

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



Πτυχιακή Εργασία

Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου

Όνομα Φοιτητή: Λεόντιος Σιάφκου

Αριθμός φοιτητικής ταυτότητας: 2008797461

Λεμεσός 2014

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου

Όνομα Φοιτητή: Λεόντιος Σιάφκου

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Μαρία
Δημητρίου**

Λεμεσός 2014

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την κατανόηση και υποστήριξη, καθώς και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη βοήθεια της Δρ Μαρίας Δημητρίου που μου συμπαραστάθηκε στην εκπόνηση της πτυχιακής μου μελέτης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Μια από τις συχνότερες καρδιοπάθειες η οποία ταλαιπωρεί τον άνθρωπο την σήμερα ημέρα είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το ΕΜ είναι μια πάθηση η οποία οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη ενός κλάδου των στεφανίων αρτηριών λόγω ρήξης ή διάβρωσης της αθηρωματικής πλάκας και δημιουργίας θρόμβου, ο οποίος αποφράσσει πλήρως την υπεύθυνη στεφανιαία αρτηρία με αποτέλεσμα την διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου. Αυτή η πάθηση προκαλεί πολλά προβλήματα στους επιζώντες και διαφοροποιεί τον τρόπο ζωής τους.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, και η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι βελτιώνουν ή επιδεινώνουν την κατάσταση της υγείας τους και τον τρόπο ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος: Η αναζήτηση των άρθρων που αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας ανασκόπηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Medline, Pub Med, Cinahl και Google Scholar» χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των λέξεων κλειδιά: “quality of life, health related quality of life, outcomes, myocardial infarction» από το 2009 μέχρι το 2013 σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς (AND, OR).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς > 65 ετών είχαν χαμηλότερα σκορ από τους υπόλοιπους στις κλίμακες και στα ερωτηματολόγια ($p < 0,005$). Η ανάλυση του PTSS έδειξε ότι οι περισσότερες μέρες νοσηλείας ($p < 0.01$), το νεαρότερο της ηλικίας ($p < 0.05$), η σοβαρότερη απειλή για θάνατο ($p < 0.01$) και το σοβαρότερο του ΕΜ ($p < 0.05$) αυξάνουν την πιθανότητα για ΟΔΣ. Αντίθετα οι ασθενείς με βελτιωμένη υποστήριξη είχαν καλύτερα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένου υψηλότερης ποιότητας ζωής σε συγκεκριμένες ασθένειες ($p < 0.002$), υψηλότερη γενικότερα νοητική λειτουργία ($p < 0.002$) και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($p < 0.002$). Οι ασθενείς με διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη είχαν υψηλότερο σκορ στο EQ-5D ($p < 0.004$) από εκείνους που δεν έκαναν. Επίσης οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερα αποτελέσματα στην PCS σε σύγκριση με τους άντρες .

Συμπεράσματα: Φτωχότερη ποιότητα ζωής φάνηκε να υπάρχει σε ασθενείς οι οποίοι ήταν πιο μεγάλης ηλικίας, ασθενείς οι οποίοι είχαν χαμηλό υποστηρικτικό δίκτυο και ασθενείς οι οποίοι δεν ακολούθησαν κάποια χειρουργική επέμβαση. Σημαντικές

διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στα δύο φύλα με τις γυναίκες να έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: “quality of life, health related quality of life, outcomes, myocardial infarction».

ABSTRACT

Introduction: One of the most common heart disease which plagued humans now days is the myocardial infraction. The myocardial infraction is a condition which is caused by sudden blockage of a branch of the wreath artery rupture or erosion of atherosclerotic plague and blood clots, which completely occludes the responsible coronary artery resulting in interruption of blood circulation. This results in the necrosis of a region of the myocardium. This condition causes many problems for survivors and diversifies their lifestyle.

Purpose: To evaluate the quality of life of patients after myocardial infraction and to investigate the factors that improve or worsen the condition of their health and lifestyle.

Material and methods: The search for articles that are the subjects of this review was to computerized databases «Medline, Pub Med, Cinahl και Google Scholar» using combinations of the keywords : “quality of life, health related quality of life, outcomes, myocardial infarction» from 2009 to 2013 in all possible combinations (AND, OR).

Results: Patients > 65 years had lower scores than other scales and questionnaires (p 0,005). The analysis showed that PTSS more hospital days (p<0.01), the youngest age (p<0.05), the most serious threat of death (p<0.01) and the most serious of myocardial infraction (p<0.05) increase the probability for acute stress disorder. Unlike patients with improved support had better outcome, including higher quality of life in specific diseases (p<0.002), higher general mental functioning (p<0.002) and fewer depressive symptoms (p<0.002). Patients with percutaneous coronary bypass had higher scores on EQ-5D (p<0.004) than those who did not. Also women showed lower results in PCS compared with men.

Conclusions: Poorer quality of life seemed to be in patients who were higher age, patients who had low Supporters nets and patients who did not follow some surgery. Significant differences were found between the sexes with women have a worse prognosis.

Key words: “quality of life, health related quality of life, outcomes, myocardial infarction».

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	ix
1. Εισαγωγή	1
1.2. Εννοιολογικό Πλαίσιο	2
1.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΖ.....	4
1.3. Θεωρητικό Πλαίσιο	7
2. Σκοπός.....	9
3. Υλικό και Μέθοδος.....	10
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	13
4.1. Ποιότητα ζωής μετά από ΕΜ.....	13
4.2 Επιπτώσεις της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου	26
4.3 Επίδραση της κοινωνικής συνοχής στην ποιότητα ζωής.....	30
4.4 Επιπτώσεις της κόπωσης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου	34
4.5 Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη.....	38
5. Συζήτηση.....	42
5.1 Περιορισμοί μελέτης.....	44
6. Συμπεράσματα και Εισηγήσεις.....	44
7. Βιβλιογραφία	45

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου (7)

Πίνακας 2. Επιπτώσεις της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου (2)

Πίνακας 3. Επίδραση της κοινωνικής συνοχής στην ποιότητα ζωής (2)

Πίνακας 4. Επιπτώσεις της κόπωσης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (2)

Πίνακας 5. Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη (2)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής αναζήτησης (Πηγή – Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η.2010).....	
Εικόνα 2.Θεματικές ενότητες που προέκυψαν από την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.	

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΖ : Ποιότητα ζωής

ΣΥΠΖ: Σχετικά με την υγεία ποιότητα ζωής

ΕΜ: Έμφραγμα του μυοκαρδίου

1.Εισαγωγή

Μια από τις συχνότερες καρδιοπάθειες η οποία ταλαιπωρεί τον άνθρωπο την σήμερα ημέρα είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου το οποίο προκαλεί αρκετά προβλήματα στους επιζώντες.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια πάθηση η οποία οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη ενός κλάδου των στεφανίων αρτηριών λόγω ρήξης ή διάβρωσης της αθηρωματικής πλάκας και δημιουργίας θρόμβου, ο οποίος αποφράσσει πλήρως την υπεύθυνη στεφανιαία αρτηρία με αποτέλεσμα την διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη νέκρωση μιας περιοχής του μυοκαρδίου. Το έμφραγμα τού μυοκαρδίου προσβάλλει συνήθως τούς άνδρες (με αναλογία 5 προς 1 σε σχέση με τις γυναίκες) στην ηλικία μεταξύ 50 και 60 ετών. Η κύρια αιτία του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η απόφραξη της αρτηρίας που τροφοδοτεί με αίμα την καρδιά. Από τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις είναι τώρα η κύρια αιτία της θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο και ευθύνεται για το θάνατο 3,8 εκατομμυρίων ανδρών και 3,4 εκατομμυρίων γυναικών κάθε χρόνο.

Οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η κληρονομικότητα, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερόλη αίματος, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα, το κοιλιακό λίπος, το φύλο, η ηλικία κ.α. Οι ασθενείς με ΕΜ πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα, τις θεραπείες και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Πρέπει δηλαδή να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους αλλάζοντας τον τρόπο ζωής και τις καθημερινές τους συνήθειες και να ακολουθήσουν κάποιες οδηγίες για το τι πρέπει να κάνουν και τι όχι. Αυτό επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους αφού θα διαμορφωθεί με βάση της θεραπείας του.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καθορίσει την ποιότητα της ζωής ως "Η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους του, τις προσδοκίες του, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του".

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια αγχωτική απειλητική για τη ζωή εμπειρία που έχει αναγνωριστεί ως ένα τραυματικό γεγονός, και μπορεί να προκαλέσει μετατραυματικό σύνδρομο στρες. Η οξεία διαταραχή του στρες είναι η

κυριότερη αντίδραση στρες που διαγιγνώσκεται μέσα στον πρώτο μήνα μετά από την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός. Ο επιπολασμός της έχει μελετηθεί με τους πάσχοντες διαφόρων τραυματικών γεγονότων και κυμαινόταν μεταξύ του 10-19%.

Συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους είναι διαδεδομένα σε ασθενείς με ΕΜ. Αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η κατάθλιψη και το άγχος προβλέπουν τη μετέπειτα θνησιμότητα σε ασθενείς με ΕΜ. Επίσης πρόσφατες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος και τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, ενισχύουν την άποψη ότι τα ψυχολογικά προβλήματα πριν και μετά το γεγονός αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής βλάβης και θνησιμότητας από κάθε αιτία.

Κατάθλιψη και κόπωση έχουν βρεθεί να σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής μετά από ΕΜ καθώς τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιακά επεισόδια κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους.

Επίσης η ΠΖ μετά από ΕΜ βελτιώνεται με την κοινωνική στήριξη από το υποστηρικτικό δίκτυο του κάθε ασθενή αφού μέσα από διάφορες μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης των αποτελεσμάτων της κοινωνικής στήριξης μετά από οξύ ΕΜ.

Στην εργασία μου επίσης έχω συμπεριλάβει και την θετική επίδραση της καρδιακής αποκατάστασης μετά από ΕΜ. Έρευνες έχουν δείξει ότι βελτιώνει την ανοχή στην άσκηση, τους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, την ψυχολογική ευεξία και την υγεία που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

1.2. Εννοιολογικό Πλαίσιο

1.2.1. Ποιότητα ζωής (ΠΖ)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καθορίσει την ποιότητα της ζωής ως "Η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους του, τις προσδοκίες του, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του".

1.2.2. ΣΥΠΖ

Η σχετικά με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, ως μέτρηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το δεύτερο μισό του εικοστού αιώνα, αν και παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη χρήση της από τα τέλη του

περασμένου αιώνα, χρησιμοποιώντας την εκτίμηση της ποιότητας έτη ζωής (ΕΠΖ), ως μέτρηση των αποτελεσμάτων για την οικονομική αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας. Η ΕΠΖ έχει εκληφθεί ως ένα ολοκληρωμένο μέτρο της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου και το οποίο αντιστοιχεί στο αποτέλεσμα μιας σύνθετης λειτουργίας, αφενός με τη μέτρηση ΣΥΠΖ (υποκειμενικό μέτρο) χρησιμοποιώντας την κλίμακα καρδινάλιος μεταξύ 0 και 1, και κατά το ποσό τα χρόνια ζωής (αντικειμενικό μέτρο) από την άλλη πλευρά. Έτσι, επιδιώκει να καθιερώσει, σε μια ενιαία τιμή, την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου σχετικά με την υγεία ή την ασθένεια εκείνη την χρονική στιγμή, έτσι ώστε ένα "1" θα ισοδυναμούσε με μια τέλεια κατάσταση της υγείας και το μηδέν "0" θα ισοδυναμούσε με το να είναι νεκρός, με τη δυνατότητα ένα άτομο που έχει αποτελέσματα χειρότερα από το νεκρό ως τα αρνητικά αποτελέσματα (PATRICK και Erickson 1993, WHO 2003).

1.2.3 ΕΜ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνει εν μέρει λόγω της μειωμένης ροής αίματος προς τον καρδιακό μυ. Η μείωση αυτή παρουσιάζεται συνήθως όταν υπάρχει στένωση στις πλάκες, λόγω αθηροσκλήρωσης από λιπαρό υλικό που συσσωρεύεται στα αιμοφόρα αγγεία, είναι αποκλεισμένες από έναν θρόμβο αίματος ή έναν χωρισμό του υλικού της πλάκας. Άλλα αιμοφόρα αγγεία, ιδιαίτερα οι καρωτίδες αρτηρίες στον εγκέφαλο και των μικρών αγγείων στα πόδια, μπορεί επίσης να επηρεαστούν και να παράγουν ασθένεια, είτε εγκεφαλικό επεισόδιο, στην περίπτωση της στένωσης της καρωτίδας, ή περιφερικής αγγειακής νόσου στην περίπτωση των αιμοφόρων αγγείων στο πόδι.

