



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ  
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αδάμου Νίκη

2008694358

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

Δρ. Λαμπρινού Αικατερίνη

Πτυχιακή Επιστημονική Εργασία

Κύπρος 2012

*Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην  
επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού  
για την συνεχή και πολύτιμη καθοδήγηση της στην συγγραφή  
της παρούσας πτυχιακής εργασίας, καθώς και στην οικογένειά μου  
για την αγάπη και τη στήριξή τους κατά την διάρκεια  
των προπτυχιακών μου σπουδών...*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>ΣΕΛ</b>
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
2.ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ(ΚΑ)	11
2.1.Παθοφυσιολογία	11
2.2.Διαχείριση Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια	12
3.ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	12
3.1.Εργαλεία Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής	
Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια	12
3.1.1 Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	13
3.1.2 Short Form-36 (SF-36)	13
3.1.3 Short Form-12 Health Survey Questionnaire (SF-12)	13
3.1.4 EuroQol (EQ-5D)	14
3.1.5 Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)	14
3.1.6 Cantril Ladder of Life	14
3.1.7 Chinese Version of the Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ-C)	14
3.1.8 Chinese Versions of Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS-C)	14
3.1.9 Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C)	15
3.1.10 Heart Failure Functional Status Inventory	15
3.1.11 Questionnaire on symptom occurrence, symptom severity and symptom distress	15

3.1.12 Psychosocial Adjustment to Illness Scale	15
3.1.13 Overall Well-Being Scale	15
3.1.14 Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA)	16
3.1.15 Heart Failure Self-care Behavior Scale	16
4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ	17
5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	17
5.1.Κριτήρια Επιλογής	17
5.2.Κριτήρια Αποκλεισμού	17
5.3.Μέθοδος Αναζήτησης	17
6.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	19
6.1.Εργαλεία Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια	20
6.2.Παράγοντες Που Επηρεάζουν Την Ποιότητα Ζωής Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια	20
6.3. Υποκλίμακες Και Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής	22
7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	28
8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	34
9.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	36

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

**ΣΕΛ**

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια	21
Πίνακας 2: Αποτελέσματα και χαρακτηριστικά ποσοτικών μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση	24
Πίνακας 3: Αποτελέσματα και χαρακτηριστικά ποιοτικών μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση	27

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

**ΣΕΛ**

Σχήμα 1: Μέθοδος Αναζήτησης Άρθρων

18

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί κλινικό σύνδρομο που τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Οι ασθενείς με ΚΑ αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως οι μακροχρόνιες θεραπείες και η ανικανότητα, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αρκετές μελέτες φαίνεται να τονίζουν την επίδραση της ΚΑ στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

**Σκοπός:** Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση είχε σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με ΚΑ.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για συστηματική μελέτη ανασκόπησης. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Medline και Google Scholar. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε από το τέλος Νοεμβρίου 2011 μέχρι το τέλος Ιανουαρίου 2012.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκαν συνολικά 10 μελέτες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑ χαρακτηρίζεται μειωμένη. Παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι το φύλο, η ηλικία, η σοβαρότητα της νόσου, η συνοσηρότητα και το μορφωτικό επίπεδο. Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρέθηκαν να επηρεάζονται από την ΚΑ είναι η σωματική υγεία, η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος.

**Συμπεράσματα:** Η μέτρηση της ποιότητας ζωής συμβάλει σε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ατόμων από τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα από τους νοσηλευτές. Ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής και οι παράγοντες που την επηρεάζουν, δίνει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να σχεδιάσουν το κατάλληλο εξατομικευμένο πρόγραμμα διαχείρισης της ΚΑ.

**Λέξεις κλειδιά:** Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: heart failure, quality of life, influencing factors, pain. Επίσης έγινε συνδυασμός των πιο πάνω λέξεων με τη χρήση εντολών AND, OR και NOT.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Heart failure (HF) is a clinical syndrome in recent years the incidence is increasing more and more. Patients with HF problems such as long-term care and disability which affects the quality of life. Several studies seem to emphasize the effect of HF on quality of life of people.

**Purpose:** The literature review aimed to investigate the quality of life of people with HF.

**Methods:** It is a systematic review study. The literature search was on electronic databases PubMed, Medline and Google Scholar. The literature search was carried out by the end of November 2011 until the end of January 2012.

**Results:** We found a total of 10 studies. According to the results of the quality of life of patients with HF is characterized reduced. Factors that seem to affect negatively the quality of life are gender, age, severity of disease, comorbidity and education level. The dimensions of quality of life of people who were affected by the HF are physical health, emotional health and the bodily pain.

**Conclusion:** The measurement of quality of life contributes to a comprehensive assessment of the health status of individuals by health professionals and nurses in particular. The determination of quality of life and factors affecting it gives nurses the opportunity to design an appropriate individualized management program HF.

**Keywords:** The keywords used are: heart failure, quality of life, influencing factor, pain. There was also a combination of the above words by using the commands AND, OR and NOT.



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) εξαιτίας της αυξημένης συχνότητας εμφάνισής της, της δυσμενούς πρόγνωσης και των μεγάλων οικονομικών δαπανών που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της, αποτελεί μεγάλο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα στο Δυτικό κόσμο. Αποτελεί την πρώτη αιτία εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα άνω των 65 ετών (Franzen et al., 2007).

Σήμερα περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι παγκόσμια πάσχουν από ΚΑ. Συγκεκριμένα, το 2005, καταγράφηκαν 6,5 εκατομμύρια πάσχοντες ή περιπτώσεις πασχόντων στην Ευρώπη, 2,4 στην Ιαπωνία, 5 στις ΗΠΑ και 0,4 στην Αυστραλία. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της ΚΑ υπολογίζεται σε ποσοστό 0,3-2% του γενικού πληθυσμού και στο 8-16% των ατόμων ηλικίας > 75ετών. Επιπλέον κάθε χρόνο εμφανίζονται 1-5 νέες περιπτώσεις ΚΑ ανά 1.000 άτομα γενικού πληθυσμού (Λαμπρινού και συν., 2010).

ΚΑ είναι η παθοφυσιολογική κατάσταση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να αντλήσει αίμα ανάλογα με τις περιφερικές ανάγκες των ιστών σε σχέση με τη φλεβική επιστροφή. Έτσι, οι ασθενείς με ΚΑ παρουσιάζουν διάφορα συμπτώματα (Στέφα, 2002). Μερικά από αυτά είναι η δύσπνοια, αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης καθώς και περιορισμένη κινητικότητα, τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν τη γενικότερη υγεία των ατόμων με ΚΑ και κατ' επέκταση και την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων (Heo et al., 2009)

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Παρότι έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ΠΖ δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ανάλογα με τις διαστάσεις της ΠΖ, που πρόκειται να μετρηθούν υιοθετείται ή δημιουργείται και ο αντίστοιχος ορισμός (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Heo et al. 2009, Υφαντόπουλος και συν. 2001).

Η ΠΖ στην ΚΑ και άλλες χρόνιες παθήσεις θεωρείται ως μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις:

- Τη σωματική 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
- Τη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, καθώς και την ικανοποίηση από τη ζωή και
- Την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει συζυγική και κοινωνική προσαρμογή καθώς και την ομαλή προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα (Πολυκανδριώτη και συν., 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ΠΖ στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του ΠΟΥ το 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο ως την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας (Νάκου., 2001).

Παρά τις σημαντικές προόδους στη θεραπεία της ΚΑ η ΠΖ των ατόμων με ΚΑ είναι ακόμα φτωχή. Οι επαγγελματίες υγείας που νοσηλεύουν αυτούς τους ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ΠΖ και να τους αντιμετωπίζουν με τις ανάλογες παρεμβάσεις (Lambrinou et al., 2011).

Επομένως, είναι σημαντικό να αξιολογείται η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ 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 (Lambrinou et al., 2011).

Οι έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999) τονίζουν τη σημασία αντιμετώπισης των παραγόντων αυτών, ούτως ώστε οι ασθενείς να καλλιεργήσουν μια θετική στάση απέναντι στην κατάσταση της υγείας τους.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι μελέτες που διερεύνησαν την ΠΖ ατόμων με ΚΑ, καθώς και τους παράγοντες που φαίνεται να την επηρεάζουν.

## **2. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

Η ΚΑ είναι η κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος, κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να εξωθήσει επαρκή ποσότητα αίματος, ικανή να αντιμετωπίσει τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Η ΚΑ δεν είναι νόσος, αλλά ένα σύνδρομο που οφείλεται σε διάφορες παθολογικές διεργασίες (Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

### **2.1 Παθοφυσιολογία Καρδιακής Ανεπάρκειας**

Συνήθως εμφανίζεται με κάμψη της αριστερής κοιλίας, η οποία είναι και το αίτιο που θα οδηγήσει σε ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας. Μπορεί να αφορά στην αριστερή ή τη δεξιά κοιλία ή και αμφότερες, όπως επίσης μπορεί να προκαλείται από συστολική ή διαστολική δυσλειτουργία ή και αμφότερες. Στην ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας η συστολική ΚΑ εμφανίζεται μετά από μυοκαρδιακή προσβολή (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, παρατεταμένη φόρτιση πίεσης ή όγκου) και έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας και την ενεργοποίηση μηχανισμών, όπως είναι η φόρτιση πίεσης, φόρτιση όγκου, πρωτοπαθής ελάττωση της κοιλιακής συσταλτικότητας και περιορισμός της κοιλιακής πλήρωσης (Nair and Peate. 2012, Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

Η διαστολική ανεπάρκεια είναι παρούσα στο 30-40% των ασθενών με ΚΑ και μπορεί να χαρακτηριστεί ως η αδυναμία της αριστερής κοιλίας να δεχθεί τον απαιτούμενο όγκο αίματος, χωρίς την αύξηση της διαστολικής πίεσης (Nair and Peate. 2012, Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

Η ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας είναι λιγότερο συχνή. Πρόκειται για μια μορφή ΚΑ στην οποία η δεξιά κοιλία αδυνατεί να προωθήσει στους πνεύμονες το αίμα το οποίο έρχεται από τις φλέβες της συστηματικής κυκλοφορίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η φλεβική κυκλοφορία να συμφορείται και η οξυγόνωση του αίματος να συναντά πολλές δυσκολίες. Ως ολική ΚΑ ή συμφορητική ΚΑ χαρακτηρίζεται η ανεπάρκεια και των δύο κοιλιών στην οποία τα συμπτώματα είναι μικτά και αφορούν στην αριστερή και στη δεξιά κοιλία (Nair and Peate. 2012, Ακύρου. 2005).

## **2.2 Διαχείριση Ασθενών Με Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Η διαχείριση των ασθενών με ΚΑ στοχεύει στην αντιμετώπιση των σημείων και συμπτωμάτων με τελικό σκοπό τη βελτίωση της ΠΖ των ατόμων με ΚΑ. Η διαχείριση των ασθενών με ΚΑ μπορεί να περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, τον περιορισμό των υγρών, τη διακοπή καπνίσματος και της λήψης αλκοόλ, σε θέματα που αφορούν την αποφυγή αλατιού στο φαγητό, το καθημερινό ζύγισμα των ασθενών, την άσκηση όπου είναι εφικτό και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, είναι δυνατό να περιλαμβάνει και την διαχείριση της ΚΑ με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής όπως είναι τα διουρητικά, οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ΑΜΕΑ), οι β-αναστολείς και οι ανταγωνιστές της αλδοστερόνης (Nair and Peate. 2012, Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

## **3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν μια χρόνια και απειλητική κατάσταση, για τη ζωή τους, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη κόπωση και δύσπνοια, επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης και αυξημένες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Τα παραπάνω προβλήματα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ ασθενών με ΚΑ και έχουν οδηγήσει σε μια αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της υγείας που σχετίζονται με την ΠΖ. Η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ΠΖ σε αυτούς τους ασθενείς θα βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση των αρνητικών επιπτώσεων αυτής της ασθένειας (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Braunwald. 2005, Στέφα. 2002).

### **3.1 Εργαλεία Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Στις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Heo et al, 2009 Rustoen et al. 2008, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007, Luttik et al. 2006, Lee et al. 2005, Gott et al. 2005, Juenger et al. 2002, Jaarsma et al. 1999) έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης για την αξιολόγηση της ΠΖ ατόμων με ΚΑ. Πιο κάτω αναφέρονται τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες, που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία.

### 3.1.1 Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ):

Το ερωτηματολόγιο MLHF σχεδιάστηκε με σκοπό τη μέτρηση των επιδράσεων της ΚΑ στην ΠΖ του ατόμου. Αποτελείται από 21 ερωτήσεις τα οποία περιλαμβάνουν δύο υποκλίμακες, τη συναισθηματική και τη σωματική. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν θέματα όπως είναι το οίδημα των κάτω άκρων, η σεξουαλική δραστηριότητα, η παραμονή στο νοσοκομείο, το κόστος και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και οι περιορισμοί στην εργασία και την ψυχαγωγία (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008 Franzen et al. 2007).

### 3.1.2 Short Form-36 (SF-36):

Το SF-36 αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ΠΖ. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και οι 36 ερωτήσεις που περιλαμβάνει συνθέτουν οκτώ κλίμακες (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) οι οποίες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και της συναισθηματικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά για άτομα 14 ετών και άνω. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται στα 5-10 λεπτά (Σπυράκη και συν. 2008, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Juenger et al. 2002).

### 3.1.3 Short Form-12 Health Survey Questionnaire (SF-12):

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε ως μια πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36. Σκοπός ήταν να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και συναισθηματικής υγείας αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική υγεία και συναισθηματική υγεία-ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης της υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων (Franzen et al. 2007).

#### 3.1.4 EuroQol (EQ-5D) :

Το EQ-5D μελετά τη σωματική, την κοινωνική και τη συναισθηματική υγεία μέσα από πέντε διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος-δυσφορία και άγχος-κατάθλιψη), οι οποίες διαβαθμίζονται σε τρία επίπεδα (κανένα, μερικό και σημαντικό πρόβλημα) (Σπυράκη και συν. 2008).

#### 3.1.5 Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ):

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει 23 προτάσεις και αξιολογεί την κατάσταση υγείας σε ασθενείς με ΚΑ. Πιο συγκεκριμένα το KCCQ αξιολογεί τη σωματική λειτουργία, τα συμπτώματα (συχνότητα, την σοβαρότητα και την πρόσφατη αλλαγή), την κοινωνική λειτουργία, την αυτό-αποτελεσματικότητα, την γνώση και την ΠΖ (Gott et al. 2005).

#### 3.1.6 Cantril Ladder of Life :

Το εργαλείο μέτρησης Cantril Ladder of Life χρησιμοποιείται σε μελέτες με καρδιακές παθήσεις. Περιλαμβάνει μια κλίμακα από το μηδέν έως το δέκα, με το μηδέν να ισοδυναμεί με τη χειρότερη ΠΖ και το δέκα με την καλύτερη ΠΖ, για εκτίμηση της συνολικής ευημερίας των ατόμων (Luttik et al. 2006).

#### 3.1.7 Chinese Version of the Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ-C):

Το CHQ-C είναι η κινέζικη έκδοση του Chronic Heart Failure Questionnaire και μετράει την ΠΖ σε ασθενείς με χρόνια ΚΑ (Lee et al. 2005).

#### 3.1.8 Chinese Versions of Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS-C):

Το CHQ-C είναι ένα ερωτηματολόγιο κινέζικης έκδοσης και εστιάζεται στην συναισθηματική υγεία. Εστιάζεται σε ένα μόνο σύμπτωμα και σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό το εργαλείο μέτρησης μετρά την ΠΖ ατόμων που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια και περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα συμπτώματα, τις επιπτώσεις και τη θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας (Lee et al. 2005).

### 3.1.9 Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C):

Το MOS-SSS-C είναι και αυτό ένα ερωτηματολόγιο κινέζικης έκδοσης το οποίο εστιάζεται στην κοινωνική διάσταση. Όπως και το πιο πάνω εργαλείο μέτρησης, CHQ-C, το MOS-SSS-C εστιάζεται σε ένα μόνο σύμπτωμα και σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό το εργαλείο μέτρησης μετρά την ΠΖ ατόμων που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια και περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα συμπτώματα, τις επιπτώσεις και τη θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας (Lee et al. 2005).

### 3.1.10 Heart Failure Functional Status Inventory:

Το H.F Functional Status Inventory είναι ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις που σχετίζονται με τις σωματικές δραστηριότητες, στο οποίο οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν ποιες δραστηριότητες μπορούν να εκτελέσουν (Jaarsma et al. 1999).

### 3.1.11 Questionnaire on symptom occurrence, symptom severity and symptom distress:

Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί τα συμπτώματα ανάλογα με την εμφάνισή τους, την σοβαρότητα και την πρόσφατη αλλαγή. Μπορούν να αξιολογηθούν διάφορα συμπτώματα, όπως είναι οι διαταραχές στον ύπνο, η απώλεια της όρεξης, η κόπωση, η δύσπνοια κ.α. (Jaarsma et al. 1999).

### 3.1.12 Psychosocial Adjustment to Illness Scale:

Υπάρχουν 45 ερωτήσεις που συνθέτουν το Psychosocial Adjustment to Illness Scale και αφορούν 7 κύριες διαστάσεις της ΠΖ, οι οποίες είναι η φροντίδα υγείας, το επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον, το οικιακό περιβάλλον, οι σεξουαλικές σχέσεις, οι ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, το κοινωνικό περιβάλλον και η ψυχολογική κατάπτωση (Jaarsma et al. 1999).

### 3.1.13 Overall Well-Being Scale:

Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων βαθμολογούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα. Μελετά την γενική υγεία και την διακρίνει σε επτά κατηγορίες (Jaarsma et al. 1999).

#### 3.1.14 Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA):

Η κλίμακα ASA αποτελείται από 24 ερωτήσεις και αξιολογεί την ικανότητα αυτοφροντίδας των ασθενών. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από το 24-124 με το 24 να αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατότητα και το 124 την μέγιστη δυνατότητα για αυτοφροντίδα (Jaarsma et al. 1999).

#### 3.1.15 Heart Failure Self-care Behavior Scale:

Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 18 ερωτήσεις στην οποία οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν με ένα ναι ή όχι τις ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν δραστηριότητες που σχετίζονται με την ΚΑ (Jaarsma et al. 1999).



**4. ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια.

#### **4.1. Επιμέρους Στόχοι:**

1. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ ατόμων με ΚΑ.
2. Ποιες διαστάσεις (κοινωνικές, οικογενειακές κ.α.) επηρεάζονται από την ΚΑ και έχουν αντίκτυπο στην ΠΖ των ατόμων με ΚΑ.

**5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Medline, Google Scholar). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: heart failure, quality of life, influencing factors, pain σε συνδυασμό μεταξύ τους. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε από τέλος Νοεμβρίου 2011 μέχρι τέλος Ιανουαρίου 2012.

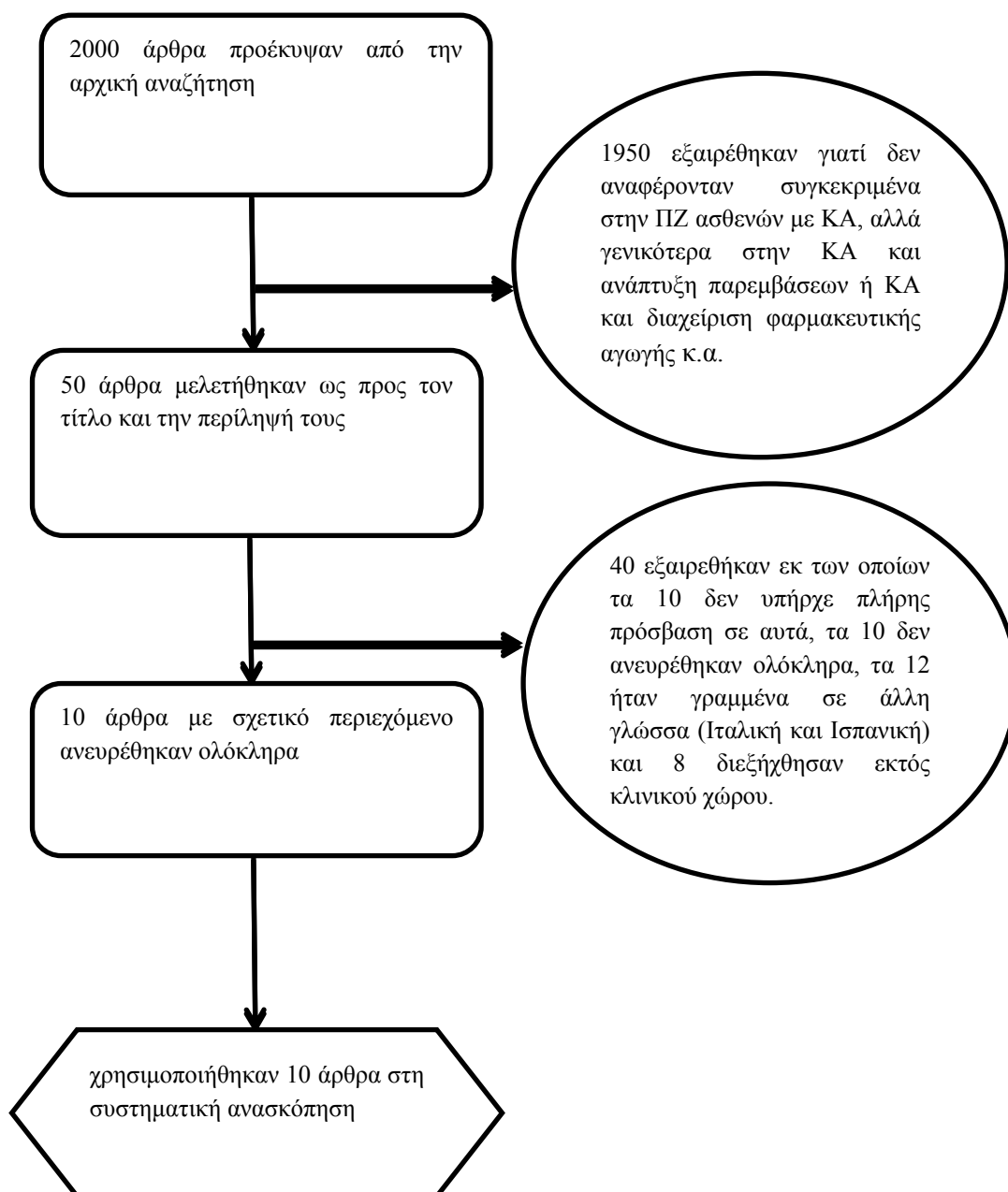
**5.1. Κριτήρια Επιλογής:** Τα άρθρα που επιλέχθηκαν έπρεπε να είναι γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα και να εντοπίζονται ολόκληρα. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικες, ο χώρος διεξαγωγής των μελετών έπρεπε να είναι εντός κλινικού χώρου και τα άρθρα να αναφέρονται ή να αξιολογούν ή να συγκρίνουν την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ. Επίσης συμπεριλήφθηκαν μελέτες οι οποίες έγιναν εντός του χρονικού διαστήματος 1999-2011.

**5.2. Κριτήρια Αποκλεισμού:** Τα άρθρα που δεν αξιολογήθηκαν από επιστημονική επιτροπή, οι πιλοτικές μελέτες και έρευνες που διεξήχθησαν εκτός κλινικού χώρου αποκλείστηκαν.

**5.3. Μέθοδος Αναζήτησης:** Από την αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 2000 άρθρα. Από αυτά τα άρθρα 1950 εξαιρέθηκαν γιατί αναφέρονταν γενικά στην ΚΑ. Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης βρέθηκαν σχετικά 50 άρθρα. Τα 10 από αυτά αποκλείστηκαν γιατί δεν υπήρχε πλήρης πρόσβαση σε αυτά, τα 10 δεν ανευρέθηκαν ολόκληρα τα άρθρα, τα 12 ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα (Ιταλική και Ισπανική γλώσσα) και τα 8 διεξήχθησαν εκτός κλινικού χώρου. Από την ανάγνωση ολόκληρων των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη

10 άρθρα τα οποία ανταποκρίνονταν στο σκοπό της μελέτης. Στο Σχήμα 1 περιγράφεται η μέθοδος αναζήτησης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

**Σχήμα 1: Μέθοδος Αναζήτησης Άρθρων**



## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις μελέτες που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση οι εννέα ήταν ποσοτικές έρευνες και η μια ποιοτική έρευνα (Heo et al. 2009). Σε μια έρευνα οι Luttik et al. (2006) χρησιμοποίησαν ποσοτική και ποιοτική μεθοδολογία. Εντοπίστηκαν έξι συγχρονικές έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Franzen et al. 2007, Lee et al. 2005, Juenger et al. 2002, Jaarsma et al. 1999), μια μελέτη παρατήρησης (Σπυράκη και συν. 2008) και μια προοπτική μελέτη (Gott et al. 2005).

Οι τρεις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Lee et al. 2005) είχαν ως κύριο σκοπό τους την αξιολόγηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ ήταν μέρος του κύριου σκοπού ή ως επιμέρους σκοπός σε έξι έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Rustoen et al. 2008, Franzen et al. 2007, Lee et al. 2005, Jaarsma et al. 1999). Μια έρευνα είχε σκοπό τη σύγκριση της ΠΖ ασθενών με ΚΑ με τον υγιή πληθυσμό και με άλλες χρόνιες ασθένειες (Juenger et al. 2002). Οι Luttik et al. (2006) στην έρευνα τους είχαν ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση συσχέτισης της ΠΖ των ασθενών με ΚΑ με την οικογενειακή τους κατάσταση. Η έρευνα των Rustoen et al. (2008) είχε ως σκοπό την περιγραφή της σοβαρότητας του σωματικού πόνου που επηρεάζει την ΠΖ στους ασθενείς με ΚΑ. Η ποιοτική έρευνα των Heo et al. (2009) είχε ως κύριο σκοπό να διερευνήσει πώς οι ίδιοι οι ασθενείς με ΚΑ αντιλαμβάνονται και πώς ορίζουν την ΠΖ τους.

Όπως καθορίστηκε από τα κριτήρια επιλογής οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικες, ο χώρος διεξαγωγής των ερευνών έπρεπε να είναι εντός κλινικού χώρου και τα άρθρα να αναφέρονται ή να αξιολογούν ή να συγκρίνουν την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.

Ως προς το μέγεθος του δείγματος οι έρευνες είχαν δείγμα από 90-750 άτομα και η ποιοτική έρευνα των Heo et al. (2009) είχε δείγμα 20 άτομα.

Οι έρευνες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Heo et al. 2009), στην Ελλάδα (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008), στη Νορβηγία (Rustoen et al. 2008), στη Σουηδία (Franzen et al. 2007), στην Ολλανδία

(Luttik et al.2006, Jaarsma et al. 1999), στην Κίνα (Lee et al. 2005), στην Αγγλία (Gott et al. 2005) και στη Γερμανία (Juenger et al. 2002).

### **6.1. Εργαλεία Αξιολόγησης Ποιότητας Ζωής Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Το εργαλείο μέτρησης Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire χρησιμοποιήθηκε από τρεις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008 Franzen et al. 2007) και το εργαλείο μέτρησης Short Form-12 Health Survey Questionnaire χρησιμοποιήθηκε από τους Franzen et al. (2007). Τέσσερις έρευνες (Σπυράκη και συν. 2008, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Juenger et al. 2002) χρησιμοποίησαν το SF-36. Η Σπυράκη και συν. (2008) χρησιμοποίησαν το SF-36 μαζί με το εργαλείο μέτρησης EQ-5D. Στην έρευνα των Gott et al. (2005) το SF-36 χρησιμοποιήθηκε μαζί με το εργαλείο μέτρησης Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. Στις δύο τελευταίες (Rustoen et al. 2008, Juenger et al. 2002 ) χρησιμοποιήθηκε μόνο του το εργαλείο μέτρησης SF-36. Το Cantril Ladder of Life αποτέλεσε εργαλείο μέτρησης για την έρευνα των Luttik et al. (2006). Οι Lee et al. (2005) χρησιμοποίησαν τρία εργαλεία μέτρησης: το Chinese Version of the Chronic H.F. Questionnaire (CHQ-C), το Chinese Versions of Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS-C) και το Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C). Οι Jaarsma et al. (1999) χρησιμοποίησαν τα εργαλεία μέτρησης Heart Failure Functional Status Inventory, το Questionnaire on symptom occurrence, symptom severity and symptom distress, το Psychosocial adjustment to illness, το Overall well-being, το Self-care Agency Scale (ASA) και το Heart Failure Self-care Behavior Scale. Στην ποιοτική έρευνα των Heo et al (2009) οι ερευνητές έπαιρναν συνέντευξη από το κάθε άτομο ξεχωριστά κάνοντας ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις εστιάζονταν στις επιπτώσεις της ΚΑ στην ΠΖ των ατόμων, τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ τους, το πώς αξιολογούν οι ίδιοι την ΠΖ τους και πώς ορίζουν την ΠΖ.

### **6.2. Παράγοντες Που Επηρεάζουν Την Ποιότητα Ζωής Ατόμων Με Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Κάποιες μελέτες έδειξαν ότι η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ επηρεάζεται αρνητικά από διάφορους παράγοντες, όπως το φύλο (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999), η ηλικία (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999), η σοβαρότητα της

ΚΑ (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Franzen et al. 2007), το άγχος (Lee et al. 2005), η κατάθλιψη (Lee et al. 2005, Gott et al. 2005), το μορφωτικό επίπεδο (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Lee et al. 2005) και η συννοσηρότητα (Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999). Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ ατόμων με ΚΑ, όπως ανεδείχθησαν στις έρευνες.

**Πίνακας 1:** Παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ατόμων με Καρδιακή Ανεπάρκεια

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΕΡΕΥΝΕΣ
1. Φύλο	✓ Πολυκανδριώτη και συν. 2009, ✓ Rustoen et al. 2008, ✓ Gott et al. 2005, ✓ Jaarsma et al. 1999
2. Ηλικία	✓ Πολυκανδριώτη και συν. 2009, ✓ Rustoen et al. 2008, ✓ Gott et al. 2005, ✓ Jaarsma et al. 1999
3. Σοβαρότητα της ΚΑ	✓ Πολυκανδριώτη και συν. 2009, ✓ Franzen et al. 2007
4. Άγχος	✓ Lee et al. 2005
5. Κατάθλιψη	✓ Lee et al. 2005, ✓ Gott et al. 2005
6. Μορφωτικό Επίπεδο	✓ Πολυκανδριώτη και συν. 2009, ✓ Rustoen et al. 2008, ✓ Lee et al. 2005
7. Συννοσηρότητα	✓ Gott et al. 2005, ✓ Jaarsma et al. 1999

### 6.3 Υποκλίμακες Και Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής

Οι έξι από τις σχετικές μελέτες αξιολόγησαν τη σωματική υγεία, είτε άμεσα είτε διαμέσου των υποκλιμάκων της (Heo et al. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007, Lee et al. 2005, Juenger et al. 2002, Jaarsma et al. 1999). Η σωματική υγεία θεωρήθηκε ότι έχει το σημαντικότερο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των ασθενών (Heo et al. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007). Μια έρευνα (Jaarsma et al. 1999) έδειξε ότι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς με ΚΑ είναι η αυτοφροντίδα και λίγοι ήταν οι συμμετέχοντες οι οποίοι μπορούσαν να εκτελέσουν διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Στην έρευνα τους οι Juenger et al. (2002) σύγκριναν την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ με άλλες ασθένειες και με τον υγιή πληθυσμό, αποδεικνύοντας ότι η σωματική υγεία επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.

Η συναισθηματική υγεία ερευνήθηκε από τρεις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007) οι οποίες ανέφεραν στα αποτελέσματα τους χαμηλή βαθμολογία. Η έρευνα των Lee et al. (2005) αναφέρει ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος για ανάπτυξη κατάθλιψης. Οι Juenger et al. (2002) στην έρευνα τους ανέφεραν ότι οι ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ έχουν χειρότερη ΠΖ όσον αφορά στη συναισθηματική υγεία και οι ίδιοι οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η προσωπική και υλική υποστήριξη έχει θετικό αντίκτυπο στην ΠΖ τους. Στην έρευνα των Heo et al. (2009) οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η καλή διάθεση έχει θετικό αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ΠΖ τους. Δύο έρευνες (Σπυράκη και συν. 2008, Lee et al. 2005) είχαν καλύτερη βαθμολογία στο τομέα της κοινωνικής λειτουργίας.

Ο πόνος ως ξεχωριστή διάσταση αξιολογήθηκε σε τέσσερις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Heo et al. 2009, Rustoen et al. 2008, Juenger et al. 2002). Αξιολογήθηκε μόνος του με την έννοια "σωματικός πόνος" σε 3 έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Juenger et al. 2002) και στην έρευνα των Heo et al. (2009) αξιολογήθηκε βάση των σωματικών συμπτωμάτων.

Στην έρευνα τους οι Luttik et al. (2006) η οποία είχε μεικτή μεθοδολογία χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ΠΖ και συνέντευξη για να δουν την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο του «ευ-ζην». Η έρευνα έδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ ασθενών με ΚΑ.

Στην ποιοτική έρευνα των Heo et al. (2009) οι ασθενείς ορίζουν ως ΠΖ την ικανότητα να εκτελούν σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, να αντιλαμβάνονται τους θετικούς και αρνητικούς παράγοντες και να ζουν ευτυχισμένοι.

Οι διαστάσεις της ΠΖ των ατόμων που βρέθηκαν να επηρεάζονται από την ΚΑ είναι η σωματική υγεία, η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος.

Πιο κάτω, στον Πίνακα 2 διαφαίνονται τα αποτελέσματα και τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών και ποιοτικών μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

**Πίνακας 2:** Αποτελέσματα και χαρακτηριστικά ποσοτικών μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Πολυκανδριώτη και συν. 2009	Ελλάδα	Ομάδα παρέμβασης 139 ασθενείς (110 άνδρες, 29 γυναίκες)	Συγχρονική Μελέτη	Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΚΑ και οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται.	MLHFQ	Η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ χαρακτηρίζεται μειωμένη και επηρεάζεται από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, ηλικία, σοβαρότητα ΚΑ και το μορφωτικό επίπεδο
Σπυράκη και συν. 2008	Ελλάδα	153 ασθενείς 104 με ΣΝ και 49 με ΚΑ. Ομάδα παρέμβασης 49 άτομα (28 άνδρες και 21 γυναίκες)	Μελέτη Παρατήρησης	Η εκτίμηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ και οι διαστάσεις της ΠΖ που επηρεάζονται	SF-36, EQ-5D	Η ΚΑ επηρεάζει διαστάσεις της ΠΖ όπως η συναισθηματική και σωματική διάσταση.
Rustoen et al. 2008	Νορβηγία	Ομάδα παρέμβασης 93 ασθενείς (60 άνδρες, 33 γυναίκες)	Συγχρονική μελέτη	Η περιγραφή της σοβαρότητας του σωματικού πόνου που επηρεάζει την ΠΖ στους ασθενείς με ΚΑ, καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ.	SF-36 , MLHFQ	Αυτή η μελέτη κατέδειξε πως δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, συγκατοίκηση μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζονται με τον πόνο παρ'όλο που μόνο η σοβαρότητα της ΚΑ.



Franzen et al. 2007	Σουηδία	694 άτομα  Ομάδα παρέμβασης 357 άτομα (170 γυναίκες, 187 άνδρες)  Ομάδα ελέγχου 337 άτομα	Συγχρονική Μελέτη	Διερεύνηση της ΠΖ των ασθενών με ΚΑ και προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν.	MLHFQ,  SF-12	Η σοβαρότητα των ΚΑ σχετίζεται έντονα με την ΠΖ ασθενών με ΚΑ. Το φύλο, η ηλικία και η συνοσηρότητα σχετίζονται μόνο με μερικές διαστάσεις της ΠΖ.
Luttik et al. 2006	Ολλανδία	Ομάδα παρέμβασης 179 ασθενείς (57% άνδρες, 43% γυναίκες)	Ποσοτική και Ποιοτική Μελέτη	Η ΠΖ των ασθενών με ΚΑ σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση	Cantril Ladder of Life και συνέντευξη	Η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.
Gott et al. 2005	Αγγλία	748 ασθενείς  Ομάδα παρέμβασης 542 ασθενείς (293 άνδρες, 249 γυναίκες)  Ομάδα ελέγχου 206 ασθενείς	Προοπτική μελέτη	Προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.	SF-36 και Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	Το φύλο, η ηλικία και η κατάθλιξη και η συνοσηρότητα επηρεάζουν αρνητικά τους ασθενείς με ΚΑ. Η ΠΖ κατ' επέκταση επηρεάζεται και από την ΠΖ των ασθενών αυτών.

Lee et al. 2005	Κίνα	Ομάδα παρέμβασης 227 ασθενείς (108 άνδρες, 119 γυναίκες)	Συγχρονική Μελέτη	Προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν στην ΠΖ ασθενών με ΚΑ	CHQ-C, HADS-C, MOS-SSS-C	Το άγχος, η κατάθλιψη και το μορφωτικό επίπεδο είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ΠΖ των ασθενών.
Juenger et al. 2002	Γερμανία	Ομάδα παρέμβασης 205 ασθενείς (84,4% άνδρες, 15,6% γυναίκες)	Συγχρονική μελέτη	Σύγκριση της ΠΖ των ασθενών με ΚΑ μαζί με τον υγιή πληθυσμό και άλλες χρόνιες ασθένειες.	SF-36	Οι ασθενείς με ΚΑ έχουν μειωμένη ΠΖ σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό και τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C. Ανάμεσα στους ασθενείς με ΚΑ και ασθενείς με χρόνια αιμοκάθαρση δεν βρέθηκαν σημαντικά διαφορές. Αντίθετα οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο ΚΑ είχαν παρόμοια αποτελέσματα στην συναισθηματική διάσταση με τους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη.
Jaarsma et al. 1999	Ολλανδία	225 ασθενείς Ομάδα παρέμβασης 186 ασθενείς Ομάδα ελέγχου 39 ασθενείς.	Συγχρονική μελέτη	Ο καθορισμός της ΠΖ με ΚΑ και η περιγραφή παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ.	H.F. Functional Status Inventory, Questionnaire on symptom occurrence, symptom severity and symptom distress, το Psychosocial adjustment to illness, το Overall well-being, ASA, και το H.F. Self-care Behavior	Το φύλο και η ηλικία είναι οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ. Επίσης οι ασθενείς παρουσίασαν περισσότερα προβλήματα στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα σε αντίθεση με τον οικογενειακό.

**Πίνακας 3:** Αποτελέσματα και χαρακτηριστικά ποιοτικών μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΛΟ- ΓΙΑ	ΔΕΙΓΜΑ, ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Heo et al. 2009	<p><u>ΔΕΙΓΜΑ</u></p> <p>20 ασθενείς</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 άνδρες</li> <li>• 6 γυναίκες</li> </ul> <p><u>ΧΩΡΑ</u></p> <p>Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)</p>	<p>Να διερευνήσει το πως αντιλαμβάνονται και πως καθορίζουν οι ασθενείς με ΚΑ την ΠΖ τους</p>	<p>Ποιοτική μελέτη</p>	<p>Οι ασθενείς ορίζουν την ΠΖ τους ως:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Την ικανότητα τους να εκτελούν σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες</li> <li>✓ Την αντίληψη των θετικών και αρνητικών παραγόντων</li> <li>✓ Να ζουν ευτυχισμένοι</li> </ul>
Luttik et al. 2006	<p><u>ΔΕΙΓΜΑ</u></p> <p>Ομάδα παρέμβασης 179 ασθενείς (57% άνδρες, 43% γυναίκες)</p> <p><u>ΧΩΡΑ</u></p> <p>Ολλανδία</p>	<p>Να διερευνήσει αν η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.</p>	<p>Ποσοτική και Ποιοτική Μελέτη</p>	<p>Η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.</p>

## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ καθώς και τους παράγοντες που φαίνεται να την επηρεάζουν. Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν 10 μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Heo et al, 2009 Rustoen et al. 2008, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007, Luttik et al. 2006, Lee et al. 2005, Gott et al. 2005, Juenger et al. 2002, Jaarsma et al. 1999).

Μέσα από όλες τις έρευνες προκύπτει ότι οι ασθενείς με ΚΑ έχουν μειωμένη ΠΖ η οποία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Από τα αποτελέσματα των ερευνών (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999) αποδείχθη ότι το φύλο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ΠΖ ασθενών με ΚΑ. Συγκεκριμένα η ΠΖ των γυναικών φαίνεται να έχει περισσότερες επιπτώσεις σε σύγκριση με την ΠΖ των ανδρών. Μέσα από την έρευνα της Πολυκανδριώτη και των συνεργατών της (2009) ανεδείχθη ότι τα σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο επηρεάζουν περισσότερο αρνητικά την ΠΖ των γυναικών.

Ως προς την ηλικία βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, τόσο πιο αρνητικά επηρεάζεται η ΠΖ (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999). Στην έρευνα των Gott et al. (2005) η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται με την μειωμένη ΠΖ, όπως μετριέται από το γενικό εργαλείο SF-36 μέτρησης, αλλά δεν σχετίζεται με το εργαλείο μέτρησης συγκεκριμένης ασθένειας Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.

Η σοβαρότητα της ΚΑ, ανάλογα με το βαθμό, ήταν και αυτός ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες που σχετιζόταν με τη χαμηλή ΠΖ (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Franzen et al. 2007). Όσο πιο σοβαρό στάδιο βρίσκεται η ΚΑ, τόσο πιο χαμηλή παρουσιάζεται και η ΠΖ. Η έρευνα των Πολυκανδριώτη και συν. (2009) έδειξε πως τα άτομα με 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> βαθμού ΚΑ αξιολογούσαν περισσότερο αρνητικά την ΠΖ τους, σε σχέση με τα άτομα 1<sup>ο</sup> βαθμού, ενώ δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> βαθμού.

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, η μελέτη των Franzen et al. (2007) παρουσίασε διαφορετικά στοιχεία. Το κυριότερο εύρημα τους ήταν ότι η σοβαρότητα της ΚΑ

είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ. Το φύλο, η ηλικία και η συνοσηρότητα φάνηκε να επηρεάζουν μόνο μερικές από τις διαστάσεις της ΠΖ.

Οι συνυπάρχουσες νόσοι με την ΚΑ έδειξαν επιπτώσεις σε διάφορες διαστάσεις της ΠΖ (Gott et al. 2005, Jaarsma et al. 1999). Οι συμμετέχοντες της έρευνας Jaarsma et al. (1999) οι οποίοι είχαν ΚΑ και κάποια άλλη ασθένεια, όπως παθήσεις αναπνευστικού συστήματος ή σακχαρώδη διαβήτη, παρουσίασαν χαμηλότερη ΠΖ. Αντίθετα, η αρτηριακή υπέρταση ήταν η μόνη συνυπάρχουσα ασθένεια που δεν έδειξε να επηρεάζει την ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ. Στην έρευνα των Gott et al. (2005) τα άτομα που ανέφεραν συνοσηρότητα ήταν ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στον κίνδυνο για μειωμένη ΠΖ.

Οι ασθενείς με ΚΑ στην έρευνα των Juenger et al. (2002) συγκρίνονταν με τον υγιή πληθυσμό και άλλες χρόνιες ασθένειες όπως η χρόνια ηπατίτιδα C, χρόνια αιμοκάθαρση και μείζονα κατάθλιψη. Η έρευνα απέδειξε πως οι ασθενείς με ΚΑ παρουσίασαν μια πιο χαμηλότερη ΠΖ σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό.

Οι ασθενείς με ΚΑ είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, κατά 30% σε όλες τις διαστάσεις του SF-36. Ανάμεσα στους ασθενείς με χρόνια αιμοκάθαρση και ασθενείς με ΚΑ δεν βρέθηκαν σημαντικά διαφορές. Οι ασθενείς με ΚΑ φαίνεται να έχουν το ίδιο "μοτίβο" μειωμένης ΠΖ με τους ασθενείς με χρόνια αιμοκάθαρση.

Αντίθετα οι ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη σωματική υγεία από ότι οι ασθενείς με ΚΑ. Έτσι συμπεραίνεται ότι οι ασθενείς με ΚΑ είχαν χειρότερη ΠΖ σε σχέση με τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.

Σε σύγκριση με τους ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη το δείγμα των ασθενών με ΚΑ είχε χαμηλότερη βαθμολογία στη σωματική υγεία ενώ αντίθετα στη συναισθηματική υγεία είχε καλύτερη βαθμολογία. Οι ασθενείς όμως σε πιο προχωρημένο στάδιο ΚΑ (στάδιο 3) είχαν παρόμοια αποτελέσματα με το δείγμα ασθενών με μείζονα κατάθλιψη όσο αφορά την συναισθηματική υγεία. Σύμφωνα με την έρευνα των Juenger et al. (2002) οι ασθενείς με ΚΑ δεν βιώνουν σημαντική επιδείνωση μόνο της σωματικής υγείας αλλά και της συναισθηματικής, ενώ παράλληλα υποφέρουν από κατάθλιψη.

Η έρευνα των Rustoen et al. (2008) έδειξε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η συγκατοίκηση και το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζονται με τον πόνο, παρά μόνο η σοβαρότητα της ΚΑ.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να είναι ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλει στην επιρροή της ΠΖ ατόμων με ΚΑ. Στους ασθενείς με πρωτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε να επηρεάζεται περισσότερο αρνητικά η ΠΖ τους από ότι στους ασθενείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επομένως, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται με τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αλλά και για το υψηλό ποσοστό επανεισαγωγών στο νοσοκομείο (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Rustoen et al. 2008, Lee et al. 2005).

Παράγοντες που επίσης φαίνονται να έχουν αρνητική επίδραση στην ΠΖ είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Μέσα από την έρευνα των Gott et al. (2005) βρέθηκε ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης ήταν υψηλά και πάνω από τους μισούς ασθενείς εμφανίζουν ενδείξεις κατάθλιψης.

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε όλες τις έρευνες διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς οι οποίοι ήταν πολύ καλά ενημερωμένοι για το πρόβλημα υγείας τους αξιολογούσαν ως καλύτερη την ΠΖ τους σε σύγκριση με τα άτομα που ήταν λιγότερο ενημερωμένοι. Όπως φαίνεται ο βαθμός ενημέρωσης επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με ΚΑ.

Επιπλέον, η ΠΖ των ασθενών αυτών επηρεάζεται και από τον αριθμό των επισκέψεων στο νοσοκομείο (Πολυκανδριώτη και συν. 2009). Όσοι ασθενείς επισκέπτονταν το νοσοκομείο περισσότερο από δύο φορές το μήνα παρουσίασαν χαμηλότερη ΠΖ. Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στο τμήμα βραχείας νοσηλείας ανέφεραν ότι είχαν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Καρδιολογικό Τμήμα ή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

Η έρευνα των Luttik et al.(2006) απέδειξε πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την ΠΖ. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι άγαμοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη βαθμολογία δηλαδή χειρότερη ΠΖ σε σχέση με τους έγγαμους ασθενείς. Η μόνη διαφορά που προέκυψε ήταν ότι οι έγγαμοι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία στην ΠΖ κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο

και παρουσίασαν επίσης υψηλότερη βαθμολογία στις προσδοκίες για την ΠΖ τους στο μέλλον. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως μεγαλύτερη συχνότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο είχαν οι άγαμοι ασθενείς (49%) από ότι οι έγγαμοι ασθενείς (38%).

Οι Πολυκανδριώτη και συν. (2009) και οι Franzen et al. (2007) συμφωνούν με την έρευνα των Luttik et al. (2006) στο ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την ΠΖ. Το μόνο που φαίνεται να προσθέτουν οι Πολυκανδριώτη και συν. (2009) είναι πως οι άγαμοι ασθενείς βιώνουν τη συναισθηματική διάσταση πιο αρνητικά από ότι οι έγγαμοι ασθενείς, γεγονός που είναι πιθανό να οφείλεται στην κοινωνική απομόνωση και την έλλειψη συντροφικότητας που αισθάνεται αυτή η κατηγορία των ασθενών.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Johansson et al. (2006), φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα των πιο πάνω ερευνών σχετικά με τους παράγοντες που ευθύνονται για τη μειωμένη ΠΖ. Συγκεκριμένα, στην έρευνα τους οι Johansson et al. (2006), φαίνεται πως το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν σημαντικά την ΠΖ αυτών των ασθενών.

Με βάση τα αποτελέσματα των ερευνών, η ΠΖ σε ασθενείς με ΚΑ είναι χαμηλή σύμφωνα με τις διαστάσεις που την αποτελούν. Η σωματική υγεία, παράμετρος της ΠΖ, ορίζεται ως ο περιορισμός των σωματικών δραστηριοτήτων, όπως η αυτοφροντίδα, το ανέβασμα σκάλας, το περπάτημα, η ανύψωση ή και η κάμψη σώματος. Η σωματική υγεία αξιολογήθηκε από έξι έρευνες (Heo et al. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007, Lee et al. 2005, Juenger et al. 2002, Jaarsma et al. 1999). Στις τρεις από αυτές τις έρευνες (Heo et al. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007) απεδείχθη πως η σωματική υγεία είχε σημαντικότερο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των ασθενών από ότι οι άλλες διαστάσεις, όπως είναι η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Σπυράκη και συν. (2008) φαίνεται πως οι διαστάσεις της ΠΖ σωματική υγεία και συναισθηματική υγεία είναι χαμηλότερες από τις διαστάσεις διανοητική κατάσταση, ζωτικότητα και σωματικός πόνος. Αυτό υποδεικνύει ότι η σωματική υγεία των ασθενών επηρεάζεται περισσότερο από ότι επηρεάζονται η διανοητική κατάσταση, ζωτικότητα και σωματικός πόνος.

Στην έρευνα αυτή η χρήση του εργαλείου μέτρησης SF-36 φαίνεται ότι χαρακτηρίζεται από καλή ανταπόκριση σε ασθενείς με ΚΑ και δεν παρατηρούνται φαινόμενα "οροφής" (ceiling). Στην έρευνα των Jaarsma et al. (1999) απεδείχθη πως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΚΑ είναι η αυτοφροντίδα και λίγοι ήταν οι συμμετέχοντες οι οποίοι μπορούσαν να εκτελέσουν διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.

Τα συναισθηματικά προβλήματα που περιορίζουν την εργασία, τις καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες ορίζεται ως συναισθηματική υγεία. Σε αυτή την διάσταση συμπεριλαμβάνεται το άγχος και η κατάθλιψη. Η συγκεκριμένη διάσταση ερευνήθηκε από τρεις έρευνες (Πολυκανδριώτη και συν. 2009, Σπυράκη και συν. 2008, Franzen et al. 2007) οι οποίες ανέφεραν στα αποτελέσματα τους χαμηλή βαθμολογία στην ΠΖ. Με βάση τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας των Heo et al (2009) οι ασθενείς ορίζουν την ΠΖ τους ως την ικανότητα τους να εκτελούν σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, να αντιλαμβάνονται τους θετικούς και αρνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ τους, καθώς επίσης να ζουν ευτυχισμένοι.

Σύμφωνα με τις διαστάσεις βρέθηκε ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι στη σωματική υγεία τα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η δύσπνοια, πόνος στο στήθος, έχουν επιπτώσεις και συνεπώς αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ τους. Περισσότερο από 80% των ασθενών με ΚΑ έχουν σωματικά συμπτώματα όπως η δύσπνοια, η κόπωση, τα οιδήματα, οι διαταραχές στον ύπνο και ο πόνος στο στήθος. Οι συμμετέχοντες της έρευνας (Heo et al. 2009) ανέφεραν ότι η καλή διάθεση έχει θετικό αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ΠΖ τους και η διατήρηση μιας θετικής προοπτικής/στάσης θα τους βοηθούσε να διατηρήσουν μια καλύτερη ΠΖ.

Περίπου 30% έως 40% έχουν συναισθηματική δυσφορία, όπως είναι η κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται επίσης με τα σωματικά συμπτώματα και γενικότερα την σωματική υγεία. Επίσης, θεωρούν ότι η προσωπική και υλική υποστήριξη έχει θετικό αντίκτυπο στην ΠΖ ούτως ώστε να μην περιορίζονται οι κοινωνικές τους δραστηριότητες. Αντίθετα στην έρευνα των Lee et al. (2005) αναφέρεται ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος για ανάπτυξη κατάθλιψης.

Αρκετοί ασθενείς δήλωσαν πως η οικονομική τους κατάσταση επηρεάζει την ΠΖ τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα το γεγονός ότι μερικοί από αυτούς είχαν



δυσκολία στην αγορά των φαρμάκων τους. Η συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και η στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον επισημάνθηκε ως ένας τρόπος βελτίωσης της ΠΖ τους. Η προσευχή φαίνεται να είναι σημαντική και να βοηθάει στην καλύτερευση της ΠΖ, σύμφωνα με την άποψη των ασθενών, αλλά δεν έχει εξετασθεί ακόμα ο αντίκτυπος της πνευματικότητας στην ΠΖ των ασθενών με ΚΑ (Heo et al. 2009).

Η πλειοψηφία των ασθενών αξιολογεί την ΠΖ τους πολύ καλή ή καλή, ανεξάρτητα από τους περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή, όπως φαίνεται από τα λεγόμενα των ίδιων των ασθενών στην έρευνα των Heo et al. (2009). Η θετική αυτή αξιολόγηση οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι υπάρχουν και χειρότερες καταστάσεις.

Με την βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση ανευρέθηκε πως στην Κύπρο δεν υπάρχουν ακόμη κλινικές και ιατρικά ΚΑ.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν πολλά και πολύπλοκα προβλήματα. Εκτός από τα εξαντλητικά σωματικά συμπτώματα οι ασθενείς υποφέρουν από συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, οικονομική επιβάρυνση, καθώς και μεταβολές στην κοινωνική στήριξη.

Μέσα από τις έρευνες φαίνεται πως επηρεάζονται διάφορες διαστάσεις της ΠΖ, όπως η σωματική υγεία, η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος. Σε μερικές έρευνες φάνηκε πως η σωματική υγεία έχει σημαντικότερο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των ασθενών από ότι άλλες διαστάσεις όπως είναι η συναισθηματική υγεία και ο σωματικός πόνος.

Επίσης, οι παράγοντες που εντοπίστηκαν να σχετίζονται με τη χαμηλή ΠΖ των ασθενών είναι η ηλικία, το φύλο, η σοβαρότητα της ΚΑ (στάδιο), η κατάθλιψη, το άγχος, το μορφωτικό επίπεδο και η συνοσηρότητα. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (60 χρονών και άνω), οι γυναίκες, τα άτομα που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο ΚΑ, τα άτομα με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, με κατάθλιψη, άγχος, και τα άτομα που έχουν ΚΑ μαζί με κάποια ασθένεια παράλληλα (όπως αναπνευστικές παθήσεις), έχουν χαμηλότερη ΠΖ σύμφωνα με τις έρευνες.

Οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ ασθενών με ΚΑ και οι πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων και πιο ολοκληρωμένων προγραμμάτων διαχείρισης των ατόμων με ΚΑ. Η μέτρηση της ΠΖ παρέχει στους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να αξιολογούν καλύτερα την κατάσταση της υγείας των ασθενών, να αντιλαμβάνονται τους παράγοντες που την επηρεάζουν ώστε να μπορούν να αξιολογούν και να παρέχουν στους ασθενείς εξατομικευμένη ολιστική νοσηλευτική φροντίδα.

## **9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

Καλό θα ήταν να διεξαχθούν τέτοιου είδους μελέτες και στον πληθυσμό της Κύπρου για να αξιολογηθεί η ΠΖ των Κυπρίων ατόμων με ΚΑ και να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ζωή τους.

Με τη διεξαγωγή των μελετών και στην χώρα μας, οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές θα αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις και θα μπορούν να ενημερώνουν καλύτερα τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και την οικογένεια τους.

Μέσα από τις μελέτες αυτές, οι νοσηλευτές θα έχουν την δυνατότητα να αντιλαμβάνονται καλύτερα τους διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ, καθώς και τις διαστάσεις που επηρεάζονται και έχουν αντίκτυπο στην ΠΖ των ατόμων με ΚΑ. Επίσης, θα έχουν την δυνατότητα να σχεδιάζουν το κατάλληλο εξατομικευμένο πρόγραμμα διαχείρισης της ΚΑ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ακύρου, Β. Δ. 2005, «Εγχειρίδιο Καρδιολογική Νοσηλευτικής» Αθήνα: Γ΄ Έκδοση.
2. 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
3. Νάκου, Σ. 2001, «Η εκτίμηση της ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3) 254-266
4. Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ., Λιάπη, Ε. & Κυρίτση, Ε. 2009, «Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια», *Νοσηλευτική*, 48(1): 94–104
5. Σπυράκη, Χ., Καϊτελίδου, Δ., Παπακωνσταντίνου, Β., Πρεζεράκος, Π. & Μανιαδάκης, Ν. 2008, «Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 49: 147-154
6. Στέφα, Μ. 2002, «Καρδιολογική Νοσηλευτική», Γ΄ Έκδοση.
7. Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. 2001, «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):218–229
8. Braunwald, E., Zipes, D. P., Libby, P. & Bonow, R. O. 2005, "Καρδιολογία" 7<sup>η</sup> Έκδοση: Mentor.
9. Franzén, K., Saveman, B. & Blomqvist, K. 2006, "Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 112-120.

10. Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S. & Small, N. 2006, "Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care", *Age and ageing*, vol. 35, no. 2, pp. 172-177.
11. Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K. 2009, "Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients", *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 38, no. 2, pp. 100-108.
12. Jaarsma, T., Halfens, R., Abu-Saad, H.H., Dracup, K., Stappers, J. & van Ree, J. 1999, "Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure", *European journal of heart failure*, vol. 1, no. 2, pp. 151.
13. 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.
14. Johansson, P., Dahlström, U., Broström, A., Hjärtcentrum, Institutionen för medicin och vård, Omvårdnad, Kardiologi, Kardiologiska kliniken, Östergötlands Läns Landsting, Hälsouniversitetet & Linköpings universitet 2006, "Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature", *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 5, no. 1, pp. 5-15.
15. Lambrinou. E., Kalogirou, F., Lamnisos, D., & Sourtzi. P, 2011, "Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis" *International Journal of Nursing Studies*

16. Lee, D.T.F., Yu, D.S.F., Woo, J. & Thompson, D.R. 2005, "Health-related quality of life in patients with congestive heart failure", *European journal of heart failure*, vol. 7, no. 3, pp. 419.
17. Luttik, M.L., Jaarsma, T., Veeger, N. & van Veldhuisen, D.J. 2006, "Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure", *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, vol. 35, no. 1, pp. 3-8.
18. Nair, M. & Peate, I. 2012, «*Παθοφυσιολογία: Βασικές Αρχές Εφαρμοσμένης Παθολογικής Φυσιολογίας*» Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
19. Rustøen, T., Stubhaug, A., Eidsmo, I., Westheim, A., Paul, S.M. & Miaskowski, C. 2008, "Pain and Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 36, no. 5, pp. 497-504.