd et al., 2009).

Στην Ευρώπη, στις χώρες που αντιπροσωπεύονται από το European Society of Cardiology (ESC), με συνολικό πληθυσμό πάνω από 900.000.000, υπολογίζεται ότι υπάρχουν τουλάχιστον 10.000.000 ασθενείς με ΚΑ (Swedberg et al., 2005).

2.2.Ταξινόμηση Καρδιακής ανεπάρκειας

Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ΚΑ χρησιμοποιείται η ταξινόμηση σύμφωνα με το New York Heart Association (NYHA), και αφορά σε τέσσερα

λειτουργικά στάδια με τα συμπτώματα των ασθενών, κατά τη φυσική τους δραστηριότητα.

Τα στάδια NYHA είναι:

- *Στάδιο NYHA 1:* Ασθενείς με καρδιακή νόσο χωρίς περιορισμό της σωματικής τους δραστηριότητας. Η συνηθισμένη σωματική δραστηριότητα δεν προκαλεί αδικαιολόγητη κόπωση, αίσθημα παλμών, δύσπνοια ή στηθαγχικό άλγος
- *Στάδιο NYHA 2:* Ασθενείς με καρδιακή νόσο που επιφέρει μικρό περιορισμό της σωματικής τους δραστηριότητας. Αισθάνονται άνετα στην ηρεμία. Η σωματική δραστηριότητα προκαλεί κόπωση, αίσθημα παλμών, δύσπνοια ή στηθαγχικό άλγος
- *Στάδιο NYHA 3:* Ασθενείς με καρδιακή νόσο που επιφέρει έντονο περιορισμό της σωματικής τους δραστηριότητας. Αισθάνονται άνετα στην ηρεμία. Η σωματική τους δραστηριότητα μικρότερη της συνηθισμένης προκαλεί κόπωση, αίσθημα παλμών, δύσπνοια ή στηθαγχικό άλγος
- *Στάδιο NYHA 4:* Ασθενείς με καρδιακή νόσο, αδύναμοι να εκτελέσουν χωρίς συμπτώματα οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα. Συμπτώματα ΚΑ ή στηθαγχικό σύνδρομο υπάρχουν και στην ηρεμία. Ουσιαστικά η ζωή τους περιορίζεται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, δηλαδή είναι καθ'ολοκληρίαν ανήμποροι (Swedberg et al., 2005).

3. Ποιότητα ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια

3.1. Ποιότητα ζωής

Η ΠΖ είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο και υποκειμενικό φαινόμενο, που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από φιλοσόφους, ψυχολόγους, θεολόγους και πολιτικούς. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθοριστεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός και να μετρηθεί.

Στην προσπάθεια όμως, να περιοριστεί το εύρος της έννοιας «Ποιότητα ζωής», και να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στη ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία (Guyatt 1993).

ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία ορίζεται ως η: «Η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική

διάσταση της ζωής του. Απάντηση που επηρεάζει το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να νοιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του» (Aaronson 1991).

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ΠΖ. Η ΠΖ είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες όπως αναφέρεται από τον Juenger και συν. (2002) τη σωματική διάσταση, τη συναισθηματική διάσταση και την κοινωνική διάσταση.

Η σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες και τις ημέρες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, καθώς και την ικανοποίηση από τη ζωή και η κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει συζυγική και κοινωνική προσαρμογή, καθώς και την ομαλή προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα.

3.2. Ποιότητα Ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια

Η ΠΖ είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Έχει σχετιστεί με θέματα υγείας, έχοντας γίνει έτσι μια πολύ σημαντική περιοχή για θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένας αυξανόμενα χρησιμοποιούμενος δείκτης στις κλινικές μελέτες.

Λόγω της παθοφυσιολογίας της ΚΑ, είναι γεγονός ότι οι ασθενείς με ΚΑ και η οικογένεια τους, βιώνουν πολλά και πολύπλοκα ενοχλητικά συμπτώματα, όπως κόπωση και δύσπνοια, μειωμένη λειτουργική κατάσταση και γενικά περιορισμούς στον τρόπο ζωής τους (Campbell et al., 1998). Έτσι, η ΚΑ μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δαπανηρό και εξουθενωτικό σύνδρομο με αρνητικές επιπτώσεις στην ΠΖ των ατόμων, γεγονός που δημιουργεί προβληματισμούς για τις μελλοντικές προεκτάσεις. Η ΚΑ, εκτός από τα εξαντλητικά σωματικά συμπτώματα, χαρακτηρίζεται από αλλαγές ρόλων, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, πρόωρη συνταξιοδότηση, οικονομική επιβάρυνση και μεταβολές στην ΚΣ. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικό βαθμό κατάθλιψη και αρνητική επίδραση στην ΠΖ, τόσο

των ίδιων των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους (Martensson et al. 2003, Bekelman et al. 2007).

Για να εξεταστεί η αξιολόγηση της ΠΖ σε άτομα με ΚΑ ολοένα και περισσότερες έρευνες στρέφονται σε αυτή την κατεύθυνση, η οποία, αφενός αποτελεί προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας και ένα αξιόπιστο εργαλείο για το σχεδιασμό της εξατομικευμένης παροχής φροντίδας, αφετέρου είναι τόσο σημαντική για τους ασθενείς, ώστε συχνά να αξιολογείται από τους ίδιους ως η πλέον σημαντική ακόμη και από τη διάρκεια της ζωής (Ducharme et al., 2005).

Αν και η επιβίωση παραμένει σημαντικός παράγοντας, εντούτοις οι ασθενείς με ΚΑ δίδουν μεγαλύτερη ή ίση σημασία στην ΠΖ, παρά στο μήκος της ζωής (Lewis et al., 2001). Η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ είναι σημαντικά μειωμένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, προκαλώντας έτσι πιο σοβαρή βλάβη στην ψυχοσωματική και σωματική λειτουργία σε σχέση με άλλες χρόνιες παθήσεις, όπως είναι ΧΑΠ και αρθρίτιδα (Hobbs et al., 2002). Έκπτωση της ΠΖ ασθενών με ΚΑ ακολουθεί το ίδιο μοτίβο με μείωση της ΠΖ των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο (O'leary et al., 2009).

4. Κοινωνική στήριξη ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια

4.1 Κοινωνική στήριξη

Η ΚΣ μπορεί να θεωρηθεί η αντίληψη ή η αίσθηση κάποιου ατόμου ότι ανήκει σε ένα κοινωνικό δίκτυο αμοιβαίας βοήθειας και προσφοράς και που μπορεί να αλληλεπιδρά μεταξύ ατόμων ή φορέων. Για το λόγο αυτό, έχει χαρακτηριστεί ως μια «Πολυδιάστατη έννοια» εφόσον δεν έχει οριστεί επακριβώς, και χρησιμοποιούνται ποικίλοι τρόποι για να περιγραφεί. Υπάρχουν διάφορα είδη υποστήριξης, όπως η υλική, η συναισθηματική και η συμβουλευτική (Friedman 2007). Με τη στενή σημασία του όρου αναφέρεται ως η βοήθεια που παρέχεται προς το άτομο, την οικογένεια ή από τους «άλλους», ενώ με την ευρεία σημασία της αναφέρεται στο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η οικογένεια ή το άτομο περιέχεται και στις αλληλεπιδράσεις που δημιουργούν μέσα σε αυτό (Mitchell & Trickett 1980).

Στη βιβλιογραφία, οι ερευνητές κατά καιρούς στην προσπάθεια τους να διερευνήσουν την έννοια της ΚΣ διέκριναν κάποια χαρακτηριστικά της τα οποία

ομαδοποίησαν σε δύο κατηγορίες: τη δομική και τη λειτουργική διάσταση (Krahn 1993).

Η δομική διάσταση σύμφωνα με τον Krahn (1993) ασχολείται περισσότερο με τα ποσοτικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων, περιλαμβάνοντας το εύρος τους και περιγράφει το σύνολο των ατόμων με τους οποίους το άτομο έχει επαφή. Η πυκνότητα του κοινωνικού δικτύου αξιολογεί κατά πόσο γνωρίζονται και σχετίζονται μεταξύ τους τα μέλη ενός κοινωνικού δικτύου, ενώ η ένταση αναφέρεται στη δύναμη του δεσμού. Η διάρκεια αφορά στο βαθμό σταθερότητας των δεσμών του ατόμου με τα άλλα μέλη (Mitchell & Trickett 1980). Ένα άλλο χαρακτηριστικό του κοινωνικού δικτύου είναι η πολλαπλότητα. Αναφέρεται στην ποσότητα, είτε των ειδών βοήθειας που μπορεί να προσφέρει ένα άτομο, είτε των λειτουργιών που εξυπηρετούνται από μια σχέση. Τέλος, η αμοιβαιότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που δίνει και σε αυτό που παίρνει το άτομο μέσα σε ένα δίκτυο (Krahn 1993).

Η λειτουργική διάσταση αφορά περισσότερο στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των σχέσεων του κοινωνικού δικτύου και περιλαμβάνει: τη διαθεσιμότητα, το περιεχόμενο και τις πηγές υποστήριξης. Η διαθεσιμότητα ως χαρακτηριστικό, αναφέρεται στο αν η υποστήριξη είναι διαθέσιμη όταν το άτομο την χρειάζεται και της πραγματικής πρόσβασης που μπορεί να έχει σε αυτήν. Το περιεχόμενο αναφέρεται στους τύπους της υποστήριξης που παρέχονται στο άτομο και την οικογένεια και από τους ερευνητές συνοψίζονται σε τρεις κατηγορίες: την υλική, τη συναισθηματική και την πληροφοριακή υποστήριξη (Krahn 1993). Τέλος, οι πηγές υποστήριξης είναι δυνατό να προέρχονται είτε από ανεπίσημα/άτυπα δίκτυα βοήθειας, είτε από επίσημα/τυπικά δίκτυα (Dunst, Trivette & Hamby 2007).

Μερικοί ερευνητές διαχωρίζουν την ΚΣ σε «ανεπίσημη» και «επίσημη». «Ανεπίσημη» είναι η συναισθηματική ή υλική βοήθεια που παρέχεται στα άτομα από μέλη της οικογένειας τους, φίλους ή και από θρησκευτικές κοινότητες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η βοήθεια είναι διαθέσιμη και δεν χρειάζεται να παρέμβει ο επαγγελματίας υγείας ή άλλος φορέας (Bennett, Lingerfelt & Nelson 1990). Η «επίσημη» ΚΣ παρέχεται στην οικογένεια από επαγγελματίες υγείας και περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμβουλευτική κ.α , τηρώντας όμως γραφειοκρατικές διαδικασίες (Perry 2004).

4.2. Κοινωνική στήριξη ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια

Η αντιλαμβανόμενη ΚΣ θεωρείται από τους καλύτερους τεκμηριωμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν εκβάσεις στον τομέα της υγείας (Berkman et al., 2000; Uchino 2004; Holt-Lunstad et al., 2010). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με χαμηλά επίπεδα ΚΣ έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ειδικά από καρδιαγγειακή νόσο (Berkman et al., 1992; Orth-Gomer et al., 1993; Barth et al., 2010). Η ΚΣ όπως είναι γνωστό είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της υγείας σε ασθενείς με ΚΑ (Cohen, Gottlieb & Underwood 2000). Ερευνητές αναφέρουν ότι η ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ έχει συνδεθεί άρρηκτα με αποτελέσματα όπως η νοσηλεία (Lofvenmark et al., 2009), η θνησιμότητα (Coyne et al., 2001), το άγχος (Murberg et al., 1998), η κατάθλιψη (Tsuchihashi-Makaya et al., 2009) και η αυτοφροντίδα (Dunbar et al., 2008).

Αύξηση της ΚΣ θεωρείται ένας σημαντικός τρόπος στη διαχείριση των ενοχλητικών συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς με ΚΑ, όπως είναι η κόπωση και η γνωστική δυσλειτουργία (Packet & Cohn 1999). Διαφαίνεται ότι μεγαλύτερη συναισθηματική υποστήριξη συνδέεται σημαντικά με σημαντικό αίσθημα για τη ζωή, ενώ η μεγαλύτερη έμπρακτη στήριξη συνδέθηκε με λιγότερο αρνητικές επιπτώσεις (Friedman & King 1994).

Διάφορα μοντέλα της ΚΣ και της υγείας έχουν πιθανολογήσει ψυχολογικούς μηχανισμούς, όπως το αντιλαμβανόμενο άγχος και την κατάθλιψη να επηρεάζονται ως σημαντικά μονοπάτια (Uchino 2004; Berkman et al., 2000). Διευκρινίζοντας τους ψυχολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι μπορούν να συνδέσουν την ΚΣ με εκβάσεις της υγείας, θεωρείται γενικά μια πρωτογενής ατζέντα για την έρευνα τόσο για τη θεωρητικούς, όσο και για εφαρμοσμένους λόγους, αναδεικνύοντας έτσι διαφορετικές προσεγγίσεις (Reis et al., 2000).

Οι Cohen και Wills (1985) προβλέπουν ότι η ΚΣ μπορεί να αποτρέψει ή ακόμα και να μειώσει το άγχος με αντίστοιχες επιρροές στο συναίσθημα που συνδέονται με φυσιολογικούς παράγοντες. Υποστηρίζουν επίσης, ότι οι "άμεσες επιπτώσεις" της ΚΣ για την υγεία μπορεί να διαμεσολαβεί από θετική επίδραση και από την αίσθηση της αυτοεκτίμησης. Σημαντικό μονοπάτι που συνδέει την ΚΣ με την υγεία θεωρούνται όπως σκιαγραφούν στη θεωρητική ανάλυση τους οι Berkman και συν.

(2000) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί, όπως η αυτοδιαχείριση, η αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, η αγωνία, και το αίσθημα της ευημερίας.

Αξιοσημείωτο είναι ότι επικαλύπτονται μοντέλα, που συνδέουν την ΚΣ με την έκβαση της ψυχικής υγείας (Gore 1981; Lin 1986). Αν και δεν αναφέρονται εκτενώς στη βιβλιογραφία, η έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας, προβάλλει ένα σχετικό μοντέλο με ψυχολογικούς μεσολαβητές, συμπεριλαμβανομένων της αυτοεκτίμησης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου (Atienza et al., 2001; Symister & Friend 2003). Η ΚΣ έχει συνδεθεί άρρηκτα με τα πρότυπα αξιολόγησης, με αισθήματα ελέγχου, αυτοφροντίδας και αυτοσεβασμού (Atienza et al., 2001; Shaw et al., 2004). Υψηλά επίπεδα ΚΣ, επίσης, σχετίζονται μειωμένη αντίληψη άγχους και κατάθλιψης (Russell & Cutrona 1991).

5. Σχέση ΚΣ και ΠΖ ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια

Σύμφωνα με τους Bennett και συν. (2001), η ΚΣ συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΚΑ και στη βελτίωση της ΠΖ. Μελέτες που έγιναν με σκοπό να διερευνήσουν τη σχέση της ΠΖ και της ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Ορισμένες μελέτες καταδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ (Bennett 2001; Ys, Lee & Woo 2004), ενώ κάποιες άλλες όχι (Boutin 2005).

Σε μια πρόσφατη συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, με τη χρήση των εργαλείων MSPSS (Multidimensional scale of perceived social support) και LVD-36 (The left ventricular dysfunction questionnaire) διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Η μελέτη έδειξε ότι η υψηλή ΚΣ από την οικογένεια, τους φίλους και άλλους σημαντικούς οι οποίοι ήταν δίπλα τους, σχετίζεται με καλύτερη ΠΖ ατόμων με ΚΑ (Baratcu & Mert 2013). Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης συγκλίνουν με προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια νόσο, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΑ, υποδεικνύοντας έτσι ότι σε ασθενείς με ΚΑ παρέχεται ικανοποιητικό επίπεδο ΚΣ από την οικογένεια (Gunes & Altioek 2009) και από τους φίλους (Wang 2006).

Οι Bennett και συν. (2001) εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ, αν και διαφάνηκαν υψηλά επίπεδα ΚΣ, η ΠΖ των ασθενών ήταν μέτρια. Σε

παρόμοια μελέτη διαπίστωσε την υψηλή ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ, αλλά φτωχότερη σωματική και ψυχική υγεία για την ΠΖ από εκείνη του γενικού πληθυσμού. (Westlake et al., 2002).

Οι Krethong και συν. (2008) σε έρευνα τους στην Ταϊλάνδη, σε ένα δείγμα 422 ασθενών, χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια MLHFQ και ESSI, βρήκαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ΚΣ και ΠΖ, δηλαδή τα άτομα με χαμηλότερη ΠΖ, τείνουν να προσελκύουν μεγαλύτερη ΚΣ, ενώ βρήκαν θετική επίδραση της ΚΣ στη μείωση των συμπτωμάτων της ΚΑ. Η μελέτη αυτή ενισχύει τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που συνδέουν την ΚΣ με μείωση των συμπτωμάτων της ΚΑ, και όχι με την αύξηση της ΠΖ (Riedinger et al., 2001).

Οι Heo και συν. (2012) προσδιόρισαν την ΚΣ και διερεύνησαν αν υπάρχει συσχέτιση με την ΠΖ και την επιβίωση χωρίς συμπτώματα σε ασθενείς με ΚΑ. Με τη χρήση των εργαλείων MLHFQ και MS-PSS κατέδειξε την ΚΣ, την οικονομική και λειτουργική κατάσταση, την ηλικία και λιγότερο τη νοσηρότητα να σχετίζονται με την ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Ωστόσο, αναφέρεται ευρέως η ευνοϊκή επίδραση που αντανακλά η ΚΣ (Cohen & Syme 1985; Zunzunegui, Beland & Otero 2001), αποκαλύπτοντας έτσι την προγνωστική της σημασία (Krumholz et al., 1998).

6. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Η ΚΣ των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες καταστάσεις έχει μελετηθεί εκτενώς. Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση των πτυχών της ΚΣ και της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ και τόνισαν τις δυνατότητες των υποστηρικτικών κοινωνικών στοιχείων.

6.1. Σκοπός συστηματικής ανασκόπησης

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΚΣ και της ΠΖ ατόμων με ΚΑ.

6.2. Μεθοδολογία

Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και CINAHL. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς είναι: heart failure, social support, quality of life. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε από τις 22 Δεκεμβρίου 2013 μέχρι τις 5 Ιανουαρίου 2014.

6.3. Κριτήρια Επιλογής

Επιλέχθηκαν άρθρα γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα στα οποία υπήρχε πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο και που οι συμμετέχοντες είναι ενήλικες. Τα άρθρα πρέπει να αναφέρονται, να αξιολογούν ή να συσχετίζουν την ΠΖ και την ΚΣ των ασθενών με ΚΑ. Δεν χρησιμοποιήθηκαν χρονικοί περιορισμοί.

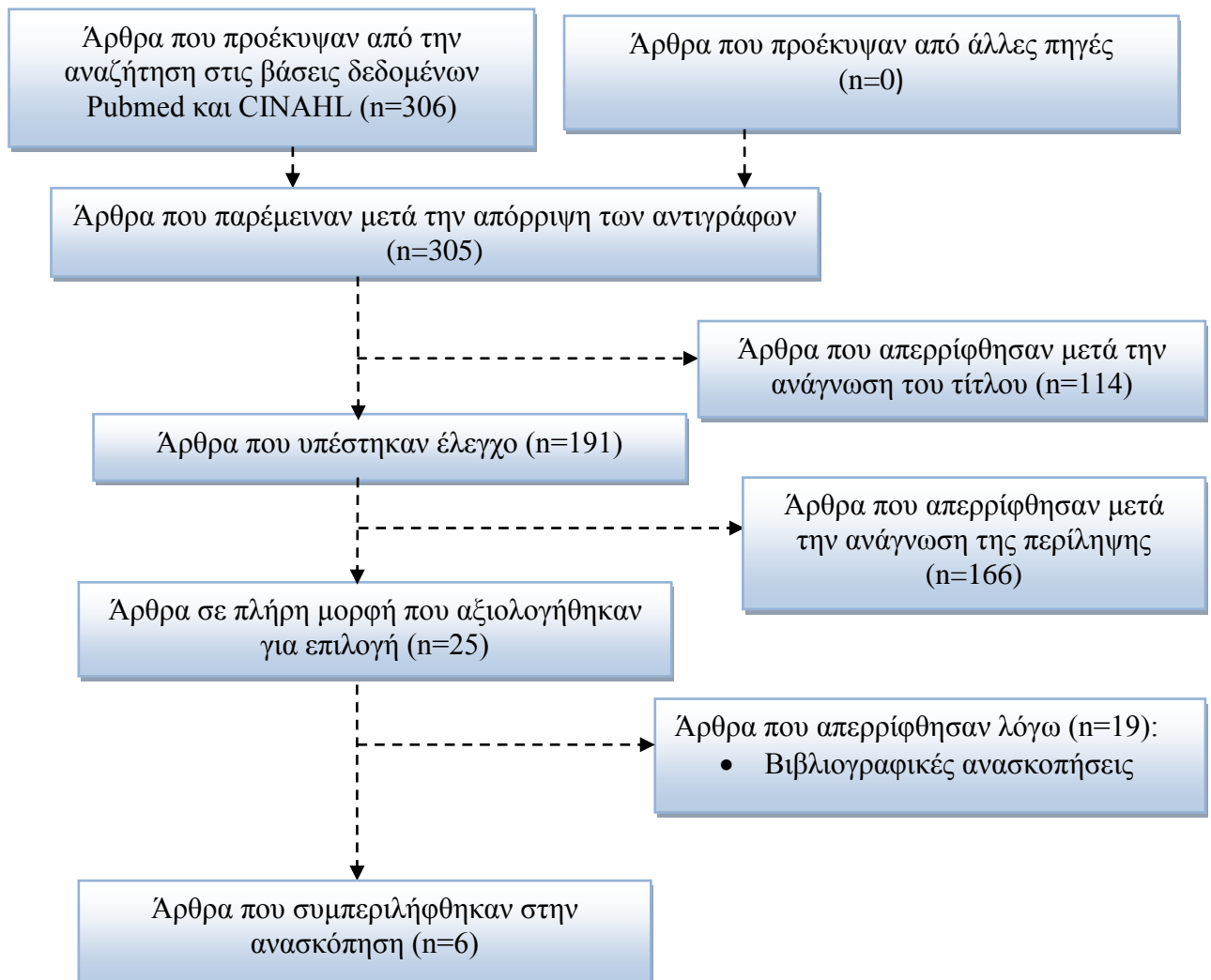
6.4. Κριτήρια Αποκλεισμού

Τα άρθρα που δεν αξιολογήθηκαν από επιστημονική επιτροπή και οι πιλοτικές μελέτες αποκλείστηκαν. Αποκλείστηκαν άρθρα που αξιολογούσαν ή συσχέτιζαν και άλλες μεταβλητές της ΚΑ εκτός από την ΠΖ και ΚΣ. Αποκλείστηκαν επίσης, μελέτες με δείγμα καρδιοχειρουργικών περιστατικών και μελέτες που αξιολογούσαν ή συσχέτιζαν την ΚΣ με την ΠΖ μόνο σε φροντιστές ασθενών με ΚΑ. Επιπλέον, εξαιρέθηκαν διπλωματικές εργασίες.

6.5. Μέθοδος Αναζήτησης

Από την αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 306 άρθρα. Ένα άρθρο εξαιρέθηκε γιατί επαναλαμβανόταν και στις δύο βάσεις δεδομένων. Από τα 305 άρθρα που παρέμειναν, εξαιρέθηκαν 114 μετά την ανάγνωση του τίτλου. Από τα 191 άρθρα που παρέμειναν και υπέστηκαν έλεγχο τα 166 εξαιρέθηκαν μετά από ανάγνωση της περίληψης. Από τα 25 άρθρα που παρέμειναν σε πλήρη μορφή και αξιολογήθηκαν, 19 εξαιρέθηκαν αφού ήταν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Έτσι στην παρούσα ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν 6 άρθρα (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1. Απεικόνιση των βημάτων για την επιλογή των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Πηγή: Moher, 2009



6.6. Αποτελέσματα

Συνολικά στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν έξι μελέτες (Yu et al., 2004; Krethong et al., 2008; Mendes de Leon et al., 2009; Heo et al., 2012; Baratcu & Mert 2013; Arestedt et al., 2013) (Πίνακας 1). Η πλειοψηφία των μελετών (πέντε) είχε συγχρονικό σχεδιασμό. Μία μελέτη (Heo et al., 2012) ήταν κοορτής, δηλαδή είχε προοπτικό χαρακτήρα. Κύριος σκοπός όλων των μελετών ήταν να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία (ΠΖ) σε άτομα με ΚΑ.

Δύο μελέτες (Mendes de Leon et al., 2009; Heo et al., 2012) ήταν από τις Η.Π.Α, τρεις μελέτες (Yu et al., 2004; Krethong et al., 2008; Baratcu & Mert 2013) από Ασιατικές χώρες (Κίνα, Ταϊλάνδη, Τουρκία,) και μία μελέτη (Arestedt et al., 2013) από Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία). Το δείγμα σε όλες τις μελέτες ήταν ενήλικες ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, διαφόρων εθνικοτήτων με ΚΑ. Ο αριθμός του δείγματος κυμαινόταν από 147 (Heo et al., 2012) έως 695 άτομα (Mendes de Leon et al., 2009). Στην μελέτη των Heo και συν. (2012) ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν προοπτικός και χρόνος παρακολούθησης κατά μέσο όρο ήταν 461 μέρες.

Όλες οι μελέτες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ σε άτομα με ΚΑ. Στην μελέτη των Heo και συν. (2012) οι ερευνητές διερεύνησαν επίσης και τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής κατάστασης (ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, συναισθηματική στήριξη, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση) και της επιβίωσης χωρίς συμπτώματα. Επιπρόσθετα, στην μελέτη των Mendes de Leon και συν. (2009) η ΠΖ αξιολογήθηκε ως α) ικανοποίηση με τη ΠΖ και β) ΠΖ με βάση τη φυσική λειτουργία (περιορισμοί στην ικανότητα του ασθενή να εκτελεί σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής υγείας).

Ως κυρίες μεταβλητές προς αξιολόγηση σε όλες τις μελέτες ήταν η ΚΣ, η ΠΖ και η ΚΑ (λειτουργική κατάσταση/σοβαρότητα νόσου). Όλες οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν με την χρήση ειδικών εργαλείων-κλιμάκων μέτρησης. Η ΚΣ αξιολογήθηκε με τις κλίμακες MOS-SSS-C (κινέζικη έκδοση), ESSI και MS-PSS. Η ΠΖ αξιολογήθηκε με τις κλίμακες CHQ-C (κινέζικη έκδοση), MLHFQ, QLI, MOS-SF-36, SF-12, LVD-36. Η ΚΑ (λειτουργική κατάσταση/σοβαρότητα νόσου) αξιολογήθηκε με βάση την ταξινόμηση κατά NYHA (NYHA I, II, III, IV) του New York Heart Association (NYHA). Οι πλειοψηφία των μελετών (Yu et al., 2004; Krethong et al., 2008; Mendes de Leon et al., 2009; Heo et al., 2012; Arestedt et al.,

2013) εκτός από τις πιο πάνω μεταβλητές προς διερεύνηση, αξιολόγησαν και παράγοντες όπως η αντίληψη για την υγεία, ψυχολογικούς παράγοντες (άγχος, κατάθλιψη), συμπτώματα που είχαν άμεση σχέση με την ΚΑ (θωρακικός πόνος, δύσπνοια, κόπωση, οίδημα ποδιών, αίσθημα παλμών, αϋπνία, ανορεξία), επιβίωση χωρίς συμπτώματα καθώς και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικονομική κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, συμβίωση).

Σε πέντε από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση βρήκαν ότι η ΚΣ σχετίζεται με την ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ, ενώ σε μια από αυτές αναφέρεται ότι η ΚΣ επηρεάζει λιγότερο αρνητικά από όλους τους παράγοντες την ΠΖ ατόμων με ΚΑ.

Συγκεκριμένα, στη μελέτη τους οι Barateu και Mert, το 2013 με δείγμα 150 ασθενείς με ΚΑ, με μέσο όρο ηλικίας 55 χρόνια πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη με κύριο σκοπό να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Για την αξιολόγηση της ΚΣ και ΠΖ χρησιμοποίησαν τα εργαλεία MS - PSS και LVD - 36, αντίστοιχα. Στα αποτελέσματα τους φαίνεται ότι η παροχή ΚΣ από την οικογένεια ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με την παροχή ΚΣ από τους φίλους και άλλους φορείς στους ασθενείς με ΚΑ. Επιπρόσθετα, παρατήρησαν μέτρια αρνητική σχέση ($r = -0.356$) μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ. Δηλαδή, όσο αυξανόταν το σκορ της ΚΣ, το σκορ της ΠΖ μειωνόταν. Αύξηση στο επίπεδο της ΚΣ είχε ως συνεπακόλουθο αύξηση στο επίπεδο της ΠΖ. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους συγκλίνουν με τη μελέτη των Heo και συν. το 2012 όπου με δείγμα 147 Αμερικάνους ασθενείς με ΚΑ, πραγματοποίησαν μελέτη κοορτής με μέσο όρο παρακολούθησης 461 μέρες με κύριο σκοπό να διερευνήσουν δύο υποθέσεις, 1^η) Να διερευνήσουν αν η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, η συναισθηματική στήριξη, η καλή οικονομική κατάσταση, το να είσαι παντρεμένος (συμβίωση) σχετίζονται με καλύτερη ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ και 2^η) Να διερευνήσουν αν η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, η συναισθηματική στήριξη, η οικονομική κατάσταση, το να είσαι παντρεμένος (συμβίωση) σχετίζονται με μεγαλύτερη επιβίωση χωρίς συμπτώματα. Για την αξιολόγηση της ΚΣ χρησιμοποίησαν όπως και οι Barateu και Mert (2013), την κλίμακα αντιλαμβανόμενης ΚΣ (MS – PSS), ενώ για την ΠΖ χρησιμοποίησαν το εργαλείο MLHFQ. Βρήκαν ότι, η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ σχετίζεται με καλύτερη ΠΖ, σε αντίθεση, στη δεύτερη δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ της ΚΣ και της επιβίωσης χωρίς συμπτώματα.

Σε συγχρονική μελέτη των Yu και συν. το 2004 με δείγμα 227 νοσηλευόμενους Κινέζους ασθενείς με ΚΑ, ηλικίας >60 χρονών και χρησιμοποιώντας τα εργαλεία MOS-SSS-C και CHQ-C για την αξιολόγηση της ΚΣ και ΠΖ αντίστοιχα, βρήκαν ότι, η χαμηλή ΚΣ σχετίζεται με φτωχή ΠΖ σε άτομα με ΚΑ. Η μελέτη αυτή ενισχύει τις θέσεις και άλλης μελέτης των Mendes de Leon και συν. το 2009, οι οποίοι χρησιμοποιώντας δεδομένα από μια μελέτη κλινικής δοκιμής (Heart Failure Adherence and Retention Trial - HART) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη με δείγμα 695 Αμερικάνους ασθενείς με ΚΑ, με μέσο όρο ηλικίας 63.3 χρόνια. Για την αξιολόγηση της ΚΣ χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο (MOS – SSS) με τους Yu και συν. (2004) και για την αξιολόγηση της ΠΖ, τον δείκτη QLI ο οποίος αξιολογεί τη συνολική ικανοποίηση της ΠΖ και το εργαλείο (MOS) - SF 36 το οποίο αξιολογεί τη ΠΖ με βάση τη φυσική λειτουργία (περιορισμοί του ασθενή στην ικανότητα να εκτελεί σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής υγείας). Αφού προσάρμοσαν ως προς πιθανούς συγχυτικούς/ενδιάμεσους παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικούς) και κλινικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της ΚΑ βρήκαν ότι, η παροχή μεγαλύτερης ΚΣ σχετίζεται με μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση ΠΖ σε άτομα με ΚΑ. Οι ερευνητές όμως, δεν παρατήρησαν καμία σχέση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ με βάση τη φυσική λειτουργία.

Οι Arestedt και συν. το 2012 πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη με δείγμα 349 Σουηδούς ασθενείς με ΚΑ, >65 χρονών. Για την αξιολόγηση της ΚΣ χρησιμοποίησαν ο εργαλείο ISSI και για την αξιολόγηση της ΠΖ τα εργαλεία MLHFQ και SF-12. Στα αποτελέσματα τους σκιαγραφούν ότι οι άνδρες, το να ζεις μόνος, η κακή οικονομική κατάσταση, και η μεγάλη σοβαρότητα της νόσου σχετίζονται με φτωχή ΠΖ. Ο παράγοντας ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ΠΖ. Επίσης τόνισαν ότι η ΚΣ σχετίζεται με την ΠΖ, κυρίως στο τομέα των συναισθηματικών διαστάσεων αφού προσάρμοσαν για τους παράγοντες φύλο, ηλικία και σοβαρότητα της νόσου. Με μια πιο προσεκτική ματιά, διαφαίνεται στη συγχρονική μελέτη των Krethong και συν. το 2008, με δείγμα 422 Ταϊλανδέζους ασθενείς με ΚΑ, ηλικίας >18 χρόνων και χρησιμοποιώντας τα εργαλεία ESSi και MLHFQ για την αξιολόγηση της ΚΣ και ΠΖ αντίστοιχα, ότι η ΚΣ επηρεάζει λιγότερο αρνητικά από όλους τους παράγοντες την ΠΖ ατόμων με ΚΑ. Αντίθετα, ο παράγοντας συμπτώματα φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο αρνητικά από όλους τους παράγοντες την ΠΖ των ατόμων με ΚΑ.

Πίνακας 1: Κύρια χαρακτηριστικά και αποτελέσματα μελετών που διερευνούν τη σχέση ΚΣ και ΠΖ ατόμων με ΚΑ

Συγγραφέας, Χρόνος, Χώρα, Σχεδιασμός Μελέτης	Κύριος Σκοπός Μελέτης	Δείγμα	Κύριες Μεταβλητές	Εργαλεία Μέτρησης	Κύρια Αποτελέσματα
Yu et al., 2004 Κίνα Συγχρονική μελέτη Συσχέτισης	Να διερευνήσει τους δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ.	227 ασθενείς με ΚΑ, >60 χρονών	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργική κατάσταση (ταξινόμηση κατά NYHA) • Ψυχική καταπόνηση (άγχος, κατάθλιψη) • Αντίληψη υγείας • ΚΣ • ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία (HRQL) 	<ul style="list-style-type: none"> • HADS VAS • MOS-SSS-C • CHQ-C 	<p><u>Στα άτομα με ΚΑ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Η μεγάλη ψυχολογική δυσφορία (άγχος, κατάθλιψη), η φτωχή αντίληψη για την υγεία, η λειτουργική κατάσταση και η χαμηλή ΚΣ σχετίζονται με φτωχή ΠΖ. • Ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ψυχολογικής δυσφορίας (άγχος, κατάθλιψη) και της ΠΖ. • Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με φτωχή ΠΖ. • Δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων και της ΠΖ.
Krethong et al., 2008 Ταϊλάνδη Συγχρονική μελέτη	Να διερευνήσουν την αιτιολογική σχέση των παραγόντων (βιοψυχολογικοί, συμπτώματα, λειτουργική	422 ασθενείς με ΚΑ, άνδρες και γυναίκες >18	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργική κατάσταση (ταξινόμηση κατά NYHA) • Συμπτώματα (θωρακικός πόνος, δύσπνοια, κόπωση, 	<ul style="list-style-type: none"> • CSS • GHP • ESSI • MLHFQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο παράγοντας συμπτώματα φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο αρνητικά την ΠΖ. • Η ΚΣ επηρεάζει λιγότερο αρνητικά από όλους τους παράγοντες την ΠΖ. • Η αλλαγές στη ΚΣ ήταν σημαντικός προγνωστικός δείκτης για αλλαγές στη ΠΖ.

	κατάσταση, αντίληψη για την υγεία) που σχετίζονται με την ΠΖ, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ.	χρονών	οίδημα ποδιών, αίσθημα παλμών, κατάθλιψη, αϋπνία, άγχος, ανορεξία) <ul style="list-style-type: none"> • Αντίληψη υγείας • ΚΣ • Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQL) 		<ul style="list-style-type: none"> • Η ΚΣ είχε αρνητική επίδραση στη ΠΖ αλλά είχε θετική επίδραση στη ΠΖ μέσω των παραγόντων συμπτώματα και αντίληψης της υγείας.
Mendes de Leon et al., 2009 Η.Π.Α Συγχρονική μελέτη (HART)	Να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (κατάθλιψη) και ΚΣ στους τομείς της συνολικής ικανοποίησης της ΠΖ (S-QOL) και στην ΠΖ με βάση τους περιορισμούς στη φυσική λειτουργία (PF-QOL) σε ασθενείς με ΚΑ.	695 ασθενείς με ΚΑ, άνδρες και γυναίκες μ. ο ηλικίας 63.3 χρόνια	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (κατάθλιψη) • ΚΣ • <u>ΠΖ</u>: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Συνολική ικανοποίηση ΠΖ (ικανοποίηση για την υγεία, καθημερινή λειτουργία, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση) ➢ ΠΖ με βάση την φυσική 	<ul style="list-style-type: none"> • GDS • MOS - SSS • (MOS) - SF 36 • QLI 	Μετά την προσαρμογή για κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, κλινικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της ΚΑ: <ul style="list-style-type: none"> • Η ΚΣ και η κατάθλιψη σχετίζονται με την συνολική ικανοποίηση της ΠΖ. • Η παροχή μεγαλύτερης ΚΣ σχετίζεται με μεγαλύτερη συνολική ικανοποίηση ΠΖ. • Η κατάθλιψη σχετίζεται και με την χαμηλή ΠΖ με βάση την φυσική λειτουργία. • Δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ της ΚΣ και της ΠΖ με βάση την φυσική λειτουργία.

			<p>λειτουργία (περιορισμοί του ασθενή στην ικανότητα να εκτελεί σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής υγείας)</p>		
<p>Heo et al., 2012 Η.Π.Α</p> <p>Μελέτη Κοορτή (Μ.Ο παρακολούθηση 461 μέρες)</p>	<p><u>Υπόθεση 1:</u> Να διερευνήσουν αν η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, η συναισθηματική στήριξη, η καλή οικονομική κατάσταση, το να είσαι παντρεμένος σχετίζονται με καλύτερη ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ.</p> <p><u>Υπόθεση 2:</u> Να διερευνήσουν αν η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, η συναισθηματική</p>	<p>147 ασθενείς με ΚΑ, άνδρες και γυναίκες μ.ο ηλικίας 61 χρονών</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Επιβίωση χωρίς συμπτώματα • <u>Κοινωνική κατάσταση:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ ➤ Συναισθηματική στήριξη ➤ Οικογενειακή κατάσταση ➤ Οικονομική κατάσταση • ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία (HRQOL) 	<ul style="list-style-type: none"> • MS - PSS • MLHFQ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Υπόθεση 1:</u> Η υψηλή ικανοποίηση παρεχόμενης ΚΣ, η καλή οικονομική κατάσταση, η καλή λειτουργική κατάσταση, η μεγάλη ηλικία, η λιγότερη συννοσηρότητα σχετίζονται με καλύτερη ΠΖ. Καμία σχέση μεταξύ συναισθηματικής στήριξης και το να είσαι παντρεμένος (συμβίωση) με την ΠΖ. • <u>Υπόθεση 2:</u> Καμία σχέση μεταξύ της ΚΣ και μεγαλύτερης επιβίωσης χωρίς συμπτώματα. Μόνο η καλή οικονομική κατάσταση σχετίζεται με μεγαλύτερη επιβίωση χωρίς συμπτώματα.

	στήριξη, η οικονομική κατάσταση, το να είσαι παντρεμένος σχετίζονται με μεγαλύτερη επιβίωση χωρίς συμπτώματα.				
Arestedt et al., 2013 Σουηδία Συγχρονική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Να περιγράψουν την ΚΣ στους ηλικιωμένους με ΚΑ ως προς τον παράγοντα φύλο. • Να διερευνήσουν αν η ηλικία, το φύλο, η συμβίωση, η οικονομική κατάσταση και η σοβαρότητα της νόσου σχετίζονται με την ΚΣ. • Να διερευνήσουν αν η ΚΣ σχετίζεται με την ΠΖ, προσαρμόζοντας ως 	349 ασθενείς με ΚΑ, 186 άνδρες και 163 γυναίκες, >65 χρονών	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργική κατάσταση – Σοβαρότητα νόσου (ταξινόμηση κατά NYHA) • Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, συμβίωση, οικονομική κατάσταση) • ΚΣ • ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία (HRQOL) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Γενική ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία 	<ul style="list-style-type: none"> • NYHA • ISSI (AVSI, ADSI, AVAT, ADAT) • MLHFQ • SF- 12 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνδρες, το να ζεις μόνος, η κακή οικονομική κατάσταση, και η μεγάλη σοβαρότητα της νόσου σχετίζονται με φτώχη ΠΖ. • Καμία σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ΠΖ. • Η ΚΣ σχετίζεται με την ΠΖ, κυρίως στο τομέα των συναισθηματικών διαστάσεων μετά την προσαρμογή για τους παράγοντες φύλο, ηλικία, σοβαρότητα νόσου: Ψηλά επίπεδα ΚΣ σχετίζονται με ψηλά επίπεδα ΠΖ.

	προς τους παράγοντες ηλικία, φύλο και σοβαρότητα της νόσου.				
Baratcu & Mert, 2013 Τουρκία Συγχρονική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Να περιγράψουν το επίπεδο της ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ • Να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της ΚΣ και τη ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. 	150 ασθενείς με ΚΑ, 94 άνδρες και 56 γυναίκες, μ.ο ηλικίας 55 χρονών	<ul style="list-style-type: none"> • ΚΣ • ΠΖ 	<ul style="list-style-type: none"> • MS - PSS (12βάθμια κλίμακα) • LVD - 36 	<ul style="list-style-type: none"> • Η παροχή ΚΣ από την οικογένεια ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με την παροχή ΚΣ από τους φίλους και άλλους φορείς στους ασθενείς με ΚΑ. • Η μέση τιμή του σκορ της ΠΖ ήταν 69.25. • Μέτρια αρνητική σχέση ($r = -0.356$) μεταξύ της ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ.

5.6.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την ΚΣ και ΠΖ ατόμων με ΚΑ

Οι πλειοψηφία των μελετών έδειξε ότι η ΚΣ και η ΠΖ επηρεάζονται (θετικά και αρνητικά) από διάφορους τροποποιητικούς/ενδιάμεσους παράγοντες, δηλαδή, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη ΚΣ και την ΠΖ και βρίσκονται στο αιτιολογικό μονοπάτι της σχέσης υπο-διερεύνηση και αλληλεπιδρούν με τον παράγοντα ΚΣ ως προς τον παράγοντα ΠΖ. Η κατάθλιψη και το άγχος (Yu et al., 2004; Mendes de Leon et al., 2009), η αντίληψη για την υγεία (Yu et al., 2004; Krethong et al., 2008), η λειτουργική κατάσταση (Yu et al., 2004; Krethong et al., 2008; Heo et al., 2012; Arestedt et al., 2012), το μορφωτικό επίπεδο (Yu et al., 2004), τα συμπτώματα - συννοσηρότητα (Krethong et al., 2008; Heo et al., 2012), η οικονομική κατάσταση (Heo et al., 2012; Arestedt et al., 2012), ηλικία (Heo et al., 2012), φύλο (Arestedt et al., 2012) και η συμβίωση (Arestedt et al., 2012) είναι κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες. (Πίνακας 2).

Συγκριμένα οι Yu και συν. το 2004, βρήκαν ότι η κατάθλιψη, τα υψηλά επίπεδα άγχους, η φτωχή αντίληψη για την υγεία, η λειτουργική κατάσταση - σοβαρότητα ΚΑ καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν αρνητικά τη ΠΖ ατόμων με ΚΑ. Ο Krethong και συν. το 2008 βρήκαν ότι τα συμπτώματα που έχουν άμεση σχέση με την ΚΑ, όπως θωρακικός πόνος, δύσπνοια, κόπωση, οίδημα ποδιών, αίσθημα παλμών, αϋπνία, ανορεξία, κατάθλιψη και άγχος επηρεάζουν περισσότερο αρνητικά τη ΠΖ ατόμων με ΚΑ. Από την άλλη, βρήκαν ότι η ΚΣ είχε θετική επίδραση στη ΠΖ μέσω των παραγόντων συμπτώματα και αντίληψης της υγείας. Δηλαδή, η αύξηση της ΚΣ, ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα, βελτιώνει την αντίληψη για την υγεία, επομένως αυξάνει και την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ. Οι Mendes de Leon και συν. το 2009 βρήκαν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά τόσο με την συνολική ικανοποίηση της ΠΖ όσο και με την ΠΖ με βάση τη φυσική λειτουργία. Οι Heo και συν. το 2012 στα αποτελέσματα τους σκιαγραφούν ότι η καλή οικονομική κατάσταση, η καλή λειτουργική κατάσταση, η μεγάλη ηλικία, και η λιγότερη συννοσηρότητα σχετίζονται με καλύτερη ΠΖ σε άτομα με ΚΑ. Ο Arestedt και συν. το 2012 επισημαίνουν ότι το φύλο (άνδρες), η συμβίωση (το να ζεις μόνος), η κακή οικονομική κατάσταση, και η μεγάλη σοβαρότητα της νόσου σχετίζονται με φτωχή ΠΖ σε άτομα με ΚΑ.

Πίνακας 2: Παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση της ΚΣ στην ΠΖ ατόμων με ΚΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΜΕΛΕΤΕΣ
1. Κατάθλιψη - Άγχος	<ul style="list-style-type: none"> • Yu et al., 2004 • Mendes de Leon et al., 2009 • Krethong et al., 2008
2. Αντίληψη για την υγεία	<ul style="list-style-type: none"> • Yu et al., 2004 • Krethong et al., 2008
3. Λειτουργική κατάσταση - Σοβαρότητα νόσου (ΚΑ) κατά NYHA	<ul style="list-style-type: none"> • Yu et al., 2004 • Krethong et al., 2008 • Heo et al., 2012 • Arestedt et al., 2012
4. Μορφωτικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> • Yu et al., 2004
5. Συμπτώματα - Συννοσηρότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Krethong et al., 2008 • Heo et al., 2012
6. Οικονομική κατάσταση	<ul style="list-style-type: none"> • Heo et al., 2012 • Arestedt et al., 2012
7. Ηλικία	<ul style="list-style-type: none"> • Heo et al., 2012
8. Φύλο	<ul style="list-style-type: none"> • Arestedt et al., 2012
9. Συμβίωση	<ul style="list-style-type: none"> • Arestedt et al., 2012

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7.Σκοπός

Σκοπός της προτεινόμενης μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Συγκεκριμένα, θα μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε Κύπριους ασθενείς με ΚΑ με τη χρήση δύο εργαλείων.

8.Επιμέρους στόχος

Να διερευνηθούν οι παράγοντες που ενδεχομένως να επηρεάσουν τη σχέση ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ, βάση την διαφόρων χαρακτηριστικών (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ).

9.Στατιστικές Υποθέσεις

Οι στατιστικές (μηδενικές) υποθέσεις της μελέτης είναι:

Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις υπό-ομάδες των ασθενών που διαμορφώνονται με βάση τα χαρακτηριστικά τους (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ), ως προς τη σχέση κοινωνικής στήριξης και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ.

10. Μεθοδολογία

10.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης μεταξύ ΚΣ και ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ, με τη χρήση δύο δομημένων ερωτηματολογίων

10.2 Υλικό

10.2.1 Χώρος Μελέτης

Εξωτερικά ιατρεία και καρδιολογικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού και Λάρνακας.

10.2.2 Δείγμα

Τα υποκείμενα της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς με ΚΑ, οι οποίοι νοσηλεύονταν στα καρδιολογικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων και ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία με σταδιοποίηση κατά NYHA I-IV κατά τη χρονική περίοδο 2010 έως 2013.

Αρχικά οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για το σκοπό της έρευνας και για την πιθανή χρήση των ευρημάτων της, την ταυτότητα των ερευνητών και τους δόθηκαν στοιχεία επικοινωνίας. Επιπρόσθετα, ενημερώθηκαν για την ανωνυμία και την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Επίσης, τους έγινε ξεκάθαρο ότι έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν ή μπορούν να αποσυρθούν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή. Λήφθηκε γραπτή συγκατάθεση από τους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής στη μελέτη.

10.2.3 Εργαλεία

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση ΚΣ η Πολυδιάστατη κλίμακα της αντιλαμβανόμενης ΚΣ (Multidimensional scale of perceived social support). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 12 προτάσεις, οι οποίες αξιολογούνται με κλίμακα τύπου Likert. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα). Τα 12 στοιχεία τείνουν να χωρίζονται σε τρεις υπό-ομάδες παραγόντων που σχετίζονται με την πηγή της ΚΣ: οικογένεια (ΟΙΚ), φίλοι (ΦΙΛ) ή σημαντικοί άλλοι (ΣΑ). Οι τιμές των υποκλίμακων υπολογίζονται από το άθροισμα

των βαθμολογιών που προκύπτουν από τα τέσσερις προτάσεις της κάθε ομάδας. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας υπολογίζεται από το άθροισμα των βαθμολογιών που προκύπτουν από όλες τις υποκλίμακες. Η χαμηλότερη τιμή από τις υποκλίμακες είναι το τέσσερα και η υψηλότερο το 28, ενώ από όλη την κλίμακα (συνολική τιμή) η χαμηλότερο τιμή είναι 12 και η υψηλότερο 84. Οι ψηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν περισσότερο αντιληπτή ΚΣ (Zimet et al., 1988). Το εργαλείο αυτό σταθμίστηκε από το Zimet και συν. και ο Cronbach α κατέδειξε 0.95. Για το συγκεκριμένο εργαλείο έγινε στάθμιση σε πληθυσμό της Κύπρου από την ερευνητική ομάδα της Δρ. Αικατερίνης Λαμπρινού. Για τη μετάφραση του εργαλείου αυτού στα πλαίσια του ερευνητικού έργου MEETinCy, στα Ελληνικά έγινε από την Αγγλική έκδοση του εργαλείου από πάνελ ερευνητών με άριστη γνώση της Ελληνικής και Αγγλικής γλώσσας, ακολουθώντας την προσέγγιση του Brislin (Brislin 1970).

Μετά από παραγοντική και επιβεβαιωτική ανάλυση του ερωτηματολογίου MSPSS σε ελληνοκυπριακό πληθυσμό, προέκυψαν μόνο δυο υποπαράγοντες: οι «φίλοι» και «οικογένεια/ Σημαντικοί άλλοι» με την εξής δομή: «*Φίλοι*» με τις ακόλουθες ερωτήσεις: «Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν», «Μπορώ να στηριχτώ στους φίλους μου όταν τα πράγματα πηγαίνουν λάθος», «Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου» και «Μπορώ να συζητήσω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου» (Οι ερωτήσεις είναι από το ερωτηματολόγιο MSPSS οι 6, 7, 9 και 12 αντίστοιχα) (Χαραλαμπίδου 2014). Ο δεύτερος υποπαράγοντας που προέκυψε ήταν «*Οικογένεια/ Σημαντικοί άλλοι*» με τις ακόλουθες ερωτήσεις: «Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο το οποίο είναι γύρω μου όταν έχω κάποια ανάγκη», «Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου», «Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει», «Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου», «Έχω ένα ξεχωριστό άτομο που με κάνει να αισθάνομαι άνετα», «Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου», «Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα αισθήματά μου», «Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις» (Οι ερωτήσεις είναι από το ίδιο ερωτηματολόγιο 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10 και 11 αντίστοιχα) (Χαμπουλίδου 2014).

Για τη μέτρηση της ΠΖ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Minnesota Lining with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 21

προτάσεις οι οποίες αξιολογούνται με κλίμακα τύπου Likert, με τις βαθμολογίες των απαντήσεων να κυμαίνονται από το 0 (όχι) έως το 5 (πάρα πολύ). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας υπολογίζεται συνοψίζοντας όλα τα στοιχεία, με χαμηλότερο σκορ το 0 και ψηλότερο το 105. Η υψηλότερη βαθμολογία αντανακλά σε χειρότερη ΠΖ. Το MLHFQ περιλαμβάνει τη φυσική, συναισθηματική, κοινωνική και ψυχική διάσταση (Rector, Kubo & Cohn 1987). Η ελληνική έκδοση του εργαλείου παραχωρήθηκε από την εταιρία MAPI research η οποία κατέχει τα πνευματικά δικαιώματα μετάφρασης του εργαλείου, και έχει σταθμιστεί σε Ελληνοκυπριακό πληθυσμό με ΚΑ (Lambrinou et al., 2013).

10.2.4.Εγκρίσεις -Άδειες

Από τους ασθενείς λήφθηκε γραπτή συγκατάθεση, εφόσον ενημερωθήκαν πλήρως για το σκοπό της μελέτης, από μέλος της ερευνητικής ομάδας.

Για το εργαλείο «Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» αγοράστηκαν δικαιώματα χρήσης του για το ερευνητικό έργο MEETinCy, στα πλαίσια του οποίου εντάσσεται η συγκεκριμένη μελέτη. Για το εργαλείο «Multidimensional scale of perceived social support» λήφθηκε επίσης η άδεια μετάφρασης, στάθμισης και χρήσης του εργαλείου σε Ελληνοκυπριακό πληθυσμό.

Κατατέθηκε αναλυτικό πρωτόκολλο στη Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου για τα εργαλεία μέτρησης των μελετώμενων μεταβλητών και δόθηκε η σχετική άδεια για τη διεξαγωγή της MEETinCy. Άδεια επίσης, λήφθηκε από τον Επίτροπο προστασίας προσωπικών δεδομένων, τις διοικήσεις των νοσοκομείων και από τους υπεύθυνους καρδιολογικών τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού και Λάρνακας

10.2.5.Συλλογή δεδομένων

Οι βασικοί ερευνητές του ερευνητικού προγράμματος προσέγγισαν τους ασθενείς με ΚΑ για την αναγκαιότητα και το σκοπό της μελέτης και τους παρείχαν σχετικές πληροφορίες. Στη συνέχεια αφού συναίνεσαν να συμμετέχουν στη μελέτη, έδωσαν γραπτή συγκατάθεση και τα δεδομένα τους εισήχθησαν στο λογισμικό πρόγραμμα κωδικοποίησης. Τα δεδομένα αποθηκεύονται σε ένα προστατευμένο με κωδικό υπολογιστή, και μόνο ο βασικός ερευνητής έχει πρόσβαση στα προσωπικά δεδομένα.

Για τα υποκείμενα που συμμετείχαν στη μελέτη αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση η απάντηση και των δυο ερωτηματολογίων.

Αρχικά δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς με ΚΑ που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής. Τα ερωτηματολόγια δίδονταν από την ερευνητική ομάδα προσωπικά σε κάθε ασθενή για να ελεγχθούν παράγοντες μεταβλητότητας, όπως η ακαταλληλότητα της ώρας, πιθανή κόπωση, αίσθημα παλμών, δύσπνοια ή στηθαγχικό άλγος, άγχος ή ακόμα και η αλληλεπίδραση με άλλους. Μαζί με τα ερωτηματολόγια υπήρχε ένα έντυπο στο οποίο ενημερώνονταν πλήρως τα υποκείμενα της έρευνας για το σκοπό της έρευνας και για την πιθανή χρήση των ευρημάτων της, την ταυτότητα του ερευνητή και τους παραχωρήθηκαν στοιχεία επικοινωνίας. Επιπρόσθετα, ενημερώθηκαν για την ανωνυμία των συμμετεχόντων, την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων, και τους διασφαλίστηκε το απόρρητο των πληροφοριών και το δικαίωμα τους για άρνηση συμμετοχής ή απόσυρση της συμμετοχής τους οποιαδήποτε στιγμή. Οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ο τρόπος συμπλήρωσης και ο χρόνος συμπλήρωσης αναγραφόταν στην αρχή του ερωτηματολογίου. Στο ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν και δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ κ.λ.π. Έγινε προσπάθεια τα δημογραφικά στοιχεία, να μην φωτογραφίζουν συγκεκριμένα άτομα με σκοπό τη διατήρηση της ανωνυμίας.

Προτεινόταν στους συμμετέχοντες να συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων αν είχαν έρθει για την προγραμματισμένη τους επίσκεψη ή στο καρδιολογικό τμήμα όπου νοσηλεύονταν, αλλά σε χρονική στιγμή που να μην παραβλάπτει τη θεραπεία και τη φροντίδα τους (π.χ κατά τη νοσηλευτική διεργασία, ιατρική επίσκεψη, κατά την ώρα του επισκεπτηρίου). Επίσης, έγινε προσπάθεια επιτήρησης της διαδικασίας συμπλήρωσης από την ερευνητική ομάδα, για να αποφευχθεί η επίλυση αποριών, εάν υπήρχαν. Σε περίπτωση που παρουσιαζόταν δυσκολία στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς (κλινική κατάσταση του ασθενούς, δυσκολία στην ανάγνωση ή στη γραφή) η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν με συνέντευξη.

10.2.6 Κριτήρια εισόδου

-Ασθενείς διαγνωσμένοι με ΚΑ, ανεξαρτήτως σταδιοποίησης κατά ΝΥΗΑ

10.2.7 Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς που αρνούνται να συμμετάσχουν
- Με σοβαρή άνοια ή με σοβαρή ψυχιατρική νόσο
- Ασθενείς που θα μεταφερθούν σε στέγη ηλικιωμένων ή σε άλλα κέντρα αποκατάστασης μετά το εξιτήριο
- Ασθενείς που είναι προγραμματισμένοι για επεμβάσεις μέσα στο επόμενο τρίμηνο
- Ασθενείς με ενεργό καρκίνο
- Ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από τρεις μήνες
- Ασθενείς που βρίσκονται στη μετεγχειρητική φάση (πρώτοι τρεις μήνες μετά το χειρουργείο)
- Ασθενείς με χρόνιες εκφυλιστικές νόσους (σκλήρυνση κατά πλάκα, νόσος του Πάρκινσον, Αλτσχάϊμερ κλπ)
- Ασθενείς σε αιμοκάθαρση
- Ασθενείς που δεν μιλούν Ελληνικά

10.2.8 Διαχείριση Δεδομένων- Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν, για να μπορεί να τα αναγνωρίσει το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης. Οι απαντήσεις στο εργαλείο «Πολυδιάστατη Κλίμακα της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Στήριξης» βαθμολογήθηκαν ακριβώς όπως φαίνεται στο ερωτηματολόγιο. Οι βαθμολογίες ξεκινούν από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι το 7 (συμφωνώ απόλυτα). Οι τιμές για το κάθε άτομο υπολογίστηκαν ως το αθροιστικό αποτέλεσμα των απαντήσεων για το σύνολο των ερωτημάτων. Οι απαντήσεις που αφήνονταν κενές δεν υπολογίστηκαν στην ανάλυση. Υπολογίστηκαν επίσης, οι συνολικές βαθμολογίες των ομάδων παραγόντων που σχετίζονται με την πηγή της ΚΣ (Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι(ΟΙΚ/ΣΑ), Φίλοι (ΦΙΛ)).

Οι απαντήσεις στο εργαλείο «Ποιότητα Ζωής στα άτομα με Καρδιακή Ανεπάρκεια» βαθμολογήθηκαν ακριβώς όπως φαίνεται στο ερωτηματολόγιο. Οι βαθμολογίες ξεκινούν από το 0 (όχι) μέχρι το 5 (Πάρα πολύ). Οι τιμές για το κάθε

άτομο υπολογίστηκαν ως το αθροιστικό αποτέλεσμα των απαντήσεων για το σύνολο των ερωτημάτων. Οι απαντήσεις που αφήνονταν κενές δεν υπολογίστηκαν στην ανάλυση. Υπολογίστηκαν επίσης οι συνολικές βαθμολογίες των υποπαραγόντων της (Σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής διάστασης).

Τα κωδικοποιημένα δεδομένα τοποθετήθηκαν σε φύλλο επεξεργασίας Excel και ακολούθως προσαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0. Η εισαγωγή των δεδομένων στο φύλλο επεξεργασίας Excel έγινε από δύο άτομα της ερευνητικής ομάδας για να αποτραπούν τυχόν λάθη στη μεταφορά των δεδομένων. Μετά το τέλος της συγκεκριμένης διαδικασίας έγινε επανέλεγχος από δύο άλλα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Έγινε ανάλυση των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS και με την περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση.

Για τον έλεγχο κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της «Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Στήριξης» με την «Ποιότητα Ζωής», χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, αφού οι συνολικές βαθμολογίες ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p=0.13$). Η συσχέτιση έγινε μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών των ασθενών στο κάθε ερωτηματολόγιο. Επίσης, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των τιμών των υπό-κλιμάκων (τελικών βαθμολογιών) του κάθε εργαλείου και μεταξύ τους.

Για τη μελέτη της επίδρασης του φύλου, της εργασιακής κατάστασης (Συνταξιούχος/Εργαζόμενος), και του σακχαρώδη διαβήτη, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία t-test για ανεξάρτητες μεταβλητές, (for independent sample). Για την επίδραση της εκπαίδευσης και τη σταδιοποίηση κατά NYHA χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης ANOVA. Τα στατιστικά τεστ έγιναν τόσο για τα δεδομένα που λήφθηκαν με το εργαλείο της «Αντιλαμβανόμενης Στήριξης» όσο και για τα δεδομένα που λήφθηκαν με το εργαλείο MLHFQ.

Η επίδραση συγχητικών παραγόντων στη σχέση ΚΣ και ΠΖ μελετήθηκε με Πολλαπλή Παλινδρόμηση. Εξαρτημένη μεταβλητή καθορίστηκε η ΠΖ και ανεξάρτητες μεταβλητές καθορίστηκαν το Επίπεδο ΚΣ (Συνολική βαθμολογία MSPSS) μαζί με τους παράγοντες αλληλεπίδρασης της ΚΣ με τους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες Φύλο, Ηλικία, ταξινόμηση κατά NYHA, Σακχαρώδης Διαβήτης (Ναι ή Όχι), Απασχόληση (Εργαζόμενος ή μη) και επίπεδο Εκπαίδευσης (1βάθμια, 2βάθμια, 3βάθμια). Οι παράγοντες αυτοί επιλέγηκαν από την ανάλυση που

προηγήθηκε για την πιθανή επίδραση τους είτε στην ΚΣ είτε στην ΠΖ. Οι κατηγορικές μεταβλητές που πιθανόν να επιδρούν στην σχέση ΠΖ και ΚΣ, μετασχηματίστηκαν σε ψευδομεταβλητές (dummy variables) και στη συνέχεια δημιουργήθηκαν οι παράγοντες αλληλεπίδρασης με την ΚΣ. Τα γραφήματα 5,6,7,8,9 (scatterplots) παρουσιάζουν γραφικά τη σχέση της ΚΣ και της ΠΖ με πιθανές επιδράσεις των κατηγορικών μεταβλητών Φύλο, ταξινόμηση κατά ΝΥΗΑ, Εκπαίδευση, Απασχόληση και παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη.

Χρησιμοποιήθηκε η ιεραρχική παλινδρόμηση (Hierarchical Regression) όπου η κάθε μεταβλητή αλληλεπίδρασης έμπαινε σταδιακά στο μοντέλο για να ελέγξουμε την επιπλέον επίδρασή της στη σχέση ΚΣ και της ΠΖ.

Οι προϋποθέσεις (assumptions) της γραμμικής παλινδρόμησης έχουν εξεταστεί και βρέθηκε ότι τα σφάλματα (residuals) είναι ανεξάρτητα (Durbin Watson = 1,83), δεν έχουμε παρουσία ετεροσκεδαστικότητας (heteroskedasity) (Γράφημα 9) και οι εξαρτημένες μεταβλητές δεν παρουσιάζουν ψηλές συσχετίσεις μεταξύ τους (πολυσυγγραμικότητα) (Πίνακας 18). Τα σφάλματα όμως παρουσιάζουν μια δεξιά λοξότητα (Γράφημα 10) παρόλα αυτά στην προσπάθεια να γίνουν μετασχηματισμοί της εξαρτημένης ΠΖ, προέκυψαν περισσότερα προβλήματα (ομοσκεδαστικότητα, μη-Ανεξαρτησία) οπότε προχωρήσαμε στην ανάλυση αφού η παλινδρόμηση θεωρείται να έχει αντοχές (robust) σε ελαφριά παραβίαση της συγκεκριμένης προϋπόθεσης όταν ισχύουν οι υπόλοιπες προϋποθέσεις.

Το επίπεδο σημαντικότητας για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό τέθηκε στο 0,05.

11. Αποτελέσματα

Στα αποτελέσματα αναφέρονται αρχικά η περιγραφή του δείγματος με την κατανομή του πληθυσμού της μελέτης, ανάλογα με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Ακολούθως, παραθέτονται τα δεδομένα της ΠΖ και τα δεδομένα της ΚΣ. Έχουν γίνει υποαναλύσεις με βάση τις διαστάσεις των ελληνικών εκδόσεων των εργαλείων. Τόσο για το MSPSS εργαλείο της ΚΣ, το όσο και για το MLHFQ εργαλείο της ΠΖ, υπολογίστηκαν οι συνολικές βαθμολογίες (άθροισμα όλων των τιμών σε όλες τις ερωτήσεις) και οι βαθμολογίες των υποπαραγόντων (άθροισμα score των ερωτήσεων του παράγοντα). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ξανά ότι υψηλότερη βαθμολογία στο MSPSS υποδεικνύει υψηλότερο επίπεδο ΚΣ, ενώ υψηλότερη βαθμολογία στο MLHFQ υποδεικνύει χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ. Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναλύσεων συσχέτισης μεταξύ των δεδομένων ΠΖ και ΚΣ. Όπου αναφέρεται ΠΖ νοείται «σχετιζόμενη με την υγεία» και όπου αναφέρεται ΚΣ νοείται «αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη».

Το ερωτηματολόγιο του MLHFQ περιείχε ελλείπουσες τιμές σε 12 (n=117 σύνολο) απαντήσεις που συνολικά αντιστοιχούσαν σε ποσοστό 1.2% των τιμών των 21 προτάσεων. Οι τιμές αυτές υπολογίστηκαν με την μέθοδο πολλαπλού καταλογισμού (Multiple Imputation). Το ερωτηματολόγιο της ΚΣ (MSPSS) δεν περιείχε ελλειπούσες τιμές.

11.1 Περιγραφή δείγματος

Οι 117 ασθενείς με ΚΑ είχαν μέσο όρο ηλικίας 68,7 (Τ.Α=10.3). Οι 93 ασθενείς ήταν άντρες (ποσοστό 79.5%) και οι 24 ασθενείς ήταν γυναίκες (ποσοστό 20.5%). Παρατηρώντας το δείγμα η πλειοψηφία των ασθενών ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση 86.3% ήταν έγγαμοι, 10.3% ήταν χήρος/α και 1.7% ήταν άγαμοι ή διαζευγμένοι. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν λάβει 59 ασθενείς (ποσοστό 50.4%), δευτεροβάθμια εκπαίδευση 37 ασθενείς (ποσοστό 31.6%), 17 είχαν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση (ποσοστό 14.5%) και σε 5 ασθενείς (ποσοστό 3.4%) ήταν άγνωστη η εκπαίδευση που είχαν τύχει. Ως προς τη διαμονή τους, 102 ασθενείς (ποσοστό 87,2%) μένουν με την οικογένειά τους και 10 ασθενείς (ποσοστό 9,5%) μόνοι τους. Όπως φαίνεται από το δείγμα, 79 ασθενείς είναι συνταξιούχοι (ποσοστό 67.5%), 16 ασθενείς εργάζονται (ποσοστό 16.2%), ενώ 12 ασθενείς (ποσοστό 10,3%) είτε είναι άνεργοι είτε έχουν αδυναμία εργασίας.

Προχωρώντας στην κατανομή πληθυσμού ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα ως προς τον βαθμό της ΚΑ, σύμφωνα με τη σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ, το 29.9% των ασθενών βρισκόταν στο στάδιο ΝΥΗΑ I, το 38.5% στο στάδιο ΝΥΗΑ II, το 23.9% στο στάδιο ΝΥΗΑ III, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 7.7% βρισκόταν στο στάδιο ΝΥΗΑ IV. Ο μέσος όρος των 117 ασθενών για το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ήταν 35.8 (Τ.Α=10.95). Ποσοστό 24.9% από τους ασθενείς είχαν προηγούμενη νοσηλεία λόγω ΚΑ. Όπως διαφαίνεται για την πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ αιτιολογείται η στεφανιαία νόσος με ποσοστό 61.5% (n=72), 17.9% οι αρρυθμίες (n=21), ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι μυοκαρδιοπάθειες (11.1%), οι βαλβιδοπάθειες (8.5%) και η υπερτασική υπερτροφία (2.6%). Τέλος, ποσοστό 32.5% (n=38) είχαν διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (n=117)

Μεταβλητή	M.T. (T.A.)	N(%)
Ηλικία (χρόνια)	68.7 (10.3)	
Φύλο		
Αντρες		93 (79.5)
Γυναίκες		24 (20.5)
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένος/η		101 (86.3)
Χήρος/α		12 (10.3)
Διαζευγμένος/Ελεύθερος		2 (1.7)
Άγνωστο		2 (1.7)
Εκπαίδευση		
Δημοτικό		59 (50.4)
Γυμνάσιο/Λύκειο		37 (31.6)
Προπτυχιακό		13 (11.1)
Μεταπτυχιακό		4 (3.4)
Άγνωστο		5 (3.4)
Διαμονή		
Μένει με την οικογένεια		102 (87.2)
Μόνος		10 (9.5)
Άλλο		5 (4.3)
Απασχόληση		
Συνταξιούχος/α		79 (67.5)
Εργαζόμενος/η		19 (16.2)
Αδυναμία εργασίας		9 (7.7)
Άνεργος		3 (2.6)
Άγνωστο		7 (6)
Ταξινόμηση κατά NYHA		
NYHA class I		35 (29.9)
NYHA class II		45 (38.5)
NYHA class III		28 (23.9)
NYHA class IV		9 (7.7)
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (%)	35.8 (10.95)	
Προηγούμενη νοσηλεία λόγω ΚΑ		29 (24.8)
Αιτιολογία ΚΑ		
Στεφανιαία νόσος		72 (61.5)
Αρρυθμίες		21 (17.9)
Μυοκαρδιοπάθεια		13 (11.1)
Βαλβιδοπάθειες		10 (8.5)
Υπερτασική υπερτροφία		3 (2.6)
Άγνωστο		5 (4.3)
Σακχαρώδης διαβήτης		
Ναι		38(32.5)
Όχι		78 (66.65)
Άγνωστο		1 (0.85)

NYHA: New York Heart Association classification system.

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση

11.2. Αναλύσεις συσχέτισης ΚΣ και ΠΖ

Η συνολική βαθμολογία του MSPSS έχει μια μέτρια και αρνητική συσχέτιση ($r=0.31, p<0.01$) με τη συνολική βαθμολογία του MLHFQ. Οι χαμηλότερες τιμές ΠΖ σχετίζονται με υψηλότερες τιμές ΚΣ, δηλαδή τα άτομα με καλύτερη ΠΖ έχουν την τάση να δηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ΚΣ. Επιπλέον, η συνολική βαθμολογία MSPSS συσχετίζεται ($r=0.36, p <0.01$) με τη "Σωματική" και με τη "Συναισθηματική" διάσταση ($r=0.24, p<0.05$), αλλά όχι με την "Κοινωνική διάσταση" της ΠΖ ($r=-0.05, p=0.98$). Είναι σημαντικό επίσης, ότι τόσο η συνολική βαθμολογία από το MSPSS, όσο και οι παράγοντες του, δεν συσχετίζονται σημαντικά με τη "Κοινωνική διάσταση" του MLHFQ (Πίνακας 2). Τέλος, φαίνεται ότι η «Οικογένεια/Σημαντικοί άλλοι» έχει καλή συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της ΠΖ συγκριτικά με τον παράγοντα «Φίλοι» όπου η συσχέτισή του με τις διαστάσεις της ΠΖ είναι πολύ χαμηλή έως αμελητέα.

Η ηλικία του ασθενούς δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση, ούτε με το συνολικό επίπεδο ΚΣ ($r=-0.14, p>0.05$), ούτε και με τους υποπαράγοντες (Φίλοι $r=0.10$, Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι $r=-0.13, p>0.05$). Η ΠΖ (MLHFQ) όμως συσχετίζεται με την ηλικία ($r=0.28, p<0.05$). Η συσχέτιση υπάρχει, για τη σωματική διάσταση ($r=0.34, p<0.05$) και τη Συναισθηματική ($r=0.21, p<0.05$) αλλά όχι για την κοινωνική ($r=0.3006, p>0.05$).

Πίνακας 2: Συσχέτιση (Pearson Correlation Coefficient) του MSPSS και MLHFQ και των διαστάσεών τους

		MLHFQ				
		Συνολική Βαθμολογία	Σωματικός	Κοινωνικός	Συναισθηματικός	Ηλικία
MSPSS	Συνολική Βαθμολογία	-0.31	-0.36	-0.05	-0.24	-0.14
	Φίλοι	-0.19	-0.23	0.03	-0.11	-0.10
	Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι	-0.36	-0.38	-0.15	-0.34	-0.13
	Ηλικία	0.28	0.34	0.06	0.21	

Σημ: Συσχετίσεις σημαντικές στο επίπεδο 0.05 παρουσιάζονται με έντονο χρώμα

Η συσχέτιση της ΠΖ (MLHFQ) και της ΚΣ (MSPSS) εντοπίζεται και επιβεβαιώνεται στατιστικά στους άντρες ($r=-0.279$, $p<0.01$). Μεγαλύτερη συσχέτιση ($r=-0.327$, $p<0.01$) παρατηρείται μεταξύ του παράγοντα "Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι" και της συνολικής βαθμολογίας MLHFQ. Στις γυναίκες, η συσχέτιση των συνολικών βαθμολογιών ΚΣ και ΠΖ κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα (Πίνακας 3). Οι συσχετίσεις στις γυναίκες ανάμεσα στους διάφορους παράγοντες των δύο εργαλείων είναι αλλού μικρής έντασης και αλλού ίδιας έντασης, σε σχέση με το σύνολο του δείγματος, αλλά πουθενά δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά. Η μη στατιστική επιβεβαίωση, σίγουρα οφείλεται στο μικρό μέγεθος δείγματος των γυναικών αφού η ένταση των συσχετίσεων είναι παρόμοια όπως στους Άντρες. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι το Φύλο είναι συγχυτικός παράγοντας στη σχέση ΚΣ και ΠΖ και είναι κάτι που θα μελετηθεί στη συνέχεια με την Ανάλυση Παλινδρόμησης.

Πίνακας 3: Συσχέτιση MSPSS και MLHFQ ως προς το φύλο

Συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r)

		Συνολική Βαθμολογία	Σωματικός	Κοινωνικός	Συναισθηματικός	
Άντρες (n=93)	MSPSS	Συνολική Βαθμολογία	-0.279	-0.351	-0.07	-0.133
		Φίλοι	-0.184	-0.256	-0.002	-0.036
		Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι	-0.327	-0.353	-0.184	-0.275
Γυναίκες (n=24)	MSPSS	Συνολική Βαθμολογία	-0.248	-0.259	0.084	-0.33
		Φίλοι	-0.084	-0.073	0.176	-0.192
		Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι	-0.334	-0.365	-0.045	-0.357

Σημ: Συσχετίσεις σημαντικές στο επίπεδο μικρότερες από 0.05 παρουσιάζονται με έντονο χρώμα

Η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογία του MLHFQ με τη συνολική βαθμολογία MSPSS βρέθηκε να είναι αυξημένη στους ασθενείς με επίπεδο NYHA 1 ($r=-0.534$, $p<0.001$) σε αντίθεση με τη χαμηλή ($r=-0.178$) ή αμελητέα ($r=0.06$ $r=0.035$) συσχέτιση ΚΣ – ΠΖ που παρατηρείται στο NYHA II, NYHA III και NYHA IV αντίστοιχα.

11.3 Δεδομένα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία σε ασθενείς με ΚΑ

Οι βαθμολογίες που προέκυψαν με το εργαλείο της ΠΖ (MLHFQ) είχαν εύρος τιμών ανάμεσα στο 0 και το 5, παρουσιάζοντας αλλού αυξημένο και αλλού μειωμένο μέσο όρο (<1) (Πίνακας 4). Η κατανομή βαθμολογιών ανά ερώτημα στο ερωτηματολόγιο της ΠΖ παρουσιάζονται στο γράφημα 1 (ως πλήθος ασθενών).

Πίνακας 4: Μέση τιμή βαθμολογίας των ερωτήσεων της ΠΖ (MLHFQ)

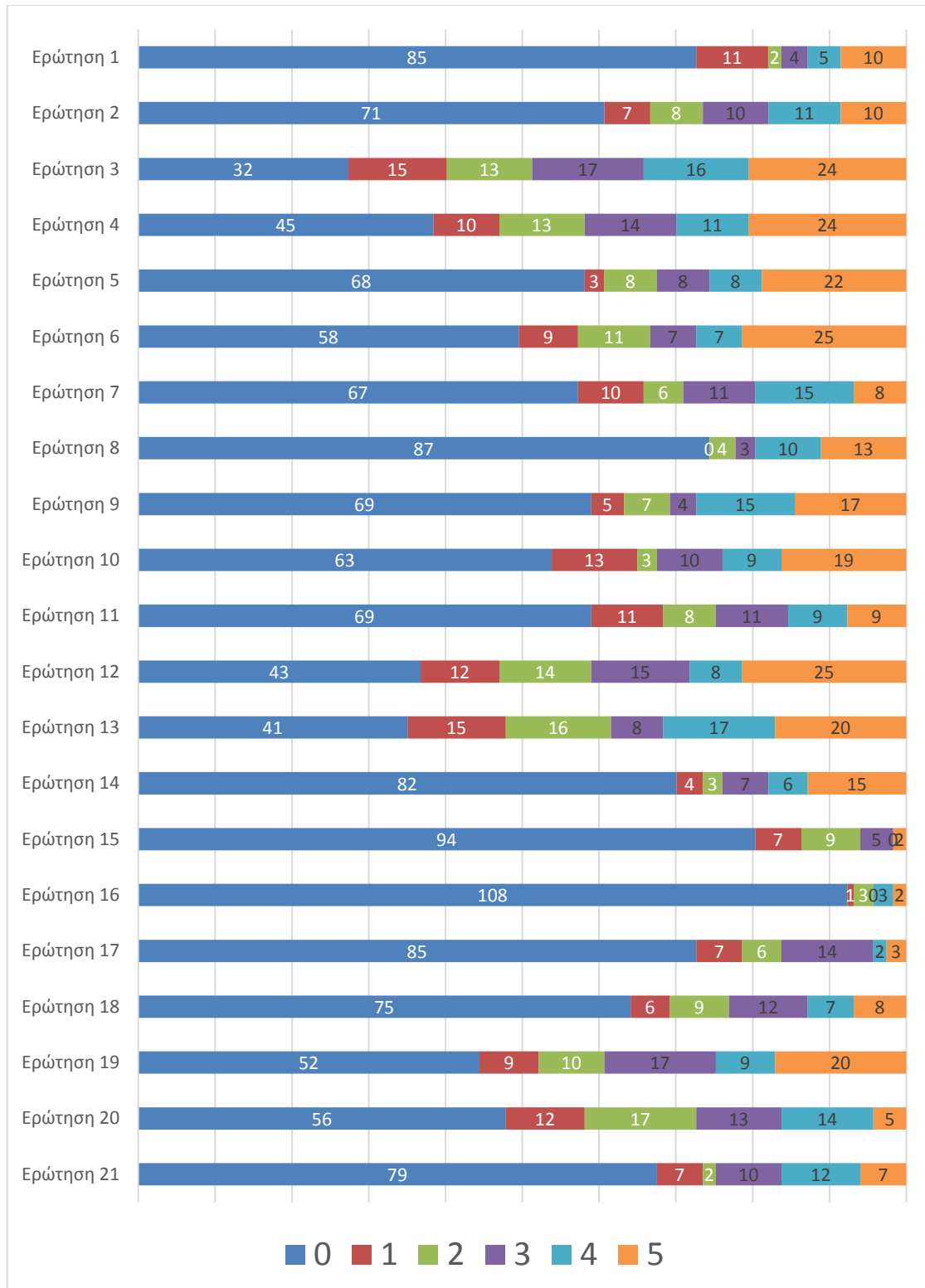
Σας εμπόδιζε η καρδιακή σας ανεπάρκεια από το να ζείτε όπως θέλατε κατά τον περασμένο μήνα:

A/A	Παράγοντας	Ερώτηση	M.T.	T.A.
1	Συναισθηματικός	Προκαλώντας πρήξιμο στους αστραγάλους σας, τα πόδια, κ.λ.π.;	0.83	1.62
2	Σωματικός	Κάνοντάς σας να καθόσαστε ή να ξαπλώνετε για να ξεκουράζεστε κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1.26	1.79
3	Σωματικός	Δυσκολεύοντας το περπάτημά σας ή το ανέβασμα σκάλας;	2.36	1.91
4	Σωματικός	Δυσκολεύοντας τις δουλειές σας στο σπίτι ή στην αυλή;	2.07	2.00
5	Σωματικός	Δυσκολεύοντας το να βγαίνετε έξω μακριά από το σπίτι;	1.58	2.06
6	Σωματικός	Δυσκολεύοντάς σας από το να κοιμάστε καλά τη νύχτα;	1.75	2.06
7	Σωματικός	Δυσκολεύοντας τις σχέσεις σας ή το να κάνετε πράγματα με τους φίλους σας ή την οικογένεια;	1.32	1.78
8	Κοινωνικός	Δυσκολεύοντας την εργασία σας που σας αποφέρει εισόδημα;	1.04	1.85
9	Κοινωνικός	Δυσκολεύοντας την ψυχαγωγία σας, τα σπορ ή τα χόμπυ σας;	1.51	2.01
10	Κοινωνικός	Δυσκολεύοντας τις σεξουαλικές σας δραστηριότητες;	1.52	1.97
11	Σωματικός	Κάνοντάς σας να τρώτε λιγότερο από τα φαγητά που σας αρέσουν;	1.21	1.72
12	Σωματικός	Κάνοντάς σας να λαχανιάζετε;	2.07	1.98
13	Σωματικός	Κάνοντάς σας να νιώθετε κουρασμένος, αδύναμος ή με χαμηλή ενεργητικότητα;	2.04	1.93
14	Σωματικός	Κάνοντάς σας να παραμένετε σε νοσοκομείο;	1.11	1.86
15	-	Κοστίζοντάς σας χρήματα για ιατρική φροντίδα;	0.43	1.00
16	Συναισθηματικός	Προκαλώντας σας παρενέργειες από τα φάρμακα;	0.25	0.95
17	-	Κάνοντάς σας να νιώθετε ότι είσαστε βάρος στην οικογένειά σας ή τους φίλους;	0.72	1.32
18	Συναισθηματικός	Κάνοντάς σας να νιώθετε ότι χάσατε τον έλεγχο του εαυτού σας στη ζωή σας;	1.1	1.67
19	Συναισθηματικός	Κάνοντάς σας να ανησυχείτε;	1.84	1.96
20	Συναισθηματικός	Δυσκολεύοντας το να συγκεντρώνεστε ή να θυμάστε πράγματα;	1.42	1.64
21	Συναισθηματικός	Κάνοντάς σας να νιώθετε κατάθλιψη;	1.06	1.71

Σημ: Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται από το 0 έως 5

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση

Γράφημα 1: Κατανομή βαθμολογιών στο ερωτηματολόγιο MLHFQ ανά ερώτηση.



Όσον αφορά στην ΠΖ (MLHFQ) (Πίνακας 5), οι γυναίκες έχουν χειρότερη ΠΖ ($F=8.66$, $p=0.004$) από τους άντρες, ανεξαρτήτως ($F=1.25$, $p=0.30$) της κατάστασης ΝΥΗΑ που έχουν. Επίσης, αύξηση του επιπέδου ΝΥΗΑ συσχετίζεται σημαντικά με χειρότερη ΠΖ ($F=6.36$, $p=0.001$) (Πίνακας 6). Η συσχέτιση αυτή παρουσιάζεται και γραφικά στο Γράφημα 2.

Πίνακας 5: Ανάλυση διπλής εισόδου (two-way ANOVA) για την επίδραση του Φύλου και ΝΥΗΑ στην ΠΖ

Source	df	Mean Square	F	Sig.
Φύλο	1	4017.158	8.662	0.004
ΝΥΗΑ	3	2947.619	6.356	0.001
Φύλο x ΝΥΗΑ	3	579.183	1.249	0.296

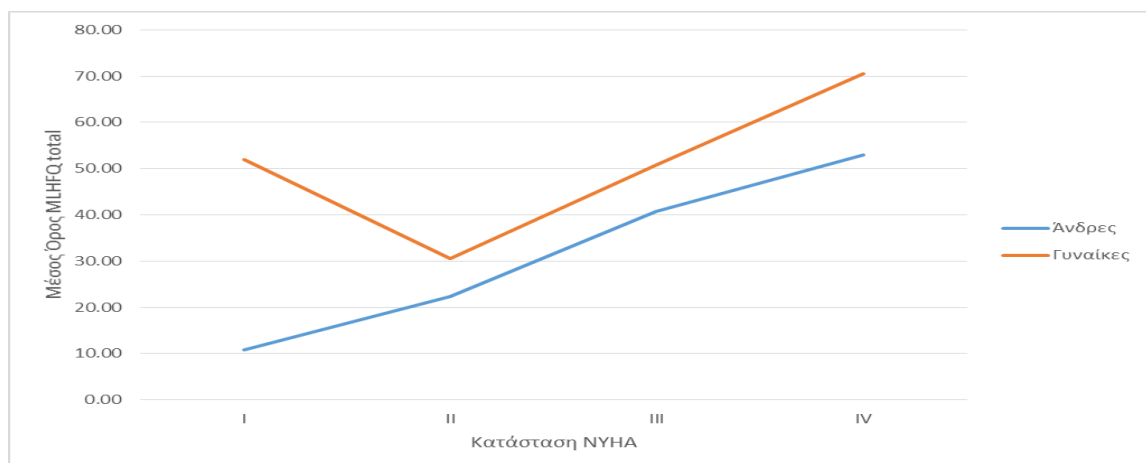
Σημ.: Εξαρτημένη Μεταβλητή: Συνολική Βαθμολογία MLHFQ

Πίνακας 6: Σύνοψη επιπέδου ΠΖ (MLHFQ)

ΝΥΗΑ class	Άνδρες		Γυναίκες	
	M.T.	T.A.	M.O.	T.A.
I	10.85	17.89	52.00	43.84
II	22.37	20.96	30.62	26.99
III	40.81	23.42	50.80	26.08
IV	52.90	16.10	70.44	8.04

Σημ: M.T.= Μέσος Τιμή, T.A. = Τυπική Απόκλιση

Γράφημα 2: Μέσος όρος ΠΖ (Συνολικής Βαθμολογίας) σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ



Η συσχέτιση ΠΖ και σταδιοποίηση κατά ΝΥΗΑ επεκτείνεται για τις υπό-κλίμακες του MLHFQ, αφού βλέπουμε σημαντική επίδραση της σταδιοποίησης κατά ΝΥΗΑ και στη Σωματική ($p<0.0001$), στην Κοινωνική ($p=0.023$) και στη Συναισθηματική διάσταση ($p<0.0001$). (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Επίδραση της σταδιοποίησης κατά ΝΥΗΑ στους υποπαράγοντες του MLHFQ

	ΝΥΗΑ	Μ.Τ	Τ.Α.
Σωματικός **	I	6.49	11.40
	II	13.37	12.66
	III	27.17	13.68
	IV	41.35	5.70
Κοινωνικός *	I	2.31	4.16
	II	4.06	4.95
	III	6.25	5.55
	IV	4.07	5.00
Συναισθηματικός**	I	3.71	5.89
	II	5.31	6.10
	III	9.29	7.33
	IV	14.56	6.46

** Σημαντική Διαφορά p value <0.0001

* Σημαντική Διαφορά p value <0.05

Στατιστικός έλεγχος: ANOVA μονής κατεύθυνσης

ΝΥΗΑ: New York Heart Association classification system,

ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: τυπική απόκλιση

Οι συνταξιούχοι (Μ.Τ.=30.87) έχουν σχεδόν διπλάσιο μέσο όρο συνολικής βαθμολογίας στην ΠΖ από τους εργαζόμενους (Μ.Τ=16.10) ($p=0.03$). Η μειωμένη ΠΖ των συνταξιούχων παρατηρείται τόσο στη σωματική διάσταση ($p=0.01$), όσο και στη συναισθηματική ($p=0.07$). Στην κοινωνική διάσταση υπάρχει μια διαφοροποίηση, αλλά δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά ($p=0,27$). (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Επίδραση Απασχόλησης στο επίπεδο ΠΖ (n=108)

	Συνταξιούχοι (n=79)		Εργαζόμενοι (n=19)		P – value*
	M.T	T.A	M.T	T.A	
Συνολική Βαθμολογία	30.87	26.85	16.10	20.23	0.03
Σωματικός	18.36	16.12	8.53	12.29	0.01
Κοινωνικός	4.29	5.12	2.89	4.50	0.27
Συναισθηματικός	7.02	7.25	3.79	5.16	0.07

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση, *= επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας = 0.05

Οι ασθενείς με πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Τ.=35,17) έχουν σημαντικά πιο χαμηλή ΠΖ από τους ασθενείς με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Μ.Τ.=22,18) ή και τριτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Τ.=22,69) ($p=0.04$). Αυτό προεκτείνεται στη σωματική διάσταση ($p=0.03$) και στη συναισθηματική διάσταση ($p=0.01$), αλλά όχι στην κοινωνική διάσταση ($p=0.72$). (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Επίδραση εκπαίδευσης στο επίπεδο ΠΖ (n=113)

	Δημοτικό (n=59)		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (n=37)		Ανώτατη Εκπαίδευση (n=17)		ANOVA	
	M.T	T.A	M.T	T.A	M.T	T.A	F value	p value*
Συνολική Βαθμολογία	35.17	28.16	22.18	22.21	22.69	25.93	3.43	0.04
Σωματικός	20.83	17.39	12.62	12.04	13.76	16.02	3.59	0.03
Κοινωνικός	4.49	5.27	3.68	4.93	3.75	4.97	0.34	0.72
Συναισθηματικός	8.72	7.87	4.47	5.19	4.29	5.91	5.62	0.01

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση, *: επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας

Η επίδραση του ΣΔ στην ΠΖ αφορά μόνο στη σωματική διάσταση της ΠΖ ($p=0.06$) καθώς οι ασθενείς με ΣΔ (Μ.Τ.= 20,47) εμφανίζουν χειρότερη ΠΖ από τους ασθενείς χωρίς ΣΔ (Μ.Τ.=14,58). Στην κοινωνική διάσταση ($p=0.87$) και στην συναισθηματική διάσταση ($p=0.32$) δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε επίδραση (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Επίδραση Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) στην ΠΖ (n=116)

	Όχι (n=78)		Ναι (n=38)		t	p value*
	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α		
Συνολική Βαθμολογία	25.79	26.90	33.00	24.56	-1.39	0.17
Σωματικός	14.58	15.49	20.47	15.78	-1.91	0.06
Κοινωνικός	4.15	5.23	3.99	4.71	0.17	0.87
Συναισθηματικός	5.96	6.79	7.35	7.44	-1.00	0.32

ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: τυπική απόκλιση, *: επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας

11.4 Δεδομένα αντιλαμβανόμενης ΚΣ

Υπάρχει μια γενικότερη τάση οι ασθενείς να δηλώνουν ότι λαμβάνουν ΚΣ, καθώς στις περισσότερες ερωτήσεις η πλειοψηφία των απαντήσεων (πέραν του 95%) δέχεται βαθμολογία 6 έως 7 (Συμφωνώ/ Συμφωνώ Πλήρως). Η σημαντικότερη διαφοροποίηση στην πιο πάνω κατανομή των απαντήσεων, παρουσιάζουν οι ερωτήσεις της διάστασης «Φίλοι» (Ερωτήσεις 6,7,9,12) στις όποιες παρατηρείται μια διασπορά των απαντήσεων . (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του MSPSS ανά ερώτημα (n=117)

		Βαθμολογία:			
		1 έως 2	3 έως 5	6 έως 7	
A/A	Διάσταση	Ερώτηση	Διαφωνώ Απόλυτα / Διαφωνώ	Διαφωνώ Μερικώς/ Ουδέτερα/ Συμφωνώ Μερικώς	Συμφωνώ/ Συμφωνώ Απόλυτα
1	Οικ/ΣΑ	Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο το οποίο είναι γύρω μου όταν έχω κάποια ανάγκη	0	3	114(97,%)
2	Οικ/ΣΑ	Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου	2	2	113(96,6%)
3	Οικ/ΣΑ	Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει	0	2	115(98,3%)
4	Οικ/ΣΑ	Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου	1	2	114(97,4%)
5	Οικ/ΣΑ	Έχω ένα ξεχωριστό άτομο που με κάνει να αισθάνομαι άνετα	2	4	111(94,9%)
6	Φίλοι	Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθήσουν	13	28	76(65,0%)
7	Φίλοι	Μπορώ να στηριχτώ στους φίλους μου όταν τα πράγματα πηγαίνουν λάθος	19	21	77(65,8%)
8	Οικ/ΣΑ	Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου	1	4	112(95,7%)
9	Φίλοι	Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου	16	23	78(66,7%)
10	Οικ/ΣΑ	Υπάρχει ένα ξεχωριστό άτομο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα αισθήματά μου	2	4	10104(94,%)
11	Οικ/ΣΑ	Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις	1	4	112(95,7%)
12	Φίλοι	Μπορώ να συζητήσω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου	18	20	79(67,5%)

Οικ/ΣΑ: Παράγοντας "Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι"

Φίλοι: Παράγοντας "Φίλοι"

Οι άντρες (Μ.Τ. = 77,61) έχουν σχετικά πιο υψηλή ΚΣ (p=0,06) από τις γυναίκες (Μ.Ο.=73,68). Αυτό παρατηρείται και στον παράγοντα "Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι" (άντρες Μ.Τ.= 54,86, Γυναίκες Μ.Τ.= 52,08, p=0.03) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Επίδραση Φύλου στο επίπεδο ΚΣ (n=117)

	Άντρες (n=93)		Γυναίκες (n=24)	
	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α
Συνολική Βαθμολογία	77.61	8.73	73.38	13.53
Φίλοι	22.75	7.47	20.79	8.51
Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι	54.86	3.00	52.58	7.92

ΣΗΜ: Υπάρχει ανομοιογένεια των διακυμάνσεων (Leven's F = 5.4-Male, 13.5-Female, p >0.05)
 ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: τυπική απόκλιση, n: μέγεθος του δείγματος

Οι συνταξιούχοι (Μ.Τ.=76.06) δείχνουν να έχουν χαμηλότερη ΚΣ από τους Εργαζόμενους (Μ.Τ.=79.42), *οριακά* όμως, δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά (p=0.07). Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Επίδραση Απασχόλησης στο επίπεδο ΚΣ (n=108)

	Συνταξιούχοι (n=79)		Εργαζόμενοι (n=19)		Significance
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	
Συνολική βαθμολογία	76.06	11.11	79.42	5.80	0.07
Φίλοι	22.11	8.09	23.68	5.61	0.43
Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι	53.95	5.50	55.74	0.81	0.16

ΣΗΜ: n=9 Άνεργοι/Αδυναμία Εργασίας
 ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: τυπική απόκλιση

Δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά στην ΚΣ στα άτομα με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης ($p > 0.11$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Επίδραση εκπαίδευσης στο επίπεδο ΚΣ (n=113)

	Δημοτικό (n=59)		Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (n=37)		Ανώτατη Εκπαίδευση (n=17)		ANOVA	
	M.T	T.A	M.T	T.A	M.T	T.A	F value	p value
Συνολική βαθμολογία	76.12	11.75	76.49	8.21	79.12	6.16	0.60	0.55
Φίλοι	22.66	7.55	21.35	8.30	23.47	6.25	0.55	0.58
Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι	53.46	6.23	55.14	1.95	55.65	1.06	2.25	0.11

ΣΗΜ: $v=4$ ελλειπούσες τιμές

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση

Ο πιο σημαντικός παράγοντας της ΚΣ φαίνεται να είναι η λειτουργική τάξη κατά NYHA. Αυτό παρουσιάζεται και στους 2 υποπαράγοντες του MSPSS (Πίνακας 15). Συγκεκριμένα οι ασθενείς με NYHA I (M.T.=78.40), NYHA II (M.T.=78.87) και NYHA III (M.T.=79,12) παρουσιάζουν ψηλότερο επίπεδο ΚΣ από τους ασθενείς με επίπεδο ταξινόμησης κατά NYHA IV (M.T.=64.78). ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.03$ αντίστοιχα) (Γράφημα 3).

Πίνακας 15: Επίδραση σταδιοποίησης κατά NYHA στο επίπεδο ΚΣ (n =117)

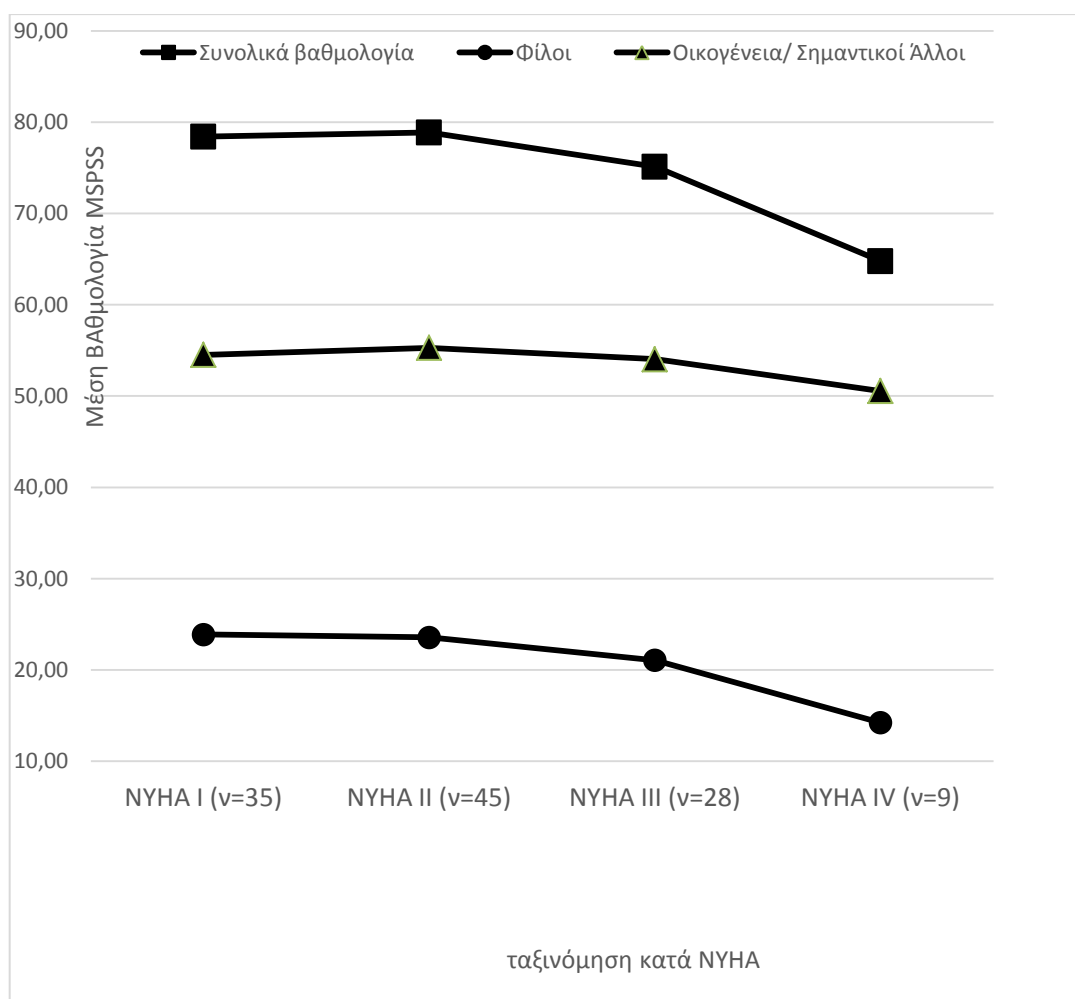
	NYHA I (n=35)		NYHA II (n=45)		NYHA III (n=28)		NYHA IV (n=9)		ANOVA	
	M.T	T.A	M.T	T.A	M.T	T.A	M.T	T.A	F value	p value
Κοινωνική στήριξη MSPSS										
Συνολική βαθμολογία	78.40	7.63	78.87	7.59	75.11	10.84	64.78	16.63	6.33	0.001
Φίλοι	23.89	5.85	23.58	7.21	21.07	8.31	14.22	9.74	4.90	0.003
Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι	54.51	4.20	55.29	1.46	54.04	5.46	50.56	10.27	2.78	
										0.045

Διόρθωση κατά Bonferroni

NYHA class	NYHA class	p-value
I	II	1
	III	1
	IV	0.001
II	III	0.588
	IV	0
III	IV	0.029

MT: Μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση,
 NYHA: New York Heart Association classification system,

Γράφημα 3: Επίδραση κατάστασης NYHA στην ΚΣ



Οι ασθενείς με διαβήτη (Μ.Τ.=78,31) φαίνεται να απολαμβάνουν περισσότερη κοινωνική στήριξη από τους υπόλοιπους (Μ.Τ.= 74,59) ($p<0.05$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Επίδραση Διαβήτη στην ΚΣ (n=116)

	Όχι (n=78)		Ναι (n=38)		t	p
	Μ.Τ	Τ.Α	Μ.Τ	Τ.Α		
Συνολικά βαθμολογία	78.51	8.23	74.39	9.75	2.38	0.02
Φίλοι	23.64	7.29	20.18	7.58	2.37	0.02
Οικογένεια/ Σημαντικοί Άλλοι	54.87	3.05	54.21	4.81	0.90	0.37

Σημ: 1 ελλειπούσα τιμή

11.5 Συγγυτικοί παράγοντες στη σχέση ΚΣ και ΠΖ

Η επίδραση συγγυτικών παραγόντων στη σχέση ΚΣ και ΠΖ μελετήθηκε με τη μέθοδο Πολλαπλής Παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή καθορίστηκε η ΠΖ και ανεξάρτητες μεταβλητές καθορίστηκαν το Επίπεδο ΚΣ (Συνολική βαθμολογία MSPSS) μαζί με τους παράγοντες αλληλεπίδρασης της ΚΣ με τους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες Φύλο, Ηλικία, ταξινόμηση κατά NYHA, Διαβήτη (Ναι ή Όχι), Απασχόληση (Εργαζόμενος ή μη) και επίπεδο Εκπαίδευσης (1βάθμια, 2βάθμια, 3βάθμια). Οι παράγοντες αυτοί επιλέγηκαν από την ανάλυση που προηγήθηκε για την πιθανή επίδραση τους είτε στην ΚΣ είτε στην ΠΖ. Οι κατηγορικές μεταβλητές που πιθανόν να επιδρούν στην σχέση ΠΖ και ΚΣ, μετασχηματίστηκαν σε ψευδομεταβλητές (dummy variables) και στη συνέχεια δημιουργήθηκαν οι παράγοντες αλληλεπίδρασης με την ΚΣ. Τα γραφήματα 4,5,6,7,8 (scatterplots) παρουσιάζουν γραφικά τη σχέση της ΚΣ και της ΠΖ με πιθανές επιδράσεις των κατηγορικών μεταβλητών Φύλο, NYHA, Εκπαίδευση, απασχόληση και παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη. Χρησιμοποιήθηκε η ιεραρχική παλινδρόμηση (Hierarchical Regression) όπου η κάθε μεταβλητή αλληλεπίδρασης έμπαινε σταδιακά στο μοντέλο για να ελέγξουμε την επιπλέον επίδρασή της στη σχέση ΚΣ και της ΠΖ.

Σημαντικό να αναφερθεί ότι υψηλότερη βαθμολογία MLHFQ αντικατοπτρίζει χειρότερη ΠΖ, ενώ υψηλότερη βαθμολογία MSPSS καλύτερη ΚΣ. Οπότε αρνητική συσχέτιση (αρνητικός συντελεστής) υπονοεί μια θετική επίδραση ΚΣ και ΠΖ (υψηλή ΚΣ - > Καλή ΠΖ).

Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η *σχέση ΚΣ και ΠΖ επηρεάζεται από το Φύλο και την ταξινόμηση κατά NYHA*. Συγκεκριμένα, η σχέση ΚΣ και ΠΖ γίνεται ασθενέστερη όταν ο ασθενής είναι γυναίκα ($p=0,042$) και, όταν ο ασθενής περάσει στην ταξινόμηση κατά NYHA II τότε δεν διαφοροποιείται και πολύ η σχέση ΚΣ και ΠΖ ($p=0,086$) αλλά όταν περάσει στην ταξινόμηση κατά NYHA III ή NYHA IV τότε η θετική επίδραση της ΚΣ στην ΠΖ του μειώνεται ($p<0,0001$). Κανένας άλλος παράγοντας δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στη σχέση ΚΣ και ΠΖ. (Πίνακας 17)

Πίνακας 17: Ιεραρχική Παλινδρόμηση (Hierarchical Regression)

B	Μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπ Σφάλμα	Τυπ. Συντελ.	t	p	R ² Change *	p value for the R ² Change [§]
	(Constant)	66,045	16,646		3,968	0,0001		
1	Κοιν. Στήριξη (ΚΣ)	-0,803	0,296	-0,302	-2,715	0,008	0,096	0,001
2	Φύλο*ΚΣ (Γυναίκα)	0,153	0,074	0,175	2,057	0,042	0,112	0,000
3	Ηλικία*ΚΣ	0,002	0,003	0,073	0,631	0,53	0,029	0,045
4	ΝΥΗΑ ΙΙ * ΚΣ	0,117	0,067	0,169	1,736	0,086	0,166	0,000
	ΝΥΗΑ ΙΙΙ * ΚΣ	0,336	0,079	0,411	4,262	<0,0001		
	ΝΥΗΑ ΙV * ΚΣ	0,525	0,133	0,356	3,954	<0,0001		
5	Διαβήτης * ΚΣ	0,004	0,059	0,005	0,067	0,947	0,000	0,932
6	Απασχόληση * ΚΣ	-0,04	0,086	-0,043	-0,463	0,644	0,000	0,809
7	Δευτεροβάμια * ΚΣ	-0,024	0,063	-0,032	-0,384	0,702	0,004	0,692
	Τριτοβάμια * ΚΣ	0,051	0,088	0,055	0,586	0,559		

Σημ: Εξαρτημένη μεταβλητή: ΠΖ (συνολική MLHFQ)

ANOVA: F(10,103)=7,065 p<0,0001) - adj R²=0,35 - Durbin-Watson = 1,83

* Η μεταβολή στο R² όταν εισάχθηκε η αντίστοιχη μεταβλητή ή μεταβλητές

§ Η στατιστική σημαντικότητα της μεταβολής του R² όταν εισάχθηκε η εν λόγω μεταβλητή

Πίνακας 18: Συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών

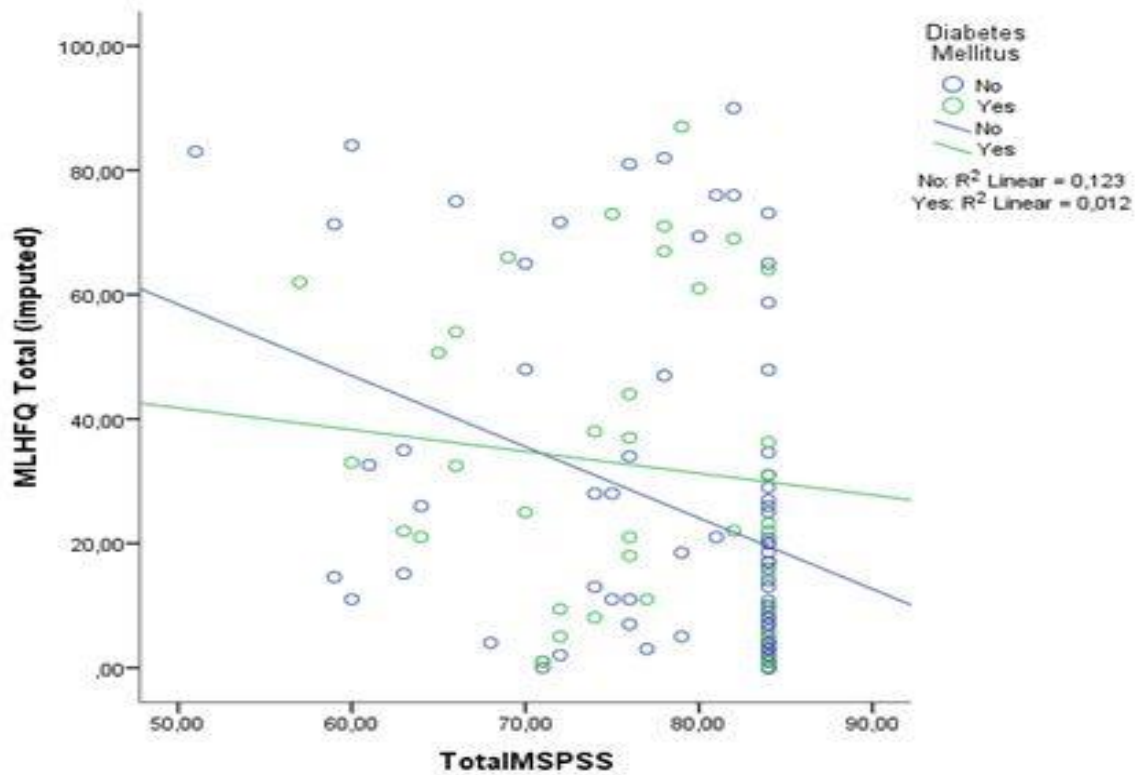
	ΚΣ [§]	ΝΥΗΑ IV * ΚΣ	ΝΥΗΑ III* ΚΣ	ΝΥΗΑ II* ΚΣ	Φύλο *ΚΣ	Διαβήτ η*ΚΣ	Ηλικία * ΚΣ	Απασχ όληση *ΚΣ	Δευτερ οβάθμι α*ΚΣ
ΝΥΗΑ IV *									
ΚΣ	-0,230*								
ΝΥΗΑ III *									
ΚΣ	-0,007	-0,155							
ΝΥΗΑ II *									
ΚΣ	0,224*	-0,220*	-	0,435**					
Φύλο*ΚΣ									
	-0,049	0,200*	0,201*	-0,021					
Διαβήτη*ΚΣ									
	-0,076	0,009	0,174	-0,057	-0,02				
Ηλικία * ΚΣ									
	0,473**	0,021	0,050	0,223*	0,137	0,090			
Απασχόληση*									
ΚΣ	0,136	-0,123	-0,128	-0,084	0,095	-0,148	-,253**		
Δευτεροβάθμια*ΚΣ									
	0,041	-0,141	-0,100	0,073	0,157	-0,125	-0,146	0,110	
Τριτοβάθμια*									
ΚΣ									
	0,117	-0,115	0,001	-0,175	0,205	-0,025	0,066	,351**	-,277**

* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο 0,05 επίπεδο σημαντικότητας

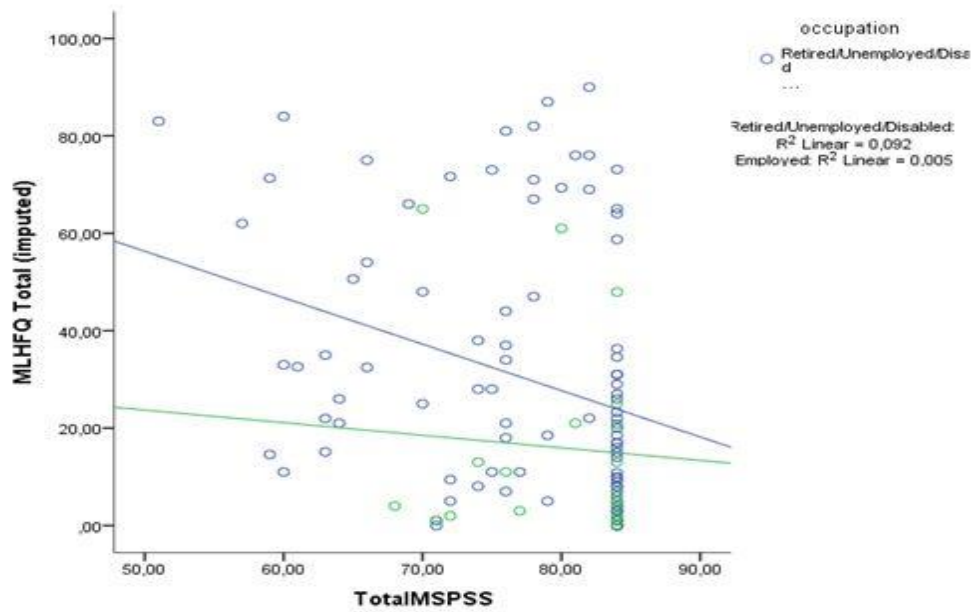
§ Η συνολική βαθμολογία Κοινωνικής Στήριξης

Διασποράς ΚΣ – ΠΖ με την πιθανή επίδραση δημογραφικών και κλινικών στοιχείων
(Γραφήματα 4,5,6,7,8)

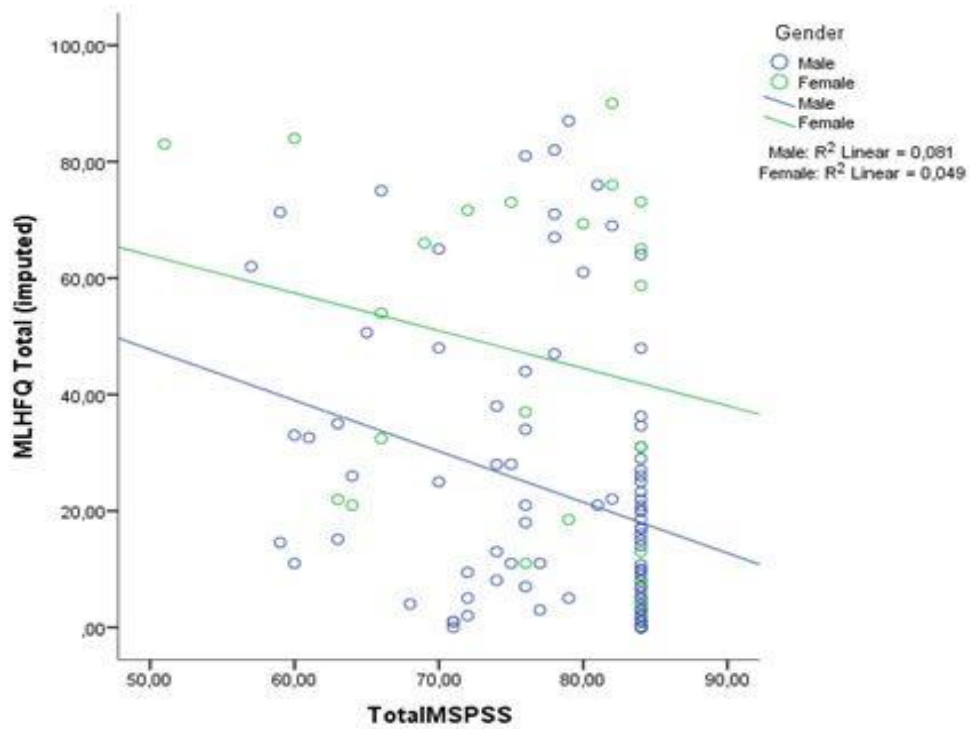
Γράφημα 4



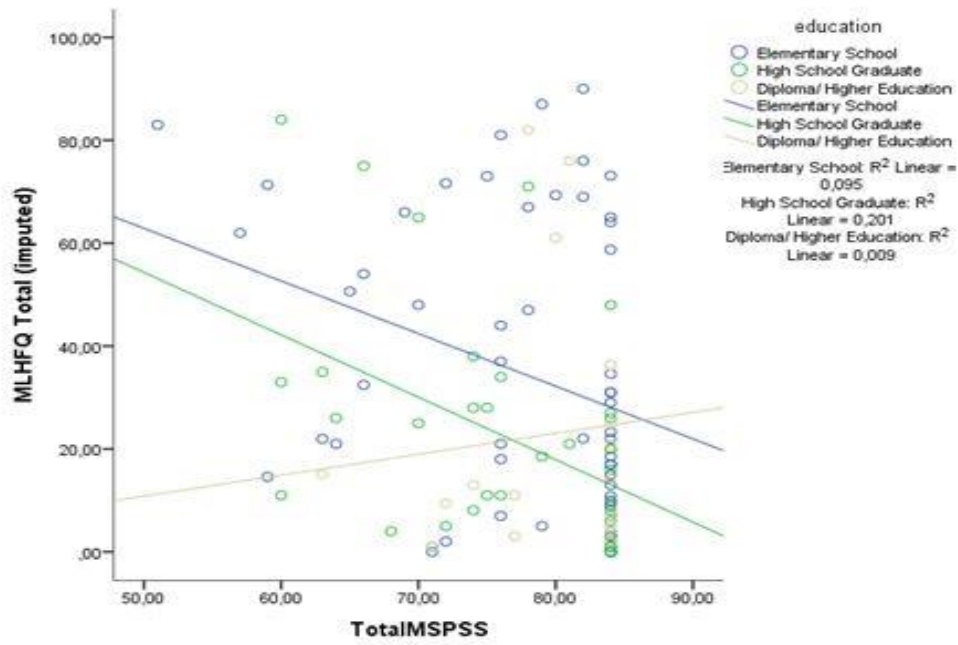
Γράφημα 5



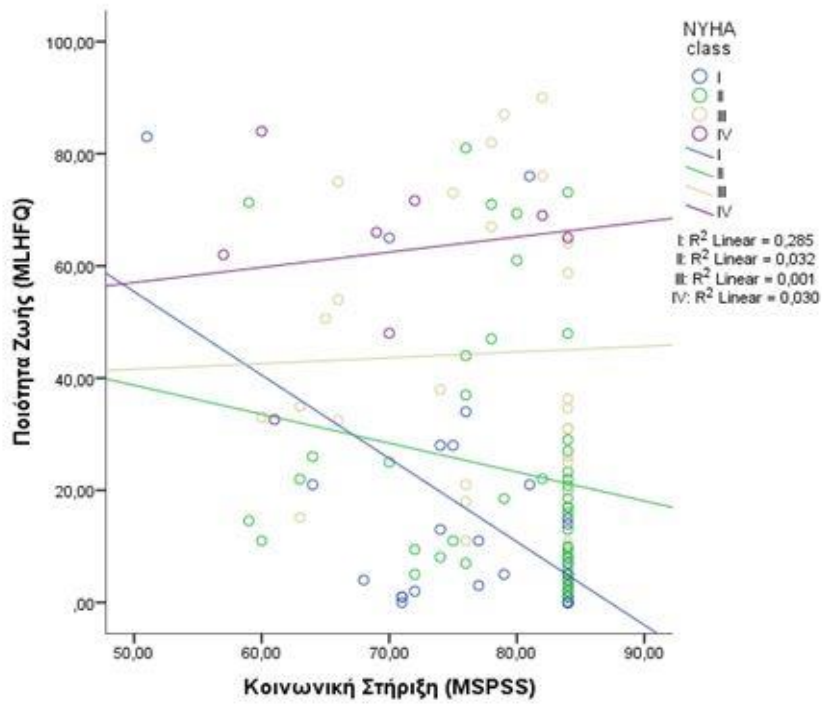
Γράφημα 6



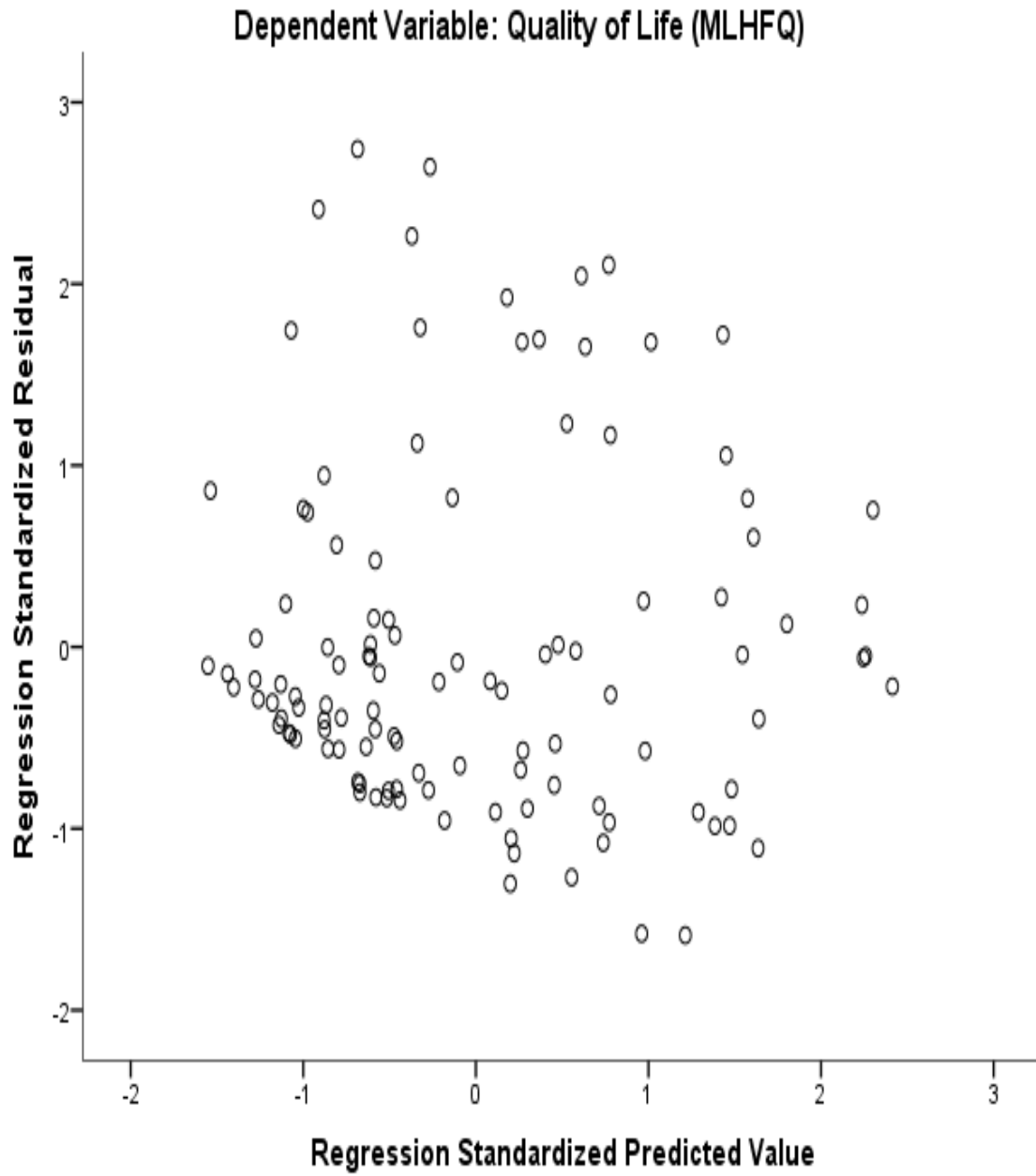
Γράφημα 7



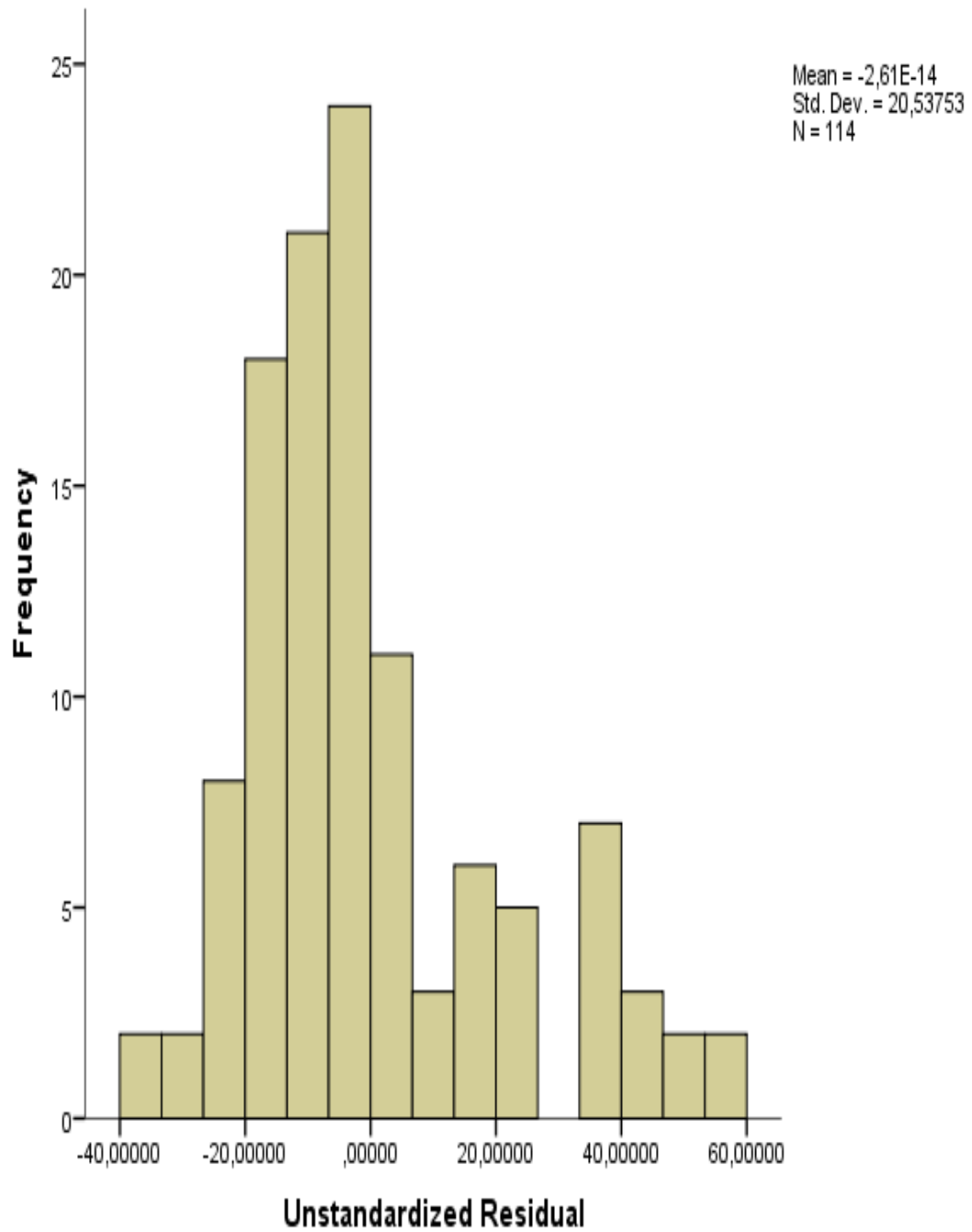
Γράφημα 8



Γράφημα 9: Έλεγχος ετεροσκεδαστικότητας (Heteroskedasity)



Γράφημα 10: Έλεγχος κανονικότητας σφαλμάτων (residuals normality assumption)



12. Συζήτηση

Ο βασικός σκοπός της μελέτης ήταν να διεκπεραιώσει τις συσχετίσεις ασθενών με ΚΑ μεταξύ ΚΣ και ΠΖ. Το δείγμα περιλάμβανε στο σύνολο του 117 ασθενείς με ΚΑ. Από τα αποτελέσματα ανάλυσης συσχέτισης προκύπτει ότι τα άτομα με καλύτερη ΠΖ να έχουν την τάση να δηλώνουν περισσότερη ΚΣ.

Η μέτρηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα υψίστης σπουδαιότητας γιατί η φύση και η χρονιότητα της νόσου επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής τους. Η ΚΑ, ως χρόνιο νόσημα προκαλεί στους ασθενείς συναισθηματική αστάθεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση και εξάρτηση. Η συμβολή της ΚΣ στους ασθενείς αυτούς βελτιώνει την ΠΖ και αποτελεί προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας. Μελέτες επαληθεύουν τη σχέση της βελτιωμένης ΠΖ με την ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ (Barutsu & Mert 2013).

Από την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης το δείγμα βρέθηκε να έχει μέση ηλικίας 68.7 (10.3) ευρήματα τα οποία συμφωνούν με τη βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει, ότι ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται με την ηλικία (Τρίκας 2005). Οι αθροιστικές επιδράσεις της γήρανσης στο καρδιαγγειακό σύστημα σε συνάρτηση με άλλους παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο προιούσης της ηλικίας (Ducharme et al., 2005). Η ηλικία του ασθενούς όπως φάνηκε στη μελέτη, δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση τόσο με το συνολικό επίπεδο ΚΣ ($r=-0.14$, $p>0.05$), όσο και με τους υποπαράγοντες (Φίλοι $r=0.10$, Οικογένεια/Σημαντικοί Άλλοι $r=-0.13$, $p>0.05$). Η ΠΖ (MLHFQ) όμως, συσχετίζεται με την ηλικία ($r=0.28$, $p<0.05$). Αυτό φαίνεται με τη σωματική ($r=0.34$, $p<0.05$) και συναισθηματική διάσταση της ΠΖ ($r=0.21$, $p<0.05$), αλλά όχι με την κοινωνική διάσταση της ΠΖ ($r=0.3006$, $p>0.05$). Τα ευρήματα αυτά, συγκλίνουν με τη μελέτη των Πολυκανδριώτη και συν. που δημοσιεύτηκε το 2008 στην Ελλάδα, όπου αναφέρουν πτωχότερη ΠΖ σε άτομα με ΚΑ μεγαλύτερα των 60 ετών, ιδιαίτερα όσο αφορά σε σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μας έρχονται μελέτες που αναφέρουν χαμηλότερη ΠΖ σε ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία (Hou et al., 2004), και κοινωνική απομόνωση άτομα με ΚΑ μικρότερης ηλικίας (Asadi-Lari, Packham & Gray 2003).

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε να υπάρχει στατιστική διαφορά στη συνολική ΠΖ σε σχέση με το φύλο. Οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν την τάση να δηλώνουν χειρότερη ΠΖ ($F=8.66$, $p=0.004$) από τους άντρες, ανεξαρτήτως

($F=1.25$, $p=0.30$) της σταδιοποίησης κατά NYHA που έχουν. Επίσης, όσο αυξάνεται το στάδιο κατά NYHA τόσο χειροτερεύει η ΠΖ τους ($F=6.36$, $p=0.001$). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συγκλίνουν με άλλες μελέτες, με τις γυναίκες με ΚΑ να αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ΠΖ σε σχέση με τους άντρες σε θέματα καθημερινότητας (Riedinger et al., 2001). Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα της μελέτης των Gottlieb και συν. (2004), με τις γυναίκες να αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ΠΖ και να εμφανίζουν κατάθλιψη σε διπλάσιο ποσοστό από ότι οι άντρες (64% και 36% αντίστοιχα). Παρόλα αυτά, σε μια μελέτη των Πολυκανδριώτη και συν. (2008) δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της ΠΖ σε σχέση με το φύλο, εντούτοις οι γυναίκες βίωναν περισσότερο συναισθηματικά και σωματικά αρνητικά σε σχέση με το φύλο.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο και το αν οι εργάζονται ή είναι συνταξιούχοι οι ασθενείς με ΚΑ στα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε ότι επηρεάζουν την αντίληψη της ΠΖ, αλλά όχι και της ΚΣ. Φάνηκε σε ασθενείς με πρωτοβάθμια εκπαίδευση να έχουν σημαντικά πιο χαμηλή ΠΖ από τους ασθενείς με δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση ($p=0.04$). Αυτό προεκτείνεται στη σωματική ($p=0.03$) και στη συναισθηματική διάσταση της ΠΖ ($p=0.01$). Οι συνταξιούχοι παράλληλα, φάνηκε να έχουν σχεδόν διπλάσια μέση τιμή συνολικής βαθμολογίας στην ΠΖ από τους εργαζόμενους ($p=0.03$). Η μειωμένη ΠΖ των συνταξιούχων παρατηρείται τόσο στη σωματική διάσταση, όσο και στη συναισθηματική διάσταση της ΠΖ. Είναι πιθανό τα ευρήματα αυτά να σχετίζονται με την αυξημένη ηλικία των ασθενών, όπου παρατηρείται μειωμένη αυτοφροντίδα και χαμηλά εισοδήματα λόγω χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, γεγονός που ίσως να δικαιολογεί την τάση να αναφέρουν φτωχότερη ΠΖ. Τα ευρήματα αυτά συγκλίνουν και με άλλες μελέτες που αναφέρουν χαμηλή ΠΖ σε ασθενείς με μειωμένα εισοδήματα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Murberg & Bru 2001; Coelho et al., 2005).

Μετά από παραγοντική και επιβεβαιωτική ανάλυση του ερωτηματολογίου MSPSS σε ελληνοκυπριακό πληθυσμό προέκυψαν μόνο δυο υποπαράγοντες, οι «φίλοι» και «οικογένεια/ Σημαντικοί άλλοι» (Χαμπουλίδου 2014). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ασθενείς με ΚΑ φαίνεται να απολαμβάνουν περισσότερη ΚΣ από την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συγκλίνουν με την έρευνα των Gunes και Altiook (2009), οι οποίοι μελέτησαν την αντιληπτή ΚΣ σε ασθενείς με χρόνιες νόσους, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΑ, και

διαφάνηκαν υψηλά επίπεδα ΚΣ από την οικογένεια. Μια άλλη πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία των Baratsu και Merk (2013), αναφέρουν υψηλότερη τιμή ΚΣ και η οποία σημαίνει ότι αντιλαμβάνονται την ΚΣ από την οικογένεια, περισσότερο από ότι γίνεται αντιληπτή από τους φίλους και σημαντικούς άλλους. Το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη φάνηκε υψηλότερη βαθμολογία αντιλαμβανόμενης ΚΣ από την οικογένεια, ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑ με ποσοστό 86.3% ήταν παντρεμένοι και ζούσαν με τις οικογένειες τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα μέλη του Ελληνοκυπριακού πληθυσμού διατηρούν ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς κρατώντας τις πολιτισμικές τους ιδιότητες.

Την σημαντικότερη διαφοροποίηση στην παρούσα μελέτη για την κατανομή απαντήσεων της ΚΣ, παρουσιάζουν οι ερωτήσεις της διάστασης «Φίλοι», στην οποία παρατηρείται διασπορά των απαντήσεων. Πλήθος μελετών επαληθεύουν αυτή τη σχέση τονίζοντας τη σημαντικότητα της ΚΣ περισσότερο από τις οικογένειες και όχι τόσο από τους φίλους (Hursey 1998; Gunes & Altiook 2009 ; Baratsu & Merk 2013). Άλλοι ερευνητές ωστόσο, αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνουν περισσότερη ΚΣ από τους φίλους (Chiaranai, Sayler & Best 2013), γεγονός που δικαιολογείται από τους ίδιους τους ερευνητές, ως προς την κουλτούρας των συμμετεχόντων που τους θέλει να απομακρύνονται από την οικογένεια τους μετά από κάποια ηλικία, δικαιολογώντας έτσι την αυξημένη στήριξη από τους φίλους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η συνολική βαθμολογία του MSPSS έχει μια μέτρια και αρνητική συσχέτιση ($r=-0.31$, $p<0.01$) με τη συνολική βαθμολογία του MLHFQ. Οι χαμηλότερες τιμές ΠΖ σχετίζονται με υψηλότερες τιμές ΚΣ, δηλαδή τα άτομα με καλύτερη ΠΖ έχουν την τάση να δηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ΚΣ. Επιπλέον, η συνολική βαθμολογία MSPPS συσχετίζεται ($r=-0.36$, $p<0.01$) με τον "Σωματική" παράγοντα και τη "Συναισθηματική" διάσταση της ΠΖ παράγοντα ($r=-0.24$, <0.05), αλλά όχι με τη "Κοινωνική διάσταση" της ΠΖ ($r=-0,05$, $p=0.98$). Πρόσφατη μελέτη έδειξε την ΚΣ να συνδέεται σημαντικά με την ΠΖ, κυρίως με τη συναισθηματική διαστάσή (Arestedt et al., 2014) και όχι τόσο με τη σωματική και κοινωνική διαστάση. Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2005, οι ερευνητές μελέτησαν τους σωματικούς δείκτες σε σχέση με τη σταδιοποίηση κατά NYHA και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα σωματικά συμπτώματα, καθώς και οι περιορισμοί στη διατροφή και στις κοινωνικές τους δραστηριότητες επιδρούν αρνητικά στην ΠΖ των ατόμων με ΚΑ (Coelho et al., 2005).

13. Περιορισμοί της μελέτης

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν:

- Στο γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο για την ΚΣ είναι δυνατό να μην απαντήθηκε με ειλικρίνεια για να μην δημιουργήσει άσχημη εικόνα στον ερευνητή στην περίπτωση της συνέντευξης
- Στις ελλείπουσες τιμές οι οποίες όμως διαχειρίστηκαν με τη μέθοδο του πολλαπλού καταλογισμού (multiple imputation)
- Κάποιοι από τους ασθενείς λόγω της κλινικής τους κατάστασης ή λόγω άνοιας σχετιζόμενη με τη προχωρημένη ηλικία ή τη νόσο να μην απάντησαν σωστά
- Η παρούσα μελέτη είναι περιγραφική με συγχρονικό χαρακτήρα και αντίστροφη αιτιότητα

14.Συμπεράσματα

Υπό το φως των αποτελεσμάτων διαφαίνεται υψηλό επίπεδο ΚΣ σε ασθενείς με ΚΑ, ιδιαίτερα στα άτομα με σταδιοποίηση κατά NYHA I. Η συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ΠΖ συνδέονται άρρηκτα με την ΚΣ, η οποία σύμφωνα με τα ευρήματα παρέχεται περισσότερο από την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους. Η συμμετοχή από τα μέλη της οικογένειας, σημαντικούς άλλους και από τους φίλους των ασθενών με ΚΑ, αποτελεί πρόκληση για την ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ τους. Η ΠΖ φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία, σταδιοποίηση κατά NYHA και το φύλο επιδρά και στην ΚΣ, με τις γυναίκες να έχουν την τάση να δηλώνουν χαμηλά επίπεδα ΚΣ και ΠΖ. Ενδεχομένως η εξεύρεση πηγών υποστήριξης στα άτομα με ΚΑ να αυξήσει την ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία. Περαιτέρω έρευνα, ωστόσο, θα ήταν αναγκαία, προκειμένου να αποκτήσουν μια εικόνα για τη φύση αυτής της συσχέτισης και να αποκαλύψει τους μηχανισμούς που διέπουν.

15.Βιβλιογραφία

15.1 Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Arestedt, K., Saveman, B.I., Johansson, P. & Blomqvist, K. 2013, "Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 12, no. 1, pp. 69-77.
- Asadi-Lari, M., Packham, C. & Gray, D. 2003, "Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services", *Health and quality of life outcomes*, vol. 1, pp. 26.
- Atienza, A.A., Collins, R. & King, A.C. 2001, "The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: a prospective study of dementia caregivers in their natural environments", *The journals of gerontology.Series B, Psychological sciences and social sciences*, vol. 56, no. 3, pp. S129-39.
- Barth, J., Schneider, S. & von Kanel, R. 2010, "Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis", *Psychosomatic medicine*, vol. 72, no. 3, pp. 229-238.
- Barutcu, C.D. & Mert, H. 2013, "The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure", *JPMA.The Journal of the Pakistan Medical Association*, vol. 63, no. 4, pp. 463-467.
- Bekelman, D.B., Dy, S.M., Becker, D.M., Wittstein, I.S., Hendricks, D.E., Yamashita, T.E. & Gottlieb, S.H. 2007, "Spiritual well-being and depression in patients with heart failure", *Journal of general internal medicine*, vol. 22, no. 4, pp. 470-477.
- Bennett, S., Perkins, S., Lane, K., Deer, M., Brater, D. & Murray, M. 2001, "Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients", *Quality of life research*, vol. 10, no. 8, pp. 671-682.

- Bennett, T., Lingerfelt, B.V. & Nelson, D.E. 1990, *Developing individualized family support plans: A training manual*, Brookline books.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. 2000, "From social integration to health: Durkheim in the new millennium", *Social science & medicine*, vol. 51, no. 6, pp. 843-857.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L. & Horwitz, R.I. 1992, "Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly", *Annals of Internal Medicine*, vol. 117, no. 12, pp. 1003-1009.
- Boutin-Foster, C. 2005, "Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 34, no. 1, pp. 22-29.
- Bristow, M.R., Linas, S., Port, J., Braunwald, E., Zipes, D.P., Libby, P. & Bonow, R. 2005, "Drugs in the treatment of heart failure", *Zipes DP, Braunwald E, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, , pp. 569-601.*
- Campbell, R.L., Banner, R., Konick-McMahan, J. & Naylor, M.D. 1998, "Discharge planning and home follow-up of the elderly patient with heart failure", *The Nursing clinics of North America*, vol. 33, no. 3, pp. 497-513.
- Chen, Y., Vaccarino, V., Williams, C.S., Butler, J., Berkman, L.F. & Krumholz, H.M. 1999, "Risk factors for heart failure in the elderly: a prospective community-based study", *The American Journal of Medicine*, vol. 106, no. 6, pp. 605-612.
- Chiaranai, C., Salyer, J. & Best, A. 2013, "Self-care and quality of life in patients with heart failure", *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, vol. 13, no. 4, pp. 302-317.
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., Ferreira, A. & Cerqueira-Gomes, M. 2005, "Heart failure and health related quality of life", *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, vol. 1, pp. 19.

- Cohen, S.E. & Syme, S. 1985, *Social support and health*. Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T.A. 1985, "Stress, social support, and the buffering hypothesis.", *Psychological bulletin*, vol. 98, no. 2, pp. 310.
- Coyne, J.C., Rohrbaugh, M.J., Shoham, V., Sonnega, J.S., Nicklas, J.M. & Cranford, J.A. 2001, "Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure", *The American Journal of Cardiology*, vol. 88, no. 5, pp. 526-529.
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A., Strömberg, A., Veldhuisen, D.J., Atar, D. & Hoes, A.W. 2008, "ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008†", *European journal of heart failure*, vol. 10, no. 10, pp. 933-989.
- Ducharme, A., Doyon, O., White, M., Rouleau, J.L. & Brophy, J.M. 2005, "Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial", *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, vol. 173, no. 1, pp. 40-45.
- Ducharme, A., Doyon, O., White, M., Rouleau, J.L. & Brophy, J.M. 2005, "Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial", *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, vol. 173, no. 1, pp. 40-45.
- Dunbar, S.B., Clark, P.C., Quinn, C., Gary, R.A. & Kaslow, N.J. 2008, "Family influences on heart failure self-care and outcomes", *The Journal of cardiovascular nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 258-265.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Hamby, D.W. 2007, "Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research", *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, vol. 13, no. 4, pp. 370-378.
- Friedman, H.S. & Silver, R.C. 2007, *Foundations of health psychology*, Oxford University Press, USA.

- Friedman, M.M. & King, K.B. 1994, "The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure", *Research in nursing & health*, vol. 17, no. 6, pp. 433-440.
- Gore, S. 1981, "Stress-buffering functions of social supports: An appraisal and clarification of research models", *Stressful life events and their contexts*, , pp. 202-222.
- Grady, K.L., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D.K., Piano, M., Stevenson, L.W. & Young, J.B. 2000, "Team management of patients with heart failure: A statement for healthcare professionals from The Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association", *Circulation*, vol. 102, no. 19, pp. 2443-2456.
- Granger, B.B., Moser, D., Germino, B., Harrell, J. & Ekman, I. 2006, "Caring for patients with chronic heart failure: The trajectory model", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 5, no. 3, pp. 222-227.
- Heo, S., Moser, D.K., Chung, M.L. & Lennie, T.A. 2012, "Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 11, no. 2, pp. 141-149.
- Hobbs, F.D., Kenkre, J.E., Roalfe, A.K., Davis, R.C., Hare, R. & Davies, M.K. 2002, "Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population", *European heart journal*, vol. 23, no. 23, pp. 1867-1876.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. & Layton, J.B. 2010, "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review", *PLoS medicine*, vol. 7, no. 7, pp. e1000316.
- Hou, N., Chui, M.A., Eckert, G.J., Oldridge, N.B., Murray, M.D. & Bennett, S.J. 2004, "Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients

- with heart failure", *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, vol. 13, no. 2, pp. 153-161.
- Hung, Y., Cheung, N., Ip, S. & Fung, H. 2000, "Epidemiology of heart failure in Hong Kong, 1997", *Hong Kong Medical Journal*, vol. 6, no. 2, pp. 159-162.
- Hunt, S.A., Abraham, W.T., Chin, M.H., Feldman, A.M., Francis, G.S., Ganiats, T.G., Jessup, M., Konstam, M.A., Mancini, D.M. & Michl, K. 2005, "ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult—Summary Article A Report of the American College", *Circulation*, vol. 112, no. 12, pp. 1825-1852.
- Hupcey, J.E. 1998, "Clarifying the social support theory-research linkage", *Journal of advanced nursing*, vol. 27, no. 6, pp. 1231-1241.
- Iqbal, J., Francis, L., Reid, J., Murray, S. & Denvir, M. 2010, "Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality", *European journal of heart failure*, vol. 12, no. 9, pp. 1002-1008.
- Jaarsma, T. 2005, "Inter-professional team approach to patients with heart failure", *Heart (British Cardiac Society)*, vol. 91, no. 6, pp. 832-838.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W. & Haass, M. 2002, "Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables", *Heart (British Cardiac Society)*, vol. 87, no. 3, pp. 235-241.
- Krahn, G.L. 1993, "Conceptualizing social support in families of children with special health needs", *Family process*, vol. 32, no. 2, pp. 235-248.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C. & Sloan, R. 2008, "A Causal Model of Health-Related Quality of Life in Thai Patients With Heart-Failure", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, no. 3, pp. 254-260.

- Lewis, E.F., Johnson, P.A., Johnson, W., Collins, C., Griffin, L. & Stevenson, L.W. 2001, "Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure", *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, vol. 20, no. 9, pp. 1016-1024.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, T.B., Flegal, K., Ford, E., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S., Ho, M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lackland, D., Lisabeth, L., Marelli, A., McDermott, M., Meigs, J., Mozaffarian, D., Nichol, G., O'Donnell, C., Roger, V., Rosamond, W., Sacco, R., Sorlie, P., Stafford, R., Steinberger, J., Thom, T., Wasserthiel-Smoller, S., Wong, N., Wylie-Rosett, J., Hong, Y. & American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee 2009, "Heart disease and stroke statistics--2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee", *Circulation*, vol. 119, no. 3, pp. e21-181.
- Loehr, L.R., Rosamond, W.D., Chang, P.P., Folsom, A.R. & Chambless, L.E. 2008, "Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerosis Risk in Communities study)", *The American Journal of Cardiology*, vol. 101, no. 7, pp. 1016-1022.
- Lofvenmark, C., Mattiasson, A.C., Billing, E. & Edner, M. 2009, "Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure", *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, vol. 8, no. 4, pp. 251-258.
- Mårtensson, 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*, vol. 22, no. 4, pp. 460-467.
- McMurray, J. & Stewart, S. 2002, "The burden of heart failure", *European Heart Journal Supplements*, vol. 4, no. suppl D, pp. D50-D58.

- Mitchell, R.E. & Trickett, E.J. 1980, "Task force report: Social networks as mediators of social support", *Community mental health journal*, vol. 16, no. 1, pp. 27-44.
- Murberg, T.A. & Bru, E. 2001, "Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure", *Journal of psychosomatic research*, vol. 51, no. 3, pp. 521-527.
- Murberg, T.A., Bru, E., Aarsland, T. & Svebak, S. 1998, "Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with congestive heart failure", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 26, no. 2, pp. 87-95.
- Norton, C., Georgiopoulou, V.V., Kalogeropoulos, A.P. & Butler, J. 2011, "Epidemiology and cost of advanced heart failure", *Progress in cardiovascular diseases*, vol. 54, no. 2, pp. 78-85.
- O'Leary, N., Murphy, N.F., O'Loughlin, C., Tiernan, E. & McDonald, K. 2009, "A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients", *European journal of heart failure*, vol. 11, no. 4, pp. 406-412.
- Orth-Gomér, K., Rosengren, A. & Wilhelmsen, L. 1993, "Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men", *Psychosomatic medicine*, vol. 55, no. 1, pp. 37-43.
- Packer, M. & Cohn, J.N. 1999, "Consensus recommendations for the management of chronic heart failure-Introduction", *American Journal of Cardiology*, vol. 83, no. 2 A, pp. 1A-38A.
- Rabelo, E.R., Aliti, G.B., Goldraich, L., Domingues, F.B., Clausell, N. & Rohde, L.E. 2006, "Non-pharmacological management of patients hospitalized with heart failure at a teaching hospital", *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol. 87, no. 3, pp. 352-358.
- Rector, T.S., Kubo, S.H. & Cohn, J.N. 1993, "Validity of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo", *The American Journal of Cardiology*, vol. 71, no. 12, pp. 1106-1107.

- Reis, H.T., Collins, W.A. & Berscheid, E. 2000, "The relationship context of human behavior and development.", *Psychological bulletin*, vol. 126, no. 6, pp. 844.
- Riedinger, M.S., Dracup, K.A., Brecht, M., Padilla, G., Sarna, L. & Ganz, P.A. 2001, "Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist?", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 30, no. 2, pp. 105-116.
- Roger, V.L. 2010, "The heart failure epidemic", *International journal of environmental research and public health*, vol. 7, no. 4, pp. 1807-1830.
- Rook, K.S. & Underwood, L.G. 2000, "Social support measurement and interventions", *Social Support Measurements and Intervention*, , pp. 311-334.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S.M., Ho, M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lloyd-Jones, D., McDermott, M., Meigs, J., Moy, C., Nichol, G., O'Donnell, C., Roger, V., Sorlie, P., Steinberger, J., Thom, T., Wilson, M., Hong, Y. & American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee 2008, "Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee", *Circulation*, vol. 117, no. 4, pp. e25-146.
- Russell, D.W. & Cutrona, C.E. 1991, "Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model.", *Psychology and aging*, vol. 6, no. 2, pp. 190.
- Shaw, B.A., Krause, N., Chatters, L.M., Connell, C.M. & Ingersoll-Dayton, B. 2004, "Emotional support from parents early in life, aging, and health.", *Psychology and aging*, vol. 19, no. 1, pp. 4.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S. & McMurray, J.J. 2003, "Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century?", *Heart (British Cardiac Society)*, vol. 89, no. 1, pp. 49-53.

- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., Komajda, M., Tavazzi, L., Smiseth, O.A., Gavazzi, A., Haverich, A., Hoes, A., Jaarsma, T., Korewicki, J., Levy, S., Linde, C., Lopez-Sendon, J.L., Nieminen, M.S., Pierard, L., Remme, W.J. & Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology 2005, "Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology", *European heart journal*, vol. 26, no. 11, pp. 1115-1140.
- Symister, P. & Friend, R. 2003, "The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator.", *Health Psychology*, vol. 22, no. 2, pp. 123.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, N., Chishaki, A., Takeshita, A. & Tsutsui, H. 2009, "Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure", *Circulation journal : official journal of the Japanese Circulation Society*, vol. 73, no. 2, pp. 280-287.
- Uchino, B.N. 2006, "Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes", *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 29, no. 4, pp. 377-387.
- Uchino, B.N. 2004, *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*, Yale University Press.
- Wang, L., Chang, P., Shih, F., Sun, C. & Jeng, C. 2006, "Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation", *Journal of psychosomatic research*, vol. 61, no. 4, pp. 485-491.
- Westlake, C., Dracup, K., Creaser, J., Livingston, N., Heywood, J.T., Huiskes, B.L., Fonarow, G. & Hamilton, M. 2002, "Correlates of health-related quality of life in patients with heart failure", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 31, no. 2, pp. 85-93.

- Yildirim, Y. & Kocabiyik, S. 2010, "The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 5-6, pp. 832-839.
- 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.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. 1988, "The multidimensional scale of perceived social support", *Journal of personality assessment*, vol. 52, no. 1, pp. 30-41.
- Zunzunegui, M.V., Beland, F. & Otero, A. 2001, "Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain", *International journal of epidemiology*, vol. 30, no. 5, pp. 1090-1099.
-

15.2 Ελληνική βιβλιογραφία

Χαμπουλίδου, Ε. *Διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας MSPSS για την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λεμεσός, 2014

Λαμπρινού, Α., & Καλογήρου, Φ., 2010, «Προγράμματα μη Φαρμακολογικής Διαχείρισης Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια και η Επίδρασή τους στην Έκβαση της Νόσου», *Νοσηλευτική*, 49(4): 355–363.

Τρίκας Α. Καρδιακή ανεπάρκεια. Στο: Στεφανάδης Χ (Επιμ.) *Παθήσεις της καρδιάς*. Τόμος II. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