1.2.4 ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Είναι ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης που βελτιώνει τη ροή του αίματος προς την καρδιά. Οι χειρουργοί χρησιμοποιούν αορτοστεφανιαία παράκαμψη για τη θεραπεία ατόμων που πάσχουν από σοβαρή στεφανιαία νόσο (ΣΝ). Η ΣΝ είναι μια ασθένεια στην οποία μια κέρινη ουσία που ονομάζεται πλάκα συσσωρεύεται στο εσωτερικό των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτές οι αρτηρίες παρέχουν πλούσιο σε οξυγόνο αίμα στην καρδιά. Με την πάροδο του χρόνου, η πλάκα μπορεί να σκληρύνει ή πάθει ρήξη. Όταν σκληρύνει η πλάκα στενεύει τις στεφανιαίες αρτηρίες και μειώνει τη ροή του πλούσιου σε οξυγόνο αίμα προς την καρδιά. Αυτό μπορεί να προκαλέσει

πόνο στο στήθος ή δυσφορία που ονομάζεται στηθάγχη. Αν πάθει ρήξη η πλάκα, ένας θρόμβος αίματος μπορεί να σχηματιστεί στην επιφάνεια του. Ένας μεγάλος θρόμβος αίματος μπορεί ως επί το να εμποδίσει εντελώς τη ροή του αίματος μέσω μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Αυτή είναι η πιο κοινή αιτία της καρδιακής προσβολής. Με τη πάροδο του χρόνου η πλάκα σκληραίνει επίσης και στενεύει τις στεφανιαίες αρτηρίες. Κατά τη διάρκεια της αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, μια υγιές αρτηρίας ή φλέβα από το σώμα είναι συνδεδεμένη ή εμβολιασμένη στην αποφραγμένη στεφανιαία αρτηρία. Η εμβολιασμένη αρτηρία ή φλέβα παρακάμπτει (δηλαδή, πηγαίνει γύρω) το αποκλεισμένο τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας. Αυτό δημιουργεί ένα νέο δρόμο για πλούσιο σε οξυγόνο αίμα να ρεύσει στον καρδιακό μυ.

1.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΖ

Για την αξιολόγηση της ΠΖ εντοπίστηκαν διάφορα ερωτηματολόγια που μετρούν τις διάφορες παραμέτρους που την συγκροτούν. Τα κυριότερα από αυτά εκτίθενται παρακάτω.

- **Ερωτηματολόγιο Sf-36:** Η Έρευνα Υγείας SF-36 είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής που αποτελείται από 4 ομάδες στοιχείων σε οκτώ κλίμακες της φυσικής λειτουργίας, ο ρόλος περιορισμού λόγω σωματικών προβλημάτων, του σωματικού πόνου, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, τους περιορισμούς των ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και την ψυχική υγεία. Τα στοιχεία κωδικοποιημένα, αθροίζονται για να μετατραπεί σε κάθε κλίμακα που κυμαίνεται από 0 (χειρότερο υγείας) έως 100 (καλύτερο για την υγεία). Παρέχει επίσης μια περίληψη των σωματικών και ψυχικών μέτρων, το σωματικό σκορ παραμέτρων (PCS) και το ψυχικό συστατικό (MCS) (Ware et al,1994).

- **Κλίμακα Had:** Το ερωτηματολόγιο 14 στοιχείων αποτελείται από δύο κλίμακες, μία για το άγχος (επτά ερωτήσεις) και ένα για την κατάθλιψη (επτά ερωτήσεις). Όλα τα είδη βαθμολογήθηκαν σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων 0-3 (Zigmond & Snaith, 1983). Αναπτύχθηκε για ασθενείς με σωματική ασθένεια και βρέθηκε να είναι ένα αξιόπιστο μέσο για την ανίχνευση της σοβαρότητας της συναισθηματικής δυσφορίας (Herrman, 1997).

- **Κλίμακα Gcq:** Αξιολογεί τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του εμφράγματος (Nunnally & Bernstein, 1994).
- **Ερωτηματολόγιο Soc:** Αυτή η κλίμακα μετρά τους πόρους της προσωπικότητας για να δείξει την ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει την υγεία του (Antonovsky, 1987). Κάθε ένα από τα 29 αντικείμενα του SOC έχει μια κλίμακα απόκρισης επτά σημείων. Υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα δείχνουν υψηλό αίσθημα συνοχής.
- Ερωτηματολόγιο Sf-12:** Το ερωτηματολόγιο (SF-12) είναι ένα όργανο μέτρησης της γενικής υγείας σε διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής. Είναι μια έκδοση 12 σημείων του SF-36 και περιλαμβάνει 8 έννοιες της υγείας που μετρώνται σε 2 κλίμακες: μια φυσική σύνοψη παραμέτρων (PCS-12) και διανοητική σύνοψη (MCS-12). Το SF-12 έχει αποδειχθεί καλό για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε μελέτες με ποικίλες δείγματα, περιλαμβανομένων πληθυσμών με καρδιακή νόσο.
- **Ερωτηματολόγιο health curve:** Είναι ένα ερωτηματολόγιο με ένα δομημένο διάλογο και περιλαμβάνει 13 παράγοντες, πέντε παράγοντες αντιμετώπιση του τρόπου ζωής: τη σωματική δραστηριότητα, τις διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ, τα πρότυπα του καπνίσματος, και το ψυχοκοινωνικό στέλεχος / ψυχολογική ασθένεια. Οι παράγοντες αυτοί ακολουθούνται από 5 παράγοντες ισχύος που περιλαμβάνουν βιολογικούς δείκτες κινδύνου: τη συγκέντρωση της χοληστερόλης του ορού, τον δείκτη μάζας σώματος, περιφέρεια μέσης και ισχύος, την αρτηριακή πίεση, και την εμπειρία της ψυχικής καταπόνησης και ψυχικής αναπηρίας.
- **Ερωτηματολόγιο Stanford acute stress reaction questionnaire:** Περιγράφει τις εμπειρίες των ανθρώπων μετά από ένα αγχωτικό γεγονός χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 ως το 5.
- **Μελέτη EFFECT:** Είναι ένα μεγάλο σύμπλεγμα τυχαίοποιημένης μελέτης για την αποτελεσματικότητα της δημόσιας πληροφόρησης για τη βελτίωση της ποιότητας του EM.
- **Ερωτηματολόγιο BDI:** Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 21 ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σκορ 10 ή περισσότερο έδειξε την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
- **Διάγραμμα Dartmouth COOP:** Αξιολογεί την λειτουργική κατάσταση των ασθενών. Αποτελείται από εννέα διαγράμματα που αξιολογούν την σωματική, και την κοινωνική λειτουργία των ρόλων, την συναισθηματική κατάσταση, την γενική

υγεία, τον αντιληπτό πόνο, την αλλαγή στην υγεία, την κοινωνική στήριξη και την αντιληπτή ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων.

- **Κλίμακα MOSSAS:** Αξιολογεί την τήρηση συμπεριφορών με από το 0 ως το 5 ανάλογα με τον χρόνο τήρησης των συμπεριφορών αυτών.

- **Ερωτηματολόγιο SAQ:** Είναι ένα ειδικό όργανο μέτρησης της κατάστασης της υγείας σε ασθενείς με διαταραχή στεφανιαίας αρτηρίας. Η SAQ είναι ένα αυτοδιοικούμενο 19 στοιχείων ερωτηματολόγιο μέτρησης 5 διαστάσεων της στεφανιαίας νόσου: σωματικός περιορισμός, σταθερότητα της στηθάγχης, συχνότητα της στηθάγχης, ικανοποίηση από τη θεραπεία, και την αντίληψη της ασθένειας και ποιότητα ζωής. Κάθε διάσταση έχει μεταφερθεί επάνω σε μια κλίμακα από το 0 και 100, οπότε υψηλή βαθμολογία δείχνει καλύτερη λειτουργία (π.χ., λιγότερο φυσικούς περιορισμούς και λιγότερο στηθάγχη). Λόγω της μοναδικής διάστασης κάθε κλίμακας, δεν επιτυγχάνεται συνολική βαθμολογία. Η SAQ είναι έγκυρο, αξιόπιστο όργανο που μετρά 5 διαστάσεις και συσχετίζεται σημαντικά με άλλα μέτρα για τη διάγνωση και τη λειτουργία του ασθενούς.

- **Ερωτηματολόγιο υγείας PHQ-9:** Μετρά ποσοτικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 27 με ψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

- **Κλίμακα Jalowiec coping scale:** Περιγράφει μια στρατηγική αντιμετώπισης ενός ατόμου που μπορεί να χρησιμοποιήσει ως απάντηση στο άγχος. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης ομαδοποιούνται σε οκτώ κλίμακες: αντιπαράθεση, υπεκφυγές, αισιόδοξο, μοιρολατρική, συναισθηματική, παρηγορητική, υποστηρικτική, και αυτοδύναμος (Jalowiec 1988, 1991).

- **Κλίμακα GSE:** Χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Είναι ένα ερωτηματολόγιο 10 στοιχείων σχετικά με την αυτοπεποίθηση.

- **MFI-20:** Χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της κόπωσης. Καλύπτει πέντε διαστάσεις (γενική κόπωση, σωματική κόπωση, πνευματική κόπωση, μειωμένο κίνητρο και μειωμένη δραστηριότητα) ενδεχομένως αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ημερών.

- **Ερωτηματολόγιο EQ-5D:** Αυτό το περιγραφικό σύστημα υγείας μετρά σε 5 διαστάσεις την κατάσταση της υγείας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, την κινητικότητα, την αυτοφροντίδα, τις συνήθειες δραστηριότητες, άλγος / δυσφορία, και το άγχος / κατάθλιψη.

- **Κλίμακα EQ-VAS:** Είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα που αξιολογεί την ΠΖ και κυμαίνεται από 0 (χειρότερο μπορεί να φανταστεί κανείς για την κατάσταση της υγείας) έως 100 (καλύτερο που μπορεί να φανταστεί κανείς για την κατάσταση της υγείας).

1.3. Θεωρητικό Πλαίσιο

Η θεωρητική προσέγγιση της παρούσας εργασίας είναι η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ) των Linderberg και Frey (1993). Η θεωρία αυτή στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι παράγουν την δική τους ευεξία, στην προσπάθεια τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, εν μέσω των περιορισμών και των αντιξοοτήτων της καθημερινής ζωής.

Συστατικά στοιχεία της ποιότητας ζωής με βάση τη θεωρία αυτή ιεραρχούνται σε μια πυραμίδα όπου στα χαμηλότερα επίπεδα είναι οι πόροι που χρησιμοποιούνται ως μέτρα άσκησης λειτουργικών δραστηριοτήτων για την επίτευξη λειτουργικών στόχων. Ακολουθούν οι δραστηριότητες και δεξιότητες, πιο πάνω οι λειτουργικοί στόχοι, η σωματική και κοινωνική ευεξία και στο ανώτερο επίπεδο η ψυχολογική ευεξία (Ormell et al., 1997). Η θεωρία της ΚΠΛ επιπρόσθετα επιχειρεί να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα όπως: Γιατί και πώς οι επιπτώσεις μιας ασθένειας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου; Με ποιους μηχανισμούς τα συμπτώματα ή οι λειτουργικοί περιορισμοί επιδρούν στην ποιότητα ζωής; Αναπτύσσει λοιπόν η θεωρία της ΚΠΛ ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση των μηχανισμών επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με την θεωρία της ΚΠΛ, τα συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας ασθένειας, οι μειονεξίες ή οι αναπηρίες δημιουργούν δεσμευτικούς περιορισμούς κατά την άσκηση των μέσων (δραστηριότητες, χαρίσματα, πόροι) επίτευξης των λειτουργικών στόχων. Οι περιορισμοί αυτοί αυξάνουν το κόστος (χρήμα, χρόνος, ενέργεια), καθιστούν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων «δαπανηρή», αποφέρουν ζημιά και όχι όφελος και κατά συνέπεια επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου.

Η θεωρία της ΚΠΛ, σε συνάρτηση με τους επεξηγηματικούς μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής, υποδεικνύει ταυτόχρονα δύο κύριες στρατηγικές για τη βελτίωσή της. Η πρώτη στρατηγική αφορά στον

προσδιορισμό και στην άρση των παραγόντων εκείνων που περιορίζουν την ικανότητα αναπλήρωσης – αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων. Η δεύτερη στρατηγική αποσκοπεί στον εμπλουτισμό και στην διεύρυνση των εναλλακτικών δραστηριοτήτων και λειτουργιών, βάσει των οποίων είναι δυνατή η επίτευξη των λειτουργικών στόχων (Linderberg και Frey, 1993). Όσο περισσότερες είναι οι εναλλακτικές δραστηριότητες και λειτουργίες, τόσο περισσότερες είναι και οι δυνατότητες αναπλήρωσης – αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων και τόσο καλύτερη είναι η αντιμετώπιση των λειτουργικών περιορισμών. Όσο λιγότερες δυνατότητες αναπλήρωσης υπάρχουν, τόσο περισσότερο αβέβαιη φαίνεται να γίνεται η δημιουργία ή η επίτευξη μιας επιθυμητής ευεξίας. Μια δραστηριότητα που παρέχει τη δυνατότητα ταυτόχρονης επίτευξης κοινωνικής αναγνώρισης, ενεργοποίησης και συναισθήματος επιδρά πολύ περισσότερο και πολύ καλύτερα στην παραγωγή της ευεξίας του ατόμου ή στην αντιμετώπιση των επιδράσεων της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής ενός αρρώστου, παρά μια δραστηριότητα που ικανοποιεί μόνο μια ανάγκη (Σαρρής και συνεργάτες, 2001).

2. Σκοπός

Η Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε ασθενείς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της ανασκόπησης είναι:

1. Κατά πόσο επηρεάζει το μεγαλύτερο της ηλικίας στην πορεία της ασθένειας .
2. Κατά πόσο βελτιώνεται η ζωή των ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη.
3. Τι είδους συμπτώματα και κατά πόσο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

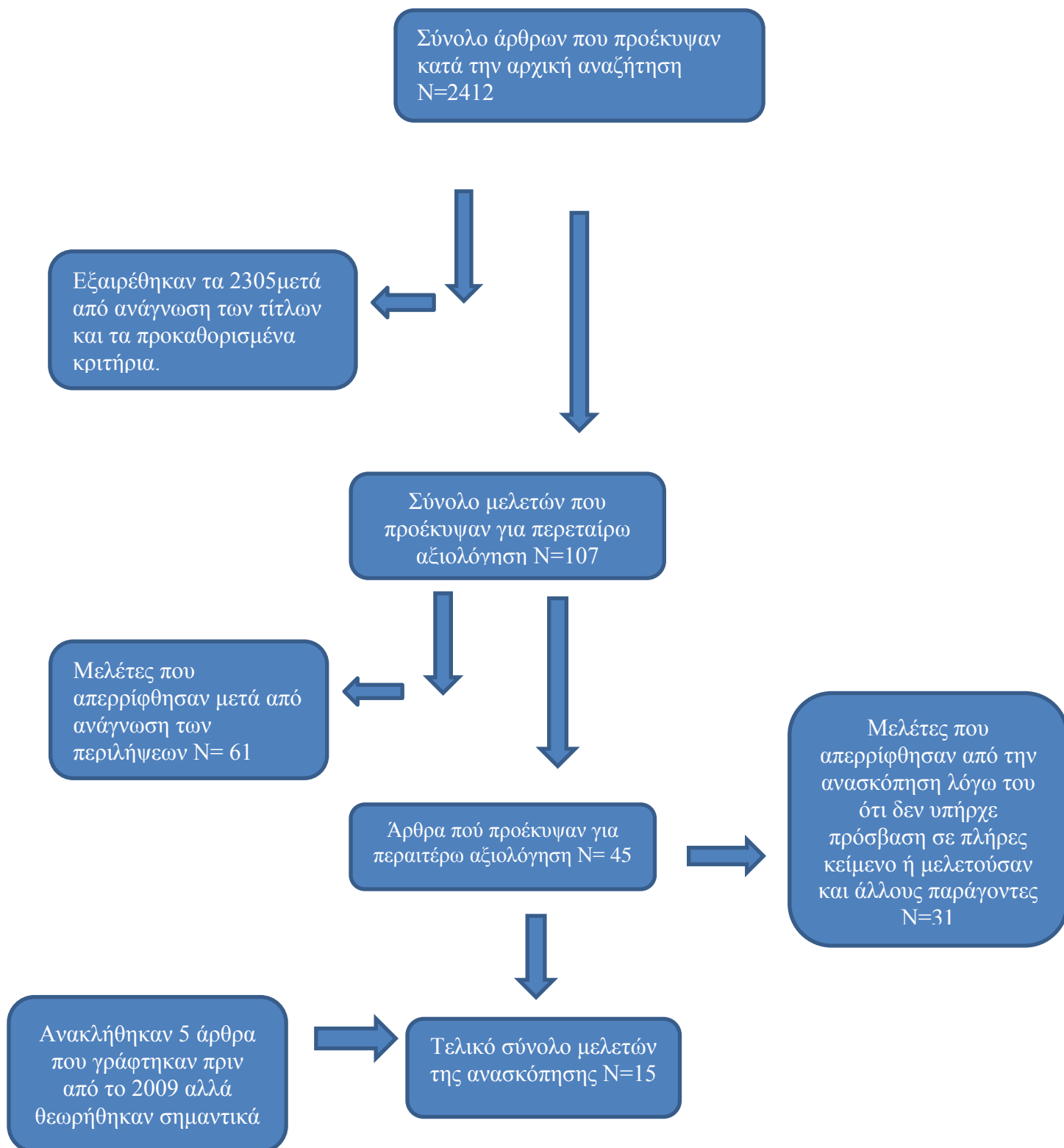
3. Υλικό και Μέθοδος

Η αναζήτηση των άρθρων που αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας ανασκόπηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Medline, Pub Med, Cinahl και Google Scholar» χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των λέξεων κλειδιά: “quality of life, health related quality of life, outcomes, myocardial infarction» από το 2009 μέχρι το 2013 σε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς (AND, OR). Για την συγκεκριμένη αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν τα πιο κάτω κριτήρια εισόδου:

1. Ερευνητικά άρθρα σε σχέση με το υπό μελέτη θέμα.
2. Άρθρα που αφορούσαν μόνο έμφραγμα μυοκαρδίου και όχι άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις.
3. Πρόσβαση σε πλήρες κείμενο
4. Γλώσσα: στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα.
5. Χρόνος δημοσίευσης από το 2009 μέχρι το 2013.

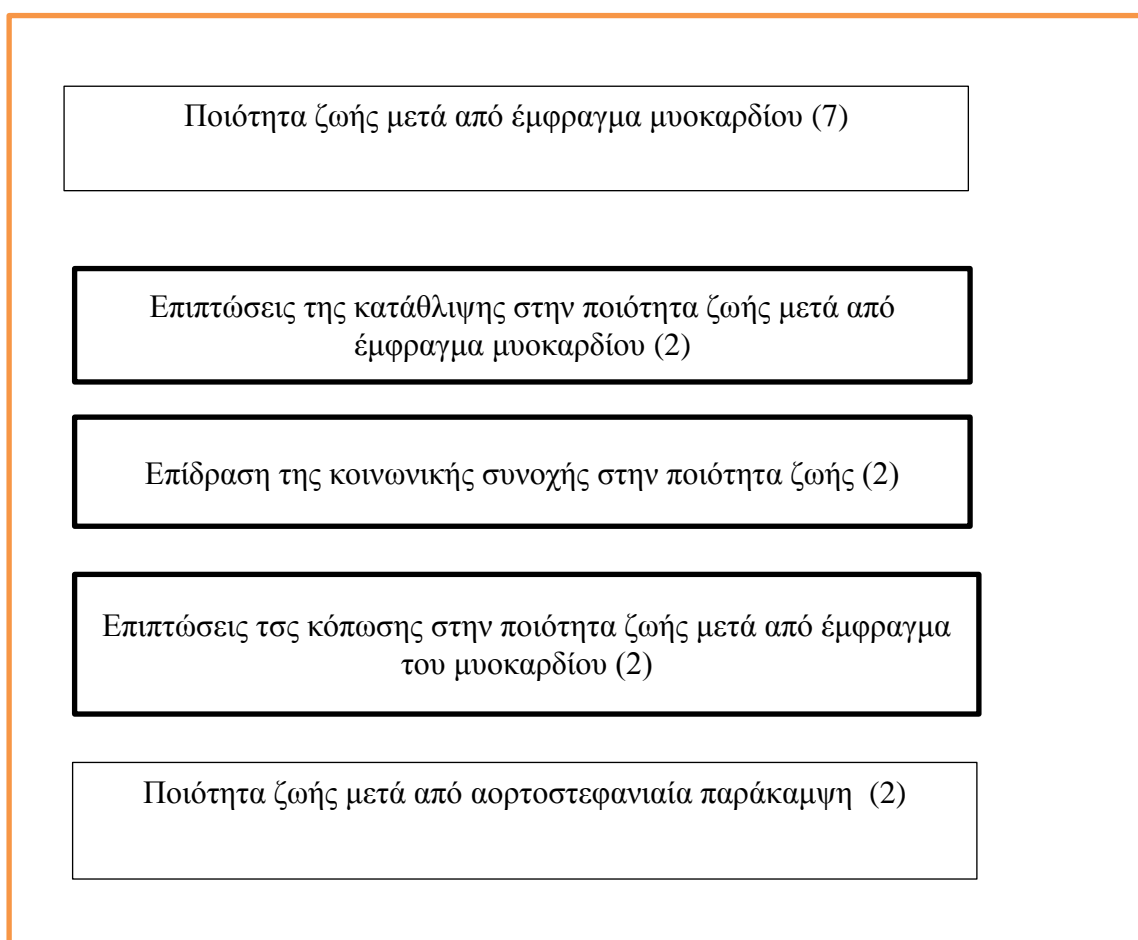
Από την αρχική αναζήτηση εντοπίστηκαν 2412 άρθρα που εξετάζαν γενικότερα τη ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα διαφορετικής αιτιολογίας. Εξαιρέθηκαν από αυτά 2305 μετά από την μελέτη των τίτλων και με βάση τα προκαθορισμένα κριτήρια όπως φαίνονται πιο πάνω.

Τα υπόλοιπα 107 άρθρα που απέμειναν χρησιμοποιήθηκαν για περαιτέρω αξιολόγηση. Μετά από την ανάγνωση των περιλήψεων τους απορρίφθηκαν τα 61 ως λιγότερο σχετικά με το θέμα της παρούσας ανασκόπησης ή γιατί αφορούσαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Περαιτέρω από τα υπόλοιπα 46 άρθρα που προέκυψαν τα 31 εξαιρέθηκαν λόγω του ότι δεν υπήρχε πρόσβαση σε πλήρες κείμενο. Από αυτά παρέμειναν 10 άρθρα που κρίθηκε μικρός αριθμός για την μελέτη και ως εκ τούτου ανακλήθηκαν από τις αναφορές των εντοπισμένων άρθρων 3 ερευνητικές μελέτες και 2 ανασκοπήσεις για να βοηθήσουν στην συγγραφή του εννοιολογικού πλαισίου της μελέτης. Κατά συνέπεια, ο τελικός αριθμός των άρθρων που προέκυψαν για την υλοποίηση της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι 15.



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής αναζήτησης (Πηγή – Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η.2010)

Από την περιγραφή της αναζήτησης που προηγήθηκε επιλέγησαν 15 άρθρα για ανασκόπηση και ταξινομήθηκαν σε 5 ξεχωριστές ενότητες σε σχέση με την ΠΖ ατόμων που πέρασαν ΕΜ ή εκείνων που ακολούθησαν και χειρουργική επέμβαση όπως αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Ο σκοπός της ταξινόμησης ήταν για την καλύτερη παρουσίαση και περιγραφή τους όπως φαίνεται και από την εικόνα 2 που ακολουθεί.



Εικόνα 1. Ταξινόμηση άρθρων προς μελέτη

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων ακολουθείται η πιο πάνω ανασκόπηση, αρχής γενομένης από την ΠΖ γενικού πληθυσμού μετά από ΕΜ. Προηγείται ομαδοποιημένη περιγραφή του σκοπού, της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων, ενώ, ακολουθεί σχετικός πίνακας.

4.1. Ποιότητα ζωής μετά από ΕΜ

Από τις 13 μελέτες που εντοπίστηκαν οι 5 έχουν σκοπό να διερευνήσουν την ΠΖ μετά από ΕΜ, τον παράγοντα ηλικία και οι υπόλοιπες 4 να αξιολογήσουν κάποια συμπτώματα και την επίδραση τους όπως το άγχος.

Οι μελέτες που εντοπίστηκαν ήταν ποσοτικές μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία αξιολόγησης: sf-36, gcq, soc, had, sf-12, health curve, saq, Stanford acute stress reaction questionnaire, effect, ps, bdi, coop, State – Trait Anxiety Inventory, mossas, essi, phq-9, Jalowiek coping scale, Selfefficacy scale, eq-5d, eq-vas, mfi.

Στη πρώτη μελέτη οι Brink et al, 2002, ήθελαν να διερευνήσουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο ΕΜ, 5 μήνες μετά το επεισόδιο. Έτσι πήραν 114 ασθενείς με σειρά προέλευσης από τους οποίους 37 ήταν γυναίκες και 77 άντρες, 5 μήνες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες οι περισσότερες ζούσαν μόνες τους και είχαν ιστορικό με υπέρταση ($p < 0.05$).

Στη δεύτερη μελέτη οι Bergman et al, 2009, ως σκοπό τους είχαν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων της σε ασθενείς μετά από το πρώτο τους έμφραγμα μυοκαρδίου. Γι αυτό πήραν 100 ασθενείς, 79 άντρες και 21 γυναίκες, με ηλικία από 36 ως 70 χρονών και διάμεση ηλικία 57 χρονών μετά το πρώτο τους ΕΜ στο τμήμα καρδιολογίας στην Σουηδία. Αποκλείστηκαν όσοι είχαν διαγνωστεί εντός ενός χρόνου από την έναρξη της μελέτης, όσοι δεν ήταν κάτοικοι της περιοχής, και όσοι δεν μπορούσαν να μιλήσουν την γλώσσα. Τα πρώτα δεδομένα συλλέχθηκαν πριν φύγουν από το νοσοκομείο. 4 εβδομάδες μετά από το εξιτήριο

στάλθηκε σ αυτούς τους ασθενείς ερωτηματολόγιο με email για να το συμπληρώσου ν και όλοι ανταποκρίθηκαν.

Στην τρίτη μελέτη οι Karni Kinzbug and Tsach Ein-Dor, 2011, σκοπό είχαν την εξέταση των επιπτώσεων της οξείας διαταραχής του στρες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, και τυχόν μειωμένη ποιότητα ζωής λόγω μετέπειτα διαταραχή μετατραυματικού στρες. Για τον λόγο αυτό πήραν ασθενείς με EM από3 Καρδιακές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στο Israel, τους χώρισαν σε 3 φάσεις και τους μελέτησαν. Στην πρώτη φάση πήραν 173 ασθενείς και τους μελέτησαν 1 εβδομάδα, στην δεύτερη 116 ασθενείς για 7 μήνες και τέλος στην Τρίτη φάση 90 ασθενείς για 8 έτη. Οι ασθενείς αυτοί ως κριτήριο επιλογής είχαν να έχουν κάποια διαγνωστικά κριτήρια του EM όπως ειδικά καρδιακά ένζυμα κ.α, να είναι μέχρι την ηλικία των 70 ετών, και να μην πάσχουν από άλλη ασθένεια που να είναι απειλητική για την ζωή. Αρχικά ήταν 245 που πληρούσαν τα κριτήρια. Από αυτούς οι 196 αξιολογήθηκαν κατά την νοσηλεία τους στην φάση 1 με ποσοστό ανταπόκρισης 80%. 4 ασθενείς που συμμετείχαν στην φάση 1 πέθαναν πριν προχωρήσουν στη φάση 2, 23 δεν μπορούσαν να βρίσκονται σ αυτή και 53 αρνήθηκαν. Πριν την φάση 3, 22 ασθενείς πέθαναν επίσης και αποχώρησαν εκ νέου κι άλλα άτομα για διάφορους λόγους. Η φάση 2 και 3 έγιναν στα σπίτια των ασθενών. Από τα στοιχεία των συμμετεχόντων λείπουν αρκετές λεπτομέρειες και αποτελέσματα και έτσι στην μελέτη αυτή συμπεριλαμβάνονται στοιχεία για 173 ασθενείς.

Στη τέταρτη μελέτη οι Abrahamyan et al 2011, ήθελαν να αξιολογήσουν την χρήση σταθερών εντολών κατά την εισαγωγή σε ασθενείς που εισάχθηκαν με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την μετέπειτα πορεία της ποιότητας ζωής του ασθενή. Έτσι πήραν ως δείγμα τους 5338 ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που εισάχθηκαν στις μονάδες εντατικής φροντίδας και στεφανιαίας φροντίδας σε 78 νοσοκομεία στον Καναδά από το 2004 ως το 2005. Τυπικές εντολές εισαγωγής χρησιμοποιήθηκαν σε 4314 ασθενείς (81%). Αυτοί οι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν τέσσερα από τα επτά προστατευτικά μέτρα ($p < 0.05$) με θρομβολυτικά λιγότερο από 30 λεπτά ή να κάνουν πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση σε λιγότερο από 90 λεπτά μετά την άφιξη τους στο νοσοκομείο ($p < 0.001$), ή να πάρουν ασπιρίνη σε λιγότερο από 6 ώρες μετά την άφιξη τους και την εξέταση των λιπιδίων τους μέσα σε 24 ώρες.

Στην πέμπτη μελέτη οι Tutuncu, Ates, Aydin 2010, είχαν ως σκοπό την αναγνώριση των ασθενών με χαμηλό επίπεδο ΣΥΠΖ μετά από EM που βρίσκονται σε

κίνδυνο για κακή υγεία μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Για τον σκοπό αυτό πήραν 49 ασθενείς ηλικίας από 39 μέχρι 87 ετών 18 μήνες μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που εισάχθηκαν διαδοχικά στην εσωτερική μονάδα ιατρικής. Από την μελέτη αυτή εξαιρέθηκαν άτομα που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, άτομα που ήταν ανίκανα να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια και άτομα που πέθαναν στους 18 μήνες μετά το εξιτήριο. Αρχικά συλλέχθηκαν κοινωνικά, δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των ασθενών κατά την νοσηλεία τους, και 18 μήνες μετά ο γιατρός αξιολόγησε την ΠΖ με το ερωτηματολόγιο SF-36. Το 78% του δείγματος ήταν άντρες και μέση ηλικία τα 61 χρόνια.

Στην έκτη μελέτη οι Shah et al 2009, σκοπό είχαν την αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων των αποτελεσμάτων συμπεριλαμβανομένης της ΠΖ σε ηλικιωμένους μετά από ΕΜ και ανάσπαση ST. Για τον σκοπό αυτό πήραν 1847 συνεχόμενους ασθενείς με ΕΜ μια μονάδα εντατικής θεραπείας σε ένα νοσοκομείο στην Washington, ηλικίας > των 85 ετών από τον Οκτώβριο του 2002 ως τον Σεπτέμβριο του 2007. Μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις και με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων που στάλθηκαν στα σπίτια των ασθενών ταχυδρομικά τον Δεκέμβριο του 2007. Ο διάμεσος χρόνος μέχρι να εκδηλωθούν τα συμπτώματα μετά την άφιξη στο νοσοκομείο ήταν 3 ώρες. Στεφανιαία αγγειογραφία πραγματοποιήθηκε σε 89% των ασθενών, καρδιογενές σοκ σε 33% και διαδερμική στεφανιαία επέμβαση (PCL) σε 70% με ποσοστό επιτυχίας 94%. Επίσης 2 ασθενείς (3%) υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο, και τα δύο οδήγησαν σε θάνατο. Το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν 32%, δηλαδή 23 θάνατοι, και ήταν χαμηλότερο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη ($p=0.009$) και υψηλότερο σε ασθενείς που παρουσίασαν καρδιογενές σοκ ($p=0.006$). Αιμορραγία που απαιτεί μετάγγιση ερυθρών συνέβη σε 13 ασθενείς (18%). Σε ασθενείς που επέζησαν μετά την νοσηλεία, το 64% πήρε εξιτήριο για το σπίτι και 34% για μονάδα αποκατάστασης ή γηροκομείο. Υπήρχαν 14 επιπλέον θάνατοι κατά την διάρκεια της μακροπρόθεσμης παρακολούθησης.

Στην έβδομη μελέτη οι Kuch et al, 2010 ήθελαν να διερευνήσουν την πρόγνωση και τις επιπτώσεις του ΕΜ σε ηλικιωμένους 1-2 έτη μετά το επεισόδιο. Έτσι πήραν 235 ασθενείς ηλικίας 75 μέχρι 84 χρονών με ΕΜ από τον Μάρτιο του 2005 μέχρι τον Μάρτιο του 2006 σε ένα νοσοκομείο στο Ausburg στη Γερμανία. Στις πρώτες 28 μέρες μετά πεθαίνουν το 17,4% των ασθενών και μαζί με εκείνους που

αποχώρησαν (4,1%) παρέμειναν 186. Το ποσοστό συννοσηρότητας με ποσοστό 22,2% των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια και 34,5% με διαβήτη ήταν σχετικά ψηλό. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι από τους ασθενείς παρουσιάζονται με NSTEMI δηλαδή χωρίς ανάσπαση του ST (50,6%). Από την άλλη σε ασθενείς με STEMI, το 90% υποβλήθηκε σε στεφανιαία αγγειογραφία, εκ των οποίων το 84% υποβλήθηκαν σε PCL. Σοβαρές αιμορραγικές επιπλοκές εμφανίστηκαν σε 2,5% όλων των ασθενών χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ συντηρητικής και επεμβατικής θεραπείας. Στο 99% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε PCL χορηγήθηκε κλοπιδογρέλη έναντι 37% χωρίς PCL ($p < 0.0001$). Από τους υπόλοιπους 186 ασθενείς υπήρχαν 37 επιπλέον θάνατοι κατά την διάρκεια της μακροχρόνιας παρακολούθησης (19,9%).

Σύμφωνα με το SF-36 η ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι 5 μήνες μετά το επεισόδιο ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο από το γενικό πληθυσμό στη σωματική και ψυχική κατάσταση. Επιπλέον βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ στις γυναίκες από τους άνδρες ($p < 0,001$ στη ψυχική κατάσταση και $p < 0,05$ στη σωματική κατάσταση) (Brink et al, 2002, Tutuncu, Ates, Aydin 2010). Επίσης τα πιο συνήθη συμπτώματα στους ασθενείς 5 μήνες μετά το περιστατικό ήταν ότι 41% παρουσίασαν κόπωση, 8% πόνο στο στήθος, 18% δύσπνοια σε ηρεμία και 40% κατά την άσκηση, εξάντληση 25% και πρόβλημα με τον ύπνο 20% (Brink et al, 2002).

Οι γυναίκες παρουσίασαν συχνότερα προβλήματα ύπνου ($p,001$). Στην ΣΥΠΖ υπήρχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ($p < 0.05$), γεγονός που δείχνει φτωχότερη ποιότητα ζωής τόσο για τις φυσικές όσο και για τις ψυχικές παραμέτρους (Brink et al, 2002, Tutuncu, Ates, Aydin 2010). Το SF-12 ερωτηματολόγιο έδειξε ότι οι άντρες είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα σκορ τόσο στην φυσική (PCS) όσο και στην ψυχική υγεία (MCS) κατά την έξοδο και 2 εβδομάδες μετά το εξιτήριο ($p < 0.05$). Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου αυτού ήταν ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων σχετικά με το κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα, φυτικές ίνες πρόσληψης, το δείκτη μάζας σώματος, ψυχοκοινωνικές συνθήκες, κληρονομικότητα του διαβήτη, συγκέντρωση της χοληστερόλης και διαστολική αρτηριακή πίεση (Bergman et al, 2009). Οι άντρες φάνηκε ότι καταναλώναν περισσότερο αλκοόλ ανά εβδομάδα από τις γυναίκες και είχαν επίσης υψηλότερη πρόσληψη λίπους. Οι γυναίκες από την άλλη εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα στρες σε αντίθεση με τους άντρες τους οποίους τα επίπεδα ήταν χαμηλά. (Aydin 2010).

Οι ασθενείς > 65 ετών είχαν χαμηλότερα σκορ από τους υπόλοιπους στις κλίμακες και στα ερωτηματολόγια (p 0,005). Η μόνη διαφορά μεταξύ μικρότερης και μεγαλύτερης ηλικίας σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου βρέθηκε στην κλίμακα PF(p<0.05) (οι Brink et al , 2002).

Άτομα με υψηλή βαθμολογία SOC έχουν λιγότερα επεισόδια στηθάγχης, είναι περισσότερο σωματικά δραστήριοι, πίνουν περισσότερο αλκοόλ, είναι πιο ικανοποιημένοι με την θεραπεία τους και έχουν καλύτερη αντίληψη της νόσου. Δηλαδή οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία SOC, SF – 12 (p<0.5) και υψηλότερες τιμές σε όλες τις διαστάσεις 5 SAQ (p<0.1) (Bergman et al, 2009).

Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια, και το Stanford acute stress reaction questionnaire, σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της σοβαρότητας της οξείας διαταραχής του στρες (ΟΔΣ) και του μετατραυματικού στρες (ΜΣ) (p<001). Η ανάλυση του PTSS έδειξε ότι οι περισσότερες μέρες νοσηλείας (p<0.01), το νεαρότερο της ηλικίας (p<0.05), η σοβαρότερη απειλή για θάνατο (p<0.01) και το σοβαρότερο του EM (p<0.05) αυξάνουν την πιθανότητα για ΟΔΣ. Επίσης η εμφάνιση προηγούμενου EM (p<0.01), η σοβαρότερη απειλή για θάνατο (p<0.05) και τα αρνητικά γεγονότα της ζωής μετά το EM (p<0.01) κάνουν πιο αργή τη μείωση της πιθανότητας ΜΣ με την πάροδο του χρόνου (Karni Kinzbug and Tsach Ein-Dor, 2011).

Οι ασθενείς που εισάχθηκαν χωρίς εντολές τυποποιημένης εισαγωγής είχαν πιο οξεία συμπτώματα από εκείνους που εισάχθηκαν με εντολές τυποποιημένης εισαγωγής. Συγκεκριμένα υπήρχαν αρκετές διαφορές στο φύλο, στην ηλικία, στην υπέρταση, στην ιστορία ΑΕΕ και κολπική μαρμαρυγή στις δύο ομάδες (Abrahamyan et al 2011).

Σε σχέση με την συννοσηρότητα, βρέθηκαν σημαντικά χαμηλές βαθμολογίες, παρατηρήθηκε φτωχότερη ΠΖ στο σωματικό πόνο, στην γενική υγεία, την ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία και συναισθηματικό ρόλο. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ΠΖ από την άποψη του τύπου του EM, την παρουσία άλλων ασθενειών, ιστορικό EM, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, υπέρτασης, συμμόρφωση με την θεραπεία για ξαφνικό θάνατο και διαβήτη, παρουσία αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα και διαδερμική στεφανιαία επέμβαση (Tutuncu, Ates, Aydin 2010).

Τα αποτελέσματα του EQ-5D έδειξαν ότι λίγοι ασθενείς είχαν σοβαρά προβλήματα σε οποιαδήποτε από τις 5 διαστάσεις της υγείας. Επίσης οι ασθενείς με

διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη είχαν υψηλότερο σκορ στο EQ-5D ($p<0.004$) από εκείνους που δεν έκαναν. Αντίθετα, η απόδοση της διαδικασίας επαναγγείωσης (ΔΣΠ ή Bypass) συσχετίστηκε με σημαντικά καλύτερο αποτέλεσμα ($p<0.001$) (Shah et al 2009, Kuch et al, 2010).

Πίνακας 1. ΠΖ μετά από Έμφραγμα μυοκαρδίου

Α/Α	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Brink et al, 2002)	Διερεύνηση της ΣΥΠΖ σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο ΕΜ 5 μήνες μετά το επεισόδιο.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Με σειρά προσέλευσης, N: 114 ασθενείς (37 γυναίκες, 77 άνδρες).</p> <p>Περιβάλλον: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Uddevalla Hospital, Sweeden.</p> <p>Σύλλογή δεδομένων: Ταχυδρομικά, 2 ερωτηματολόγια, το SF – 36 για την ΣΥΠΖ, HAD για την κατάθλιψη και το άγχος, το GCQ για τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και την κλίμακα SOC για την ικανότητα της προσωπικότητας στη διατήρηση της υγείας.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης : 83%</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha 0.86 .</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Σύμφωνα με το SF-36 η ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι 5 μήνες μετά το επεισόδιο ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο από το γενικό πληθυσμό της Σουηδίας στη σωματική και ψυχική κατάσταση. Επιπλέον βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ στις γυναίκες από τους άνδρες (p<0,001 στη ψυχική κατάσταση και p<0,05 στη σωματική κατάσταση).</p> <p>41% παρουσίασαν κόπωση, 8% πόνο στο στήθος, 18% δύσπνοια σε ηρεμία και 40% κατά την άσκηση, εξάντληση 25% και πρόβλημα με τον ύπνο 20%.</p> <p>Οι γυναίκες παρουσίασαν συχνότερα προβλήματα ύπνου (p, 001).</p> <p>Οι ασθενείς > 65 ετών είχαν χαμηλότερα σκορ από τους υπόλοιπους στις κλίμακες και στα ερωτηματολόγια (p 0,005).</p> <p>Σημαντικά χαμηλότερα σκορ είχαν οι ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου μήνες μετά το επεισόδιο σε θέμα την ποιότητα ζωής.</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
2	(Bergman et al, 2009).	Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε ασθενείς μετά από το πρώτο τους έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη Διαχρονικός – Προγνωστικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Σκόπιη N: 100 ασθενείς ηλικίας 36 με 70 μετά από το πρώτο τους έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγιο SF-12, κλίμακα SOC, ερωτηματολόγιο SAQ, ερωτηματολόγιο health curve.</p> <p>Περιβάλλον: Τμήμα καρδιολογία στο νοσοκομείο στο νοτιοδυτικό τμήμα της Σουηδίας.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: Πλήρες.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Το SF-12 ερωτηματολόγιο έδειξε ότι οι άντρες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ τόσο στην φυσική όσο και στην ψυχική υγεία κατά την έξοδο και 2 εβδομάδες μετά το εξιτήριο(p<0.05).</p> <p>Σύμφωνα με το SAQ 50% των ασθενών είχαν μια σταθερότητα στην στηθάγχη.</p> <p>Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (61 %) δεν είχαν κανένα πρόβλημα άγχους βάσει το ερωτηματολόγιο health curve.</p> <p>Οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία SOC, SF – 12 (p<0.5) και υψηλότερες τιμές σε όλες τις διαστάσεις 5 SAQ (p<0.1).</p> <p>Στο Curve Health, δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων σχετικά με το κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα, φυτικές ίνες πρόσληψης, το δείκτη μάζας σώματος, ψυχοκοινωνικές συνθήκες, κληρονομικότητα του διαβήτη, συγκέντρωση της χοληστερόλης και διαστολική αρτηριακή πίεση.</p> <p>Οι άνδρες είχαν μια κατανάλωση αλκοόλ από 16 Κ.Ν. ή περισσότερο ανά εβδομάδα, πιο συχνά από ό, τι οι γυναίκες.</p> <p>Οι γυναίκες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα στρες σε σύγκριση με τους άνδρες.</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
3	(Karni Kinzbug and Tsach Ein-Dor, 2011).	Εξέταση των επιπτώσεων της οξείας διαταραχής του στρες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, και τυχόν μειωμένη ποιότητα ζωής λόγω μετέπειτα διαταραχής μετατραυματικού στρες.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη Πειραματική.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 173 ασθενείς 1 εβδομάδα, N: 116 ασθενείς 7 μήνες και N: 90 ασθενείς 8 έτη μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: 3 Καρδιακές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Israel.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγια, Stanford acute stress reaction questionnaire.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 173 από 246, 80%.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της σοβαρότητας της οξείας διαταραχής του στρες (ΟΔΣ) στη φάση 1 και του μετατραυματικού στρες (ΜΣ) στη φάση 2 (p<001). Επίσης ΜΣ και ΟΔΣ στην φάση 3 (p<001) και ΜΣ στις φάσεις 2 και 3 (p<001).

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
4	(Abrahamyan et al , 2011).	Αξιολόγηση της χρήσης σταθερών εντολών κατά την εισαγωγή σε ασθενείς που εισάχθηκαν με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική Τυχαιοποιημένη μελέτη.</p> <p>Δειγματοληψία: Τυχαία από 5338 ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: 78 Νοσοκομειακές εταιρίες οξείας φροντίδας στο Ontario, Canada.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Μελέτη EFFECT, μοντέλο PS.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 4314 από 5338.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή</p>	<p>Ασθενείς που εισάχθηκαν χωρίς εντολές τυποποιημένης εισαγωγής είχαν πιο οξεία συμπτώματα από εκείνους που εισάχθηκαν με εντολές τυποποιημένης εισαγωγής.</p> <p>Υπήρχαν αρκετές διαφορές στο φύλο, στην ηλικία, στην υπέρταση, στην ιστορία ΑΕΕ και κολπική μαρμαρυγή στις δύο ομάδες.</p> <p>Οι ασθενείς με τις τυποποιημένες εντολές εισαγωγής ήταν πιο πιθανό να ανταποκριθούν στον χρόνο επαναιμάτωσης μετρημένος ως ινωδολυτικά μέσα σε 30 λεπτά ή σε πρωτογενή PCL μέσα σε 90 λεπτά άφιξης του γιατρού (p<001).</p>

	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
5	(Tutuncu, Ates, Aydin 2010).	Αναγνώριση των ασθενών με χαμηλό επίπεδο ΣΥΠΖ μετά από ΕΜ που βρίσκονται σε κίνδυνο για κακή υγεία μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Σκόπιμη N: 49 ασθενείς ηλικίας από 39 μέχρι 87 ετών 18 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: Etimesgut Στρατιωτικό νοσοκομείο Άγκυρας, Duzce University Medical, Νοσοκομείο ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών νοσημάτων Άγκυρας.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: SF – 36 ερωτηματολόγιο (που μετρά την κατάσταση υγείας μέσω 8 κλιμάκων).</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: Πλήρες.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Οι γυναίκες ασθενείς και οι ασθενείς με συννοσηρότητα είχαν χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα SF-36.</p> <p>Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν επίσης στον τομέα εργασία..</p> <p>Το φύλο, η συννοσηρότητα, η ηλικία, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
6	(Shah et al 2009).	Η αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων των αποτελεσμάτων συμπεριλαμβανομένης της ΠΖ σε ηλικιωμένους μετά από ΕΜ και ανάσπαση ST.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική, επιδημιολογική μελέτη (2002-2008).</p> <p>Δειγματοληψία: Με σειρά προσέλευσης N: 1847 ηλικιωμένοι > 85 ετών.</p> <p>Περιβάλλον: Ένα κέντρο, το Washington Hospital Center, Washington, Η.Π.Α.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Τηλεφωνική συνέντευξη. 1 Ερωτηματολόγιο, το EQ-5D που αξιολογεί την ΠΖ περιγραφικά και περιλαμβάνει την κλίμακα EQ-VAS που αξιολογεί την ΠΖ αναλογικά.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 100%.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Τα ποσοστά ενδονοσοκομιακής θνησιμότητας ήταν χαμηλότερα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη (p=0.009) και υψηλότερη σε ασθενείς που παρουσίασαν καρδιογενές σοκ (p=0.006).</p> <p>Τα αποτελέσματα του EQ-5D έδειξαν ότι λίγοι ασθενείς είχαν σοβαρά προβλήματα σε οποιαδήποτε από τις 5 διαστάσεις της υγείας.</p>

7	(Kuch et al, 2010).	Διερεύνηση της πρόγνωσης και των επιπτώσεων του ΕΜ σε ηλικιωμένους 1-2 έτη μετά το επεισόδιο.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Με σειρά προσέλευσης, N: 235 ασθενείς 75 – 84 χρονών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: 1 Νοσοκομείο του Ausburg, Γερμανία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Προσωπική συνέντευξη, 1 Ερωτηματολόγιο, το EQ-5D που αξιολογεί την ΠΖ περιγραφικά και περιλαμβάνει την κλίμακα EQ-VAS που αξιολογεί την ΠΖ αναλογικά.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 100%.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Οι ασθενείς με διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη είχαν υψηλότερο σκορ στο EQ-5D ($p < 0.004$) από εκείνους που δεν έκαναν.</p> <p>Αντίθετα, η απόδοση της διαδικασίας επαναγγείωσης (ΔΣΠ ή Bypass) συσχετίστηκε με σημαντικά καλύτερο αποτέλεσμα ($p < 0.001$).</p> <p>Αυτο-αξιολόγηση της γενικής υγείας τους κρίθηκε ότι είναι πολύ καλή από 3 %, καλή κατά 27 %, ικανοποιητική κατά 47%, έτσι ώστε το 77% είχε εκτιμήσει την γενική υγεία τουλάχιστον ικανοποιητική.</p> <p>Ασθενείς με επαναγγείωση είχαν κατώτερο NYHA ($p < 0.04$) σε σύγκριση με εκείνους χωρίς επαναγγείωση ($p < 0.34$).</p> <p>Τα αποτελέσματα του δείκτη EQ-5D ήταν 74 έναντι 66 αντίστοιχα ($p = 0,08$).</p> <p>Η μέση τιμή EQ VAS ήταν 56,4 έναντι 54,4 αντίστοιχα ($p = 0,62$), και ο μέσος δείκτης EQ-5D με σκορ 75 έναντι 67 αντίστοιχα ($p < 0.04$).</p>
---	---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 Επιπτώσεις της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου

Στην πρώτη μελέτη οι Lane et al 2001, ήθελαν να διαπιστωθεί η επίδραση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους στη θνησιμότητα και στην ποιότητα της ζωής σε ασθενείς που νοσηλεύονται για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Για τον σκοπό αυτό το δείγμα τους περιλάμβανε 288 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με έμφραγμα του μυοκαρδίου στις μονάδες εντατικής θεραπείας σε δύο γενικά νοσοκομεία στην περιφέρεια West Midlands μεταξύ του Ιανουαρίου του 1997 μέχρι τον Αύγουστο του 1998. Ασθενείς εξαιρέθηκαν αρχικά αν το EM ήταν αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης bypass, αν είχαν κάποια άλλη ασθένεια που μπορούσε να γίνει απειλητική για τους επόμενους 12 μήνες, αν δεν μιλούσαν καλά τα αγγλικά, αν είχαν προβλήματα όρασης και αν ήταν αρκετά ασταθής να ολοκληρώσουν την αρχική αξιολόγηση εντός 15 ημερών μετά το EM. Δεν υπήρχαν περιορισμοί για την ηλικία και το φύλο. Από τους 437 ασθενείς μόνο οι 288 ολοκλήρωσαν την μελέτη (65,9%). Οι ασθενείς αρχικά συμπλήρωσαν το BDI καθώς νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο. 12 μήνες μετά το ξιτιήριο οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τα διαγράμματα Dartmouth COOP. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 62 χρόνια και το ¼ ήταν γυναίκες. Στο διάστημα αυτό των 12 μηνών, 31 ασθενείς είχαν πεθάνει (10,8%) από τους οποίους οι 27 από καρδιακά αίτια. Οι ασθενείς που πέθαναν από καρδιακά αίτια σε διάρκεια 12 μηνών παρακολούθησης ήταν σημαντικά γηραιότεροι από εκείνους που επέζησαν, είχαν υψηλότερο peel index score και είχαν πιο μακροχρόνια διαμονή στο νοσοκομείο.

Στην δεύτερη μελέτη οι Fogel et al, 2003, ήθελαν να μελετήσουν την σχέση της ποιότητας ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και το εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν την πρόβλεψη της συμμόρφωσης. Για τον λόγο αυτό μελέτησαν τους 285 ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου στο νοσοκομείο από τους 696 που εισάχθηκαν με βάση κάποιων κριτηρίων. Αυτά τα κριτήρια ήταν να μην νοσει από κάποια άλλη καρδιοχειρουργική ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο εντός 6 μηνών, ιατρικές συνθήκες που αποκλείουν αξιόπιστη λεκτική επικοινωνία, ασθενείς που δεν έγιναν δεχτοί στην υπηρεσία καρδιολογίας, θάνατο μέσα στο νοσοκομείο, την μεταφορά σε άλλο τμήμα μέσα σε 48 ώρες και ασθενείς που παρουσίασαν άνοια. Οι συμμετέχοντες μετά από

συγκατάθεση συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για την ΠΖ και την κατάθλιψη 2 με 5 μέρες κατά την νοσηλεία τους. Τέσσερις μήνες μετά το εξιτήριο τα ερωτηματολόγια αυτά επαναλήφθηκαν και τηρήθηκαν μόνο από 205 ασθενείς (71,9%). Οι λόγοι απόρριψης της επαναξιολόγησης ήταν ότι 18 από αυτούς πέθαναν, 11 αρνήθηκαν να επανεξεταστούν και 51 ήταν απρόσιτοι.

Το BDI έδειξε ότι τα άτομα με υψηλό αποτέλεσμα ήταν πιθανόν να ήταν γυναίκες, να είναι άνεργοι, να έχουν διαβήτη, να είχαν μεγαλύτερη διαμονή στο νοσοκομείο, να ζουν μόνοι τους και λιγότερο πιθανόν να είχαν κλάσμα εξώθησης <35% (Lane et al 2001, Fogel et al , 2003). Επίσης τα άτομα αυτά έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και ασκούνται λιγότερο συχνά από τα άτομα με χαμηλό BDI (Lane et al 2001).

Ο συντελεστής συσχέτισης pearson έδειξε μικρή συσχέτιση για την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής τόσο στην συγχρονική ($p<001$) όσο και στην πολλά υποσχόμενη μελέτη ανάλυση ($p<001$), (Fogel et al, 2003).

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Lane et al 2001).	Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η επίδραση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους στη θνησιμότητα και στην ποιότητα της ζωής σε ασθενείς που νοσηλεύονται για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη . Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 288 ασθενείς που νοσηλεύονται με έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς Beck Depression Inventory, κλίμακα State –Trait Anxiety Inventory (που μετρά το άγχος), διάγραμμα Dartmouth COOP (που αξιολογεί την λειτουργική κατάσταση των ασθενών).</p> <p>Περιβάλλον: 2 Εντατικές Μονάδες Θεραπείας σε 2 γενικά νοσοκομεία στην περιφέρεια West Mindland.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 288 από 437.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha= 0.90, 0.92.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Τα άτομα με υψηλό σκορ BDI έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και ασκούνται λιγότερο συχνά από τα άτομα με χαμηλό BDI.</p> <p>Οι ασθενείς που πέθαναν από καρδιακά αίτια σε διάρκεια 12 μηνών παρακολούθησης ήταν σημαντικά γηραιότεροι από εκείνους που επέζησαν, είχαν υψηλότερο peel index score και είχαν πιο μακροχρόνια διαμονή στο νοσοκομείο.</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
2	(Fogel et al, 2003).	Να μελετήσει την σχέση της ποιότητας ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και το εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν την πρόβλεψη της συμμόρφωσης.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 285 ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: Πανεπιστήμιο Johns Hopkins, Baltimore.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγια στην ποιότητα ζωής, ερωτηματολόγιο DEP, ερωτηματολόγιο SF – 36, BDI test (που μετρά την κατάθλιψη), κλίμακα MOSSAS.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 285 από 696.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha (0,77).</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Εκείνοι που δεν ξαναέκαναν την συνέντευξη στους 4 μήνες μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου, δείχνουν να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικών ατόμων από τους συμμετέχοντες.</p> <p>Ο συντελεστής συσχέτισης pearson έδειξε μικρή συσχέτιση για την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής τόσο στην συγχρονική (p<001) όσο και στην πολλά υποσχόμενη μελέτη ανάλυση (p<001).</p>

4.3 Επίδραση της κοινωνικής συνοχής στην ποιότητα ζωής

Στην πρώτη μελέτη οι Leifheit-Limson et al 2012 σκοπό είχαν να εξετάσουν τις αλλαγές στην κοινωνική υποστήριξη κατά την αποκατάσταση μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και κατά πόσο αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν τον πρώτο χρόνο. Για τον λόγο αυτό από τον Ιανουάριο του 2003 ως τον Ιούνιο του 2004 πήραν ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου από 19 κέντρα των ΗΠΑ. Είχαν επιλεχτεί ασθενείς >18 ετών με αυξημένα επίπεδα τροπονίνης και κρεατινικής κινάσης. Οι ασθενείς που δεν μιλούσαν καλά Ισπανικά και Αγγλικά ή είχαν αυξημένα καρδιακά ένζυμα δεν συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Από τους 249 ασθενείς μόνο 1951 συμμετείχαν στην μελέτη λόγω του ότι οι 17 έχασαν την ζωή τους κατά την διάρκεια της μελέτης και 530 έδειξαν ελλειπή στοιχεία στον 1 μήνα μελέτης. Τα βασικά στοιχεία των συμμετεχόντων συλλέχθηκαν 24 με 72 ώρες κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Επαναξιολόγηση έγινε τηλεφωνικά με συνεντεύξεις στον 1 μήνα, μετά 6 μήνες και τέλος 12 μήνες μετά το εξιτήριο τους. Από τους 1951 ασθενείς, το 14% ανέφεραν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη κατά την έναρξη και το 12% ανέφεραν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη σε 1 μήνα. Κατά την διάρκεια του πρώτου μήνα το 5,6% των ασθενών είχαν χαμηλή υποστήριξη, στο 6,4% είχε επιδεινωθεί η υποστήριξη, το 8,1% παρουσίασε βελτιωμένη υποστήριξη και το 80% είχε σταθερά υψηλή υποστήριξη.

Στην δεύτερη μελέτη οι Kristofferzon et al, 2005 ήθελαν περιγράψουν τις διαφορές των δύο φύλων στην αντίληψη τους για αντιμετώπιση, την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έτσι πήραν ασθενείς από τα ιατρικά αρχεία ενός νοσοκομείου στην Σουηδία με διαδοχική σειρά από τον Αύγουστο του 1999 μέχρι τον Ιούλιο του 2001 τις γυναίκες, και από τον Αύγουστο του 199 μέχρι τον Αύγουστο του 200 τους Άντρες. Οι ασθενείς που εντάχθηκαν θα έπρεπε να είχαν επιβεβαιωμένο ΕΜ 1 μήνα πριν, θα έπρεπε να ζουν στην περιοχή εξυπηρέτησης του νοσοκομείου και θα έπρεπε να είχαν αρκετά καλή φυσική και ψυχολογική ικανότητα να συμμετάσχουν στην μελέτη. Από τις 338 γυναίκες που θα συμμετείχαν, το 20% πέθαναν, το 35% δεν πληρούσε τα κριτήρια και το 23% μειώθηκε κατά την συμμετοχή. Από τους 317 άντρες οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 17%, 27%, 26%. Έτσι κατέληξαν σε 74 γυναίκες και 97 άντρες. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια 1, 4 και 12 μήνες μετά το εξιτήριο

τους και στην διάρκεια των 12 μηνών παρέμειναν 60 γυναίκες και 88 άντρες. Καμία διαφορά με την πάροδο του χρόνου ή μεταξύ των δύο φύλων δεν είχε προκύψει για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Απέναντι σε χρονικά σημεία, οι ασθενείς με επίμονα υψηλή υποστήριξη παρουσίασαν τα καλύτερα αποτελέσματα (χαμηλότερη συχνότητα της στηθάγχης, υψηλότερη ποιότητα σε συγκεκριμένες ασθένειες της ζωής και τη γενική φυσική και διανοητική λειτουργία και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα). Οι ασθενείς με την επιδείνωση της στήριξης είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν στηθάγχη (σχετικός κίνδυνος=1,46). Αντίθετα οι ασθενείς με βελτιωμένη υποστήριξη είχαν καλύτερα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένου υψηλότερης ποιότητας ζωής σε συγκεκριμένες ασθένειες ($p<0.002$), υψηλότερη γενικότερα νοητική λειτουργία ($p<0.002$) και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($p<0.002$). Επίσης ασθενείς με βελτιωμένη υποστήριξη είχαν υψηλότερη μέση SAQ ποιότητα ζωής (Leifheit-Limson et al 2012).

Περισσότερες γυναίκες από ό, τι οι άνδρες ανέφεραν δύσπνοια σε 1 μήνα (60% γυναίκες και 36 % άνδρες) ($p=0.005$). Επιπλέον, περισσότεροι άνδρες παρουσίασαν ζάλη στους 12 μήνες σε σύγκριση με τους 4 μήνες (16% έναντι 6%) ($p=0.01$). Περισσότερες γυναίκες από ό, τι άνδρες ανέφεραν ζάλη στους 4 μήνες (23% των γυναικών και το 6% άνδρες) ($p=0.002$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με το φύλο στην αντιμετώπιση διαφόρων πτυχών της καρδιακής νόσου. Επίσης δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών σύμφωνα με τις κλίμακες των κοινωνικών δικτύων και υποστήριξης. Η αύξηση της κλίμακας ψυχικής υγείας ήταν εμφανές στις γυναίκες και αύξηση για την σωματική κλίμακα πόνου στους άνδρες (οι Kristofferzon et al, 2005).

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Leifheit-Limson et al 2012).	Να εξετάσει τις αλλαγές στην κοινωνική υποστήριξη κατά την αποκατάσταση μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και κατά πόσο αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν τον πρώτο χρόνο.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 1951 ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: κλίμακα ESSI (που αξιολογεί την κοινωνική υποστήριξη), ερωτηματολόγιο SAQ, ερωτηματολόγιο SF-12, ερωτηματολόγιο υγείας RHQ-9.</p> <p>Περιβάλλον:</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 1951 από 2498.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha 0,90.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Το 14% ανέφεραν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη κατά την έναρξη και το 12% ανέφεραν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη σε 1 μήνα.</p> <p>Απέναντι σε χρονικά σημεία, οι ασθενείς με επίμονα υψηλή υποστήριξη παρουσίασαν τα καλύτερα αποτελέσματα (χαμηλότερη συχνότητα της στηθάγχης, υψηλότερη ποιότητα σε συγκεκριμένες ασθένειες της ζωής και τη γενική φυσική και διανοητική λειτουργία και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα).</p> <p>Οι ασθενείς με την επιδείνωση της στήριξης είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν στηθάγχη .</p> <p>Ασθενείς με βελτιωμένη υποστήριξη είχαν υψηλότερη μέση SAQ ποιότητα ζωής .</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
2	(Kristofferzon et al, 2005).	Περιγραφή των διαφορών των δύο φύλων στην αντίληψη τους για αντιμετώπιση, την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός-Συγκριτικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: Σκόπιμη N: 74 γυναίκες, N: 97 άντρες με έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγιο SF-36, δείκτης ποιότητας ζωής – καρδιακή έκδοση, Jalowiek coping scale (ψυχομετρική αξιολόγηση).</p> <p>Περιβάλλον: University of Gavle, Σουηδία, Uppsala University, Σουηδία.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 100%</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha 0,67, 0,68.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή .</p>	<p>Καμία διαφορά με την πάροδο του χρόνου ή μεταξύ των δύο φύλων δεν είχε προκύψει για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.</p> <p>Περισσότερες γυναίκες από ό, τι οι άνδρες ανέφεραν δύσπνοια σε 1 μήνα (60% γυναίκες και 36 % άνδρες) (p=0.005).</p> <p>Επιπλέον, περισσότεροι άνδρες παρουσίασαν ζάλη στους 12 μήνες σε σύγκριση με τους 4 μήνες (16% έναντι 6%) (p=0.01). Περισσότερες γυναίκες από ό, τι άνδρες ανέφεραν ζάλη στους 4 μήνες (23% των γυναικών και το 6% άνδρες) (p=0.002). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με το φύλο στην αντιμετώπιση διαφόρων πτυχών της καρδιακής νόσου.</p> <p>Επίσης δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών σύμφωνα με τις κλίμακες των κοινωνικών δικτύων και υποστήριξης. Η αύξηση της κλίμακας ψυχικής υγείας ήταν εμφανές στις γυναίκες και αύξηση για την σωματική κλίμακα πόνου στους άνδρες.</p>

4.4 Επιπτώσεις της κόπωσης στην ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου

Στην πρώτη μελέτη οι Brink et al 2011 σκοπό είχαν να προσδιορίσουν τις σχέσεις μεταξύ κόπωσης, διαταραγμένου ύπνου και αυτό-αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου. Έτσι πήραν ασθενείς με ΕΜ από την μονάδα εντατικής θεραπείας δύο νοσοκομείων στην Σουηδία με σειρά προέλευσης. Εξαιρέθηκαν από την μελέτη όσοι έπασχαν από κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια και όσοι δεν μιλούσαν την γλώσσα. Από τους 168 ερωτηθέντες μόνο οι 145 επέστρεψαν πλήρως το ερωτηματολόγιο μετά από δύο χρόνια μελέτης, 43 γυναίκες και 102 άντρες με ηλικία μικρότερη των 80 ετών. Οι συμμετέχοντες παρακολουθούνταν αρχικά 4 μήνες και στην συνέχεια ξανά στα 2 χρόνια. Τα δημογραφικά στοιχεία συλλέχθηκαν κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας παραμονής στο νοσοκομείο. Στους 4 μήνες έκαναν την κλίμακα Selfefficacy και στα 2 χρόνια απάντησαν ερωτηματολόγια για την κόπωση, τον διαταραγμένο ύπνο και την κατάσταση υγείας. Στους 4 μήνες έκαναν την κλίμακα Selfefficacy και στα 2 χρόνια απάντησαν ερωτηματολόγια για την κόπωση, τον διαταραγμένο ύπνο και την κατάσταση υγείας.

Στην δεύτερη μελέτη η Pia Alsen και η Eva Brink, 2012 ήθελαν να διερευνήσουν τις επιπτώσεις της κόπωσης και του άγχους στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και τις διαφορές αυτών των δύο παραγόντων στα δύο φύλα. Έτσι το δείγμα πάρθηκε από μια εντατική μονάδα σε ένα Σουηδικό νοσοκομείο, και αποτελείτο από 155 ασθενείς με ΕΜ (43 γυναίκες και 112 άντρες) με μέση ηλικία τα 67 έτη. Τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν την κλίμακα για το νοσοκομειακό άγχος και κατάθλιψη, το MFI που μετρά την κόπωση, και το ερωτηματολόγιο SF-36 για την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς αυτοί, στους 4 μήνες και μετά στα δύο χρόνια συμπλήρωσαν ξανά τα ερωτηματολόγια παρακολούθησης.

Στα αποτελέσματα των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες μετά από το εξιτήριο ήταν πόνο στην καθημερινή ζωή, δύσπνοια, κατάθλιψη σε συνδυασμό με κούραση και κούραση χωρίς κατάθλιψη (Brink et al 2011, Pia Alsen και Eva Brink, 2012). Η κόπωση μειώθηκε αρκετά σε όλες τις διαστάσεις του MFI-20 εκτός από τα μειωμένα κίνητρα. Οι γυναίκες βαθμολογούνται υψηλότερα σε σχέση με την κόπωση, τα κίνητρα, μειωμένη δραστηριότητα και μειωμένη νοητική

κόπωση (οι Brink et al 2011, Pia Alsen και Eva Brink, 2012). Η ηλικία συσχετίστηκε με την φυσική κατάσταση (PCS) ($p < 0.01$) και υπήρχε και διαφορά στα δύο φύλα με τις γυναίκες να έχουν χαμηλότερη PCS σε σύγκριση με τους άντρες ($p < 0.01$).

Δεν υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ηλικία, φύλο και ψυχολογική κατάσταση MCS. Η γενική κόπωση συνέβαλε στην διακύμανση του MCS ($p < 0.05$), ενώ η κατάθλιψη στο MCS ($p < 0.01$) (Pia Alsen και Eva Brink, 2012). Η αυτοαποτελεσματικότητα είχε συνάφεια PCS(0.177) και MCS (0.246). Σημαντική επίδραση της κόπωσης στο PCS(70.754) και στο MCS(70.659) (Brink et al 2011).

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Brink et al 2011).	Ο προσδιορισμός των σχέσεων μεταξύ κόπωσης, διαταραγμένου ύπνου και αυτό-αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός - Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 148 ασθενείς 80 χρονών 2 χρόνια μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε δύο Νοσοκομεία στην Σουηδία.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγια, κλίμακα Selfefficacy (που μετρά την αυτοαποτελεσματικότητα), κλίμακα GSE (που μετρά το βάρος), SF – 36.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 148 από 165.</p> <p>Αξιοπιστία: Cronbach alpha = 0,87</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Δεν εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ στο φύλο σχετικά με τις δραστηριότητες και την ξεκούραση.</p> <p>Το 4% ανέφεραν πόνο στην καθημερινή ζωή, ενώ το 26% παρουσίασε δύσπνοια.</p> <p>Το ¼ παρουσίασε κόπωση, το ½ διαταραχές ύπνου.</p> <p>Η αυτοαποτελεσματικότητα είχε συνάφεια PCS(0.177) και MCS(0.246).</p> <p>Σημαντική επίδραση της κόπωσης στο PCS(70.754) και στο MCS(70.659).</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
2	(Pia Alsen and Eva Brink, 2012).	Να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της κόπωσης και του άγχους στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και οι διαφορές αυτών των δύο παραγόντων στα δύο φύλα.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική μελέτη. Περιγραφικός - Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 204 ασθενείς 80 ετών μετά από θεραπεία εμφράγματος του μυοκαρδίου.</p> <p>Περιβάλλον: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε Σουηδικό Νοσοκομείο.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγια: 1. Κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης. 2. MFI – 20 (που μετρά την κόπωση). 3. Έρευνα SF-36 μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 155 από 204.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Μετά από 2 χρόνια το 18% ανέφερε κατάθλιψη σε συνδυασμό με κόπωση, ενώ το 30% κόπωση χωρίς κατάθλιψη.</p> <p>Οι γυναίκες βαθμολογούνται υψηλότερα σε σχέση με την κόπωση, τα κίνητρα, μειωμένη δραστηριότητα και μειωμένη νοητική κόπωση.</p> <p>Η ηλικία συσχετίζεται με το PCS ($p<0.01$), και η διαφορά του φύλου ($p<0.01$).</p> <p>Η κόπωση από την γενική κόπωση συνέβαλε ($p<0.01$), ενώ η κατάθλιψη δεν συμβάλλει σημαντικά στην διακύμανση του PCS.</p> <p>Δεν υπήρξαν συσχετίσεις ανάμεσα σε ηλικία, φύλο και MCS.</p> <p>Η γενική κόπωση συνέβαλε στην διακύμανση του MCS ($p<0.05$), ενώ η κατάθλιψη στο MCS ($p<0.01$).</p>

4.5 Ποιότητα ζωής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη

Η παρουσίαση των ερευνών συνεχίζεται με την πέμπτη υποκατηγορία η οποία σχετίζεται με την ΠΖ στους ασθενείς οι οποίοι ακολούθησαν χειρουργική επέμβαση κάνοντας μια αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέδειξε 2 άρθρα τα οποία σχετίζονται με ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κάποια καρδιακή αποκατάσταση.

Στην πρώτη μελέτη οι Marchionni et al 2013 ήθελαν να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα 2 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου στην ποιότητα ζωής σε ενήλικους. Για τον λόγο αυτό από διαλογή 773 ασθενών σε εντατικές μονάδες θεραπείας στην Φλωρεντία, επέλεξαν 270 ασθενείς χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια, άνοια, αναπηρία ή αντενδείξεις, και χωρίστηκαν σε 3 ηλικιακές ομάδες. Αυτές οι ομάδες ήταν από 45 μέχρι 65 χρόνων, από 66 μέχρι 75 η δεύτερη, και άνω των 75 η τρίτη. Σε κάθε ομάδα υπήρχαν 90 συμμετέχοντες. Τα άτομα αυτά αξιολογήθηκαν κατά πόσο είναι ικανοί στην εργασία (TWC), 2 μήνες, 4 μήνες και 12 μήνες μετά το επεισόδιο, χρησιμοποιώντας ένα εργομετρικό ποδήλατο, και τις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια στο άτομο. Υπήρχαν σημαντικές τάσεις για το φύλο, τον δείκτη μάζας σώματος, την οικογενειακή κατάσταση, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα, το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, την υπερλιπιδαιμία και την ιστορία των παροδικών ισχαιμικών προσβολών. Κατά την διάρκεια 14 μηνών μελέτης παρουσιάστηκε βελτίωση στη TWC στο νοσοκομείο παρά την διαμονή στο σπίτι. Παρ όλα αυτά στους 2 μήνες η TWC είχε βελτιωθεί σημαντικά σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς που έχουν κάνει κάποια παρέμβαση. Έτσι η TWC βελτιώθηκε εντός νοσοκομείου σε μεσήλικες ασθενείς, και σε πολύ ηλικιωμένους κατά την διάρκεια 6 και 12 μήνες παρακολούθησης. Η Ποιότητας ζωής βελτιώθηκε σε μεσήλικες και σε ηλικιωμένους ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και ασθενείς της ομάδας ελέγχου. Επιπλοκές ήταν παρόμοιες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν την πρώτη μας υπόθεση μελέτης ότι σε σύγκριση με καμία καρδιακή αποκατάσταση, οι μετεμφραγματικές καρδιακές αποκαταστάσεις ενισχύουν την άσκηση ανοχής σε ασθενείς όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων

ηλικίας άνω των 75 ετών ακόμη και αυτών που είναι 86 χρονών, οι οποίοι έχουν αποκλειστεί.

Στην δεύτερη μελέτη οι Cheuk Man-Yu et al, 2004 σκοπό είχαν την αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης επίδρασης του καρδιακού προγράμματος αποκατάστασης και πρόληψης σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου. Η μελέτη αυτή περιλάμβανε 269 διαδοχικούς ασθενείς σε ένα πανεπιστήμιο που είναι συνδεδεμένο με κέντρο καρδιακής αποκατάστασης στο Hong Kong. Από τους συμμετέχοντες οι 193 είχαν πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι 76 είχαν μόλις κάνει διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCL). Κριτήρια αποκλεισμού ήταν να έχουν οι ασθενείς σημαντική στένωση μιτροειδούς, στένωση αορτής, ενεργό περικαρδίτιδα ή μυοκαρδίτιδα, σοβαρή μη ελεγχόμενη υπέρταση, σωματικά προβλήματα που δεν επιτρέπουν άσκηση, γνωστική δυσλειτουργία και άρνηση συμμετοχής. Οι ασθενείς που συμμετείχαν τελικά στην μελέτη χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην μια έλαβαν CRPP που είναι μια άσκηση 8 εβδομάδων, και στην άλλη που ήταν η ομάδα ελέγχου έλαβαν συμβατική θεραπεία χωρίς πρόγραμμα άσκησης. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε από το SF-36. Η CRPP αποτελείται από 4 φάσεις. Στην φάση 1 ήταν ένα πρόγραμμα νοσηλείας που διήρκεσε από 7 μέχρι 14 μέρες. Στην φάση 2 ήταν ένα πρόγραμμα για εκπαίδευση για την άσκηση, δύο φορές την εβδομάδα για 8 εβδομάδες. Στην φάση 3 ήταν ένα πρόγραμμα άσκησης στο σπίτι διάρκειας 6 μηνών. Τέλος η φάση 4 ήταν μια μακροχρόνια περίοδος συντήρησης διάρκειας μέχρι το τέλος του δεύτερου έτους. Μετά την φάση 1, η ομάδα ελέγχου έλαβε συμβατική θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία, χωρίς να συμπεριλαμβάνεται η άσκηση. Στο τέλος των φάσεων 2, 3 και 4 έγιναν δοκιμές αξιολόγησης της άσκησης. Δεν υπήρχε διαφορά στην ηλικία, το φύλο, και άλλες κλινικές παραμέτρους μεταξύ της CRPP και ομάδας ελέγχου. Στην ομάδα μελέτης, 6 από τις 8 διαστάσεις είχαν βελτιωθεί στους ασθενείς μετά την φάση 2. Αυτές οι διαστάσεις ήταν φυσική λειτουργία, σωματικός ρόλος, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία. Αντίθετα, ο πόνος του σώματος αυξήθηκε στο τέλος της φάσης 2 στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, οι ασθενείς μετά που είχαν παρευρεθεί στην CRPP έγινε πιο ευχάριστοι και χαλαροί στο τέλος της φάσης 2 και είχαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη σε όλη τη διάρκεια της μελέτης. Ωστόσο, καμιά ψυχολογική βελτίωση παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου στο τέλος της μελέτης. Αντί αυτού, είχε αυξηθεί το σκορ εχθρότητας στις φάσεις 2 και 3.

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	(Marchionni et al 2013).	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων 2 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου στην ποιότητα ζωής σε ενήλικους.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική Τυχαιοποιημένη μελέτη. Περιγραφικός – Διαχρονικός σχεδιασμός.</p> <p>Δειγματοληψία: N: 270 ασθενείς ηλικίας 46 – 86 ετών. Οι ηλικιακές ομάδες ήταν 45-65, 66-75 και μεγαλύτερη της ηλικίας των 75 ετών. Υπήρχαν 90 ασθενείς σε κάθε ομάδα.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Το πόσο ικανοί είναι στην εργασία μετρήθηκε με εργομετρικό ποδήλατο και τις επιπτώσεις που έχει η ασθένεια στο άτομο (sickness impact profile at baseline).</p> <p>Περιβάλλον: Εντατικές μονάδες Θεραπείας , Φλωρεντία.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 270 από 773.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Η Ποιότητας ζωής βελτιώθηκε σε μεσήλικες και σε ηλικιωμένους ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και ασθενείς της ομάδας ελέγχου. Επιπλοκές ήταν παρόμοιες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν την πρώτη μας υπόθεση μελέτης ότι σε σύγκριση με καμία καρδιακή αποκατάσταση, οι μετεμφραγματικές καρδιακές αποκαταστάσεις ενισχύουν την άσκηση ανοχής σε ασθενείς όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων ηλικίας άνω των 75 ετών ακόμη και αυτών που είναι 86 χρονών, οι οποίοι έχουν αποκλειστεί.</p>

A/A	Πηγή	Σκοπός	Υλικό και Μέθοδος	Αποτελέσματα
2	(Cheuk Man-Yu et al, 2004).	Αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης επίδρασης του καρδιακού προγράμματος αποκατάστασης και πρόληψης σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου.	<p>Σχεδιασμός: Ποσοτική Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη.</p> <p>Δειγματοληψία: Σκόπιμη N: 269 ασθενείς με πρόσφατο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.</p> <p>Συλλογή δεδομένων: Ερωτηματολόγιο SF-36.</p> <p>Περιβάλλον: Κέντρο αποκατάστασης στο Hong Kong.</p> <p>Ποσοστό ανταπόκρισης: 100%.</p> <p>Αξιοπιστία: Παραπομπή.</p> <p>Εγκυρότητα: Παραπομπή.</p>	<p>Δεν υπήρχε διαφορά στην ηλικία, το φύλο, και άλλες κλινικές παραμέτρους μεταξύ της CRPP και ομάδες ελέγχου.</p> <p>Στην ομάδα μελέτης, 6 από τις 8 διαστάσεις SF - 36 βελτιώθηκαν σημαντικά μετά από τη φάση 2 του προγράμματος. Αυτές οι διαστάσεις ήταν φυσική λειτουργία, σωματικός ρόλος, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία. Αντίθετα, ο πόνος του σώματος αυξήθηκε στο τέλος της φάσης 2 στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, οι ασθενείς μετά που είχαν παρευρεθεί στην CRPP έγινε πιο ευχάριστοι και χαλαροί στο τέλος της φάσης 2 και είχαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.</p> <p>Ωστόσο, καμιά ψυχολογική βελτίωση παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου στο τέλος της μελέτης. Αντ 'αυτού, είχε αυξηθεί το σκορ εχθρότητας στις φάσεις 2 και 3.</p>

5. Συζήτηση

Το Έμφραγμα του Μυοκαρδίου αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση και αφορά σε μεγάλο βαθμό τις ηλικίες > των 40 ετών. Η μελέτη για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν αναρρώσει από έμφραγμα του μυοκαρδίου θεωρείται σήμερα επιβεβλημένη αφού στην πραγματικότητα αποτελεί και δείκτη αξιολόγησης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση μελέτησε 15 έρευνες που μελέτησαν το θέμα σε σχέση με διάφορους παράγοντες και έδωσαν ένα σημαντικό στίγμα σε σχέση με την ΠΖ του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Φαίνεται ότι στη πλειοψηφία τους οι ερευνητές ασχολήθηκαν με άτομα τα οποία έπαθαν για πρώτη φορά ΕΜ, δεν είχαν άλλο συνοδό πρόβλημα υγείας, και άτομα τα οποία μπορούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια χωρίς δυσκολίες στην γλώσσα. Έτσι τα αποτελέσματα που θα έβρισκαν θα ήταν αξιόπιστα και με μεγάλο βαθμό επιτυχίας.

Το ερωτηματολόγιο SF-36 έδειξε ότι η ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων μετά το επεισόδιο ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο από το γενικό πληθυσμό στη σωματική και ψυχική κατάσταση. Επίσης βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ στις γυναίκες από τους άνδρες ($p < 0,001$ στη ψυχική κατάσταση και $p < 0,05$ στη σωματική κατάσταση) (Brink et al, 2002, Tutuncu, Ates, Aydin 2010).

Τα πιο συνήθης ευρήματα στους ασθενείς μετά από ΕΜ ήταν κόπωση, πόνο στο στήθος, δύσπνοια σε ηρεμία, εξάντληση, και πρόβλημα με τον ύπνο (Brink et al, 2002).

Διάφορες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων έδειξαν κάποιες μελέτες όπως ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα ύπνου ($p, 001$), και φτωχότερη ποιότητα ζωής τόσο για τις φυσικές όσο και για τις ψυχικές παραμέτρους (Brink et al, 2002, Tutuncu, Ates, Aydin 2010).

Και αφού το ΕΜ εμφανίζεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έτσι και οι (οι Brink et al, 2002) βρήκαν ότι οι ασθενείς > 65 ετών είχαν χαμηλότερα σκορ από τους υπόλοιπους στις κλίμακες και στα ερωτηματολόγια ($p 0,005$).

Σύμφωνα με τους (Karni Kinzbug and Tsach Ein-Dor, 2011), τα άτομα αυτά παρουσιάζουν κάποια διαταραχή στρες στην μετέπειτα ζωή τους. Αυτό συνδέεται με

κάποιους παράγοντες όπως το νεαρότερο της ηλικίας ($p<0.05$), τις περισσότερες μέρες νοσηλείας ($p<0.01$), τη σοβαρότερη απειλή για θάνατο ($p<0.01$), το πόσο σοβαρό είναι το EM και τα αρνητικά γεγονότα της ζωής μετά το EM ($p<0.01$).

Άλλο ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται και διαμορφώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι η κατάθλιψη η οποία εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες, σε άνεργους, σε άτομα που έχουν διαβήτη και σε άτομα που ζουν μόνοι τους (Lane et al 2001, Fogel et al, 2003).

Στα αποτελέσματα των συμπτωμάτων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες μετά από το εξιτήριο ήταν πόνος στην καθημερινή ζωή, δύσπνοια, κατάθλιψη σε συνδυασμό με κούραση και κούραση χωρίς κατάθλιψη. Επίσης οι γυναίκες βαθμολογούνται υψηλότερα σε σχέση με την κόπωση, τα κίνητρα, μειωμένη δραστηριότητα και μειωμένη νοητική κόπωση (Brink et al 2011, Pia Alsen και Eva Brink, 2012). Η γενική κόπωση συνέβαλε στην διακύμανση του MCS ($p<0.05$), ενώ η κατάθλιψη στο MCS ($p<0.01$) (Pia Alsen και Eva Brink, 2012).

Κάποιοι από τους μελετητές ήθελαν να ερευνήσουν πώς μπορεί να βελτιωθεί η ΠΖ των ασθενών μετά από EM και η πορεία της ασθένειας. Οι (Abrahamyan et al 2011), βρήκαν ότι οι ασθενείς που εισάχθηκαν χωρίς εντολές τυποποιημένης εισαγωγής είχαν πιο οξεία συμπτώματα από εκείνους που εισάχθηκαν με εντολές τυποποιημένης εισαγωγής με αρκετές διαφορές να εμφανίζονται στο φύλο, στην ηλικία, στην υπέρταση, στην ιστορία AEE και στην κολπική μαρμαρυγή στις δύο ομάδες.

Επίσης σημαντικός τομέας που κάνει καλύτερη την ΠΖ είναι η κοινωνική συνοχή. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με επίμονα υψηλή υποστήριξη παρουσίασαν τα καλύτερα αποτελέσματα, όπως χαμηλότερη συχνότητα της στηθάγχης, καλύτερη γενική φυσική και διανοητική λειτουργία ($p<0.002$), λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($p<0.002$), και υψηλότερη ποιότητα σε συγκεκριμένες ασθένειες της ζωής ($p<0.002$) (Leifheit-Limson et al 2012).

5.1 Περιορισμοί μελέτης

Το γεγονός ότι στη παρούσα ανασκόπηση δεν εντοπίστηκαν μελέτες στην Ελληνική γλώσσα και συγκεκριμένα στα Κυπριακά δεδομένα αποτελεί ένα περιορισμό.

Επιπλέον όπως φαίνεται μέσα από το υλικό και μέθοδος η αναζήτηση άρθρων επεκτάθηκε μέχρι το 2003 λόγω του ότι τα άρθρα δεν αναφέρονταν στην πληθυσμιακή ομάδα ενδιαφέροντος γεγονός που επίσης αποτελεί ένα περιορισμό.

6. Συμπεράσματα και Εισηγήσεις

Η παρούσα ανασκόπηση κατέληξε ότι όλοι οι ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν επηρεαστεί σε κάποιο βαθμό σε διάφορες παραμέτρους της ΠΖ τους με μεγαλύτερη επιδείνωση των πιο ηλικιωμένων και των γυναικών. Συγκεκριμένα αρκετοί ασθενείς ανέφεραν πόνο στην καθημερινή τους ζωή, δύσπνοια, κούραση, διαταραγμένο ύπνο, σημάδια κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται τόσο η σωματική όσο και η ψυχική τους κατάσταση.

Σε σχέση με το φύλο βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τις γυναίκες να έχουν δηλώσει φτωχότερη ΠΖ από τους άνδρες όσο αφορά την ψυχική κατάσταση ($p < 0,001$), αλλά και την σωματική κατάσταση ($p < 0,05$). Οι γυναίκες γενικότερα είχαν χειρότερη πρόγνωση από τους άντρες, με αρκετά συμπτώματα να εμφανίζονται πιο συχνά και σε μεγαλύτερο βαθμό σ αυτές. Κάποια από αυτά τα συμπτώματα που είχαν αναφερθεί ήταν η μεγάλη κούραση, περισσότερο διαταραγμένος ύπνος και αυξημένα επίπεδα στις κλίμακες που μετρούσαν την κατάθλιψη.

Άλλος παράγοντας που προβλέπει φτωχότερη ΠΖ είναι η ηλικία. Όλες οι έρευνες έχουν δείξει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ασθενή, τόσο πιο επηρεασμένο θα είναι το επίπεδο ΠΖ τους. Γι αυτό οι ασθενείς οι οποίοι είναι μεγάλης ηλικίας θα πρέπει να προσέχουν περισσότερο, να προσπαθούν να κάνουν καλύτερη ζωή σε σχέση με την διατροφή και τις συνήθειες τους, και να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών τους.

Ένα σημαντικό σύμπτωμα που παρουσιάζουν τα άτομα μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου είναι το στρες. Λόγω του ότι οι ασθενείς αρχίζουν και σκέφτονται ότι θα αλλάξει η ζωή τους μετά από ένα ΕΜ και ότι μπορεί να κινδυνέψει η ζωή τους, παρουσιάζουν ένα σύνδρομο που ονομάζεται οξεία διαταραχή του στρες. Αυτό το σύνδρομο κάνει πιο συχνά την εμφάνιση του όταν το άτομο μένει πιο πολλές μέρες στο νοσοκομείο ($p < 0.05$), όταν έχει βιώσει ξανά ΕΜ ($p < 0.01$) και όπως επίσης τα αρνητικά γεγονότα της ζωής του πριν το επεισόδιο ($p < 0.01$). Έτσι οι ασθενείς θα πρέπει να συζητούν τα προβλήματα τους και τις ανησυχίες τους με δικά τους άτομα ή με ειδικούς οι οποίοι μπορούν να τους καθησυχάσουν και να τους ηρεμήσουν έτσι ώστε να βγάλουν τις αρνητικές σκέψεις από το μυαλό τους.

Επίσης σύμφωνα με έρευνες, το υποστηρικτικό δίκτυο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην βελτιστοποίηση της κατάστασης του ασθενή σχεδόν σε όλες τις ασθένειες. Έτσι και στην περίπτωση μας σύμφωνα με τις μελέτες έδειξε ότι οι ασθενείς εκείνοι που παρουσίασαν επιδείνωση της στήριξης είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν στηθάγχη. Ενώ από την άλλη οι ασθενείς με βελτιωμένη υποστήριξη είχαν καλύτερα αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένου και υψηλότερης ποιότητας ζωής σε συγκεκριμένες ασθένειες ($p < 0.002$), υψηλότερη γενικότερα νοητική λειτουργία ($p < 0.002$) και λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($p < 0.002$).

Καλύτερη ΠΖ και καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται να έχουν επίσης και εκείνοι που κάνουν μια χειρουργική επέμβαση μετά το συμβάν. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται είναι η διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη και το Bypass, οι οποίες είναι διαδικασίες επαναγγείωσης που συσχετίστηκαν με σημαντικά καλύτερο αποτέλεσμα ($p < 0.01$). Επίσης οι ασθενείς που έκαναν διαδερμική στεφανιαία παράκαμψη είχαν υψηλότερο σκορ στο EQ-5D ($p < 0.004$) από εκείνους που δεν έκαναν.

7.Βιβλιογραφία

Abrahamyan L., Austin P.C., Donovan L.R. & Tu J.V. (2012) Standard admission orders can improve the management of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care* 24: 425 –432.

Alsén P. & Brink E. (2013) Fatigue after myocardial infarction - a two-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing* 22: 1647-1652.

Bergman E., Malm D., Karlsson J-E. & Berterö C. (2009) Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart & Lung* 38(2): 129-140.

Brink E., Alsén P., Herlitz J., Kjellgren K. & Cliffordson C. (2012) General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 17(3): 346-355.

Brink E., Karlson B.W. & Hallberg L.R.M. (2002) Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine* 7: 5-16.

Fogel J., Fauerbach J.A., Ziegelstein R.C., Bush D.E. (2004) Quality of life in physical health domains predicts adherence among myocardial infarction patients even after adjusting for depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 56: 75-82.

Ginzburg K. & Ein-Dor T. (2011) Posttraumatic stress syndromes and health-related quality of life following myocardial infarction: 8-year follow-up. *General Hospital Psychiatry* 33: 565-571

Kristofferzon M-L., Löfmark R. & Carlsson M. (2005) Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 52(2): 113-124.

Kuch B., Wende R., Barac M., Von Scheidt W., Kling B., Greschik C. & Meisinger C. (2011) Prognosis and outcomes of elderly (75-84 years) patients with acute myocardial infarction 1-2 years after the event – AMI-elderly study of the MONIKA/KORA Myocardial Infarction Registry. *International Journal of Cardiology* 149: 205-210

Lane D., Carroll D., Ring C., Beevers G. & Lip G.Y.H. (2001) Mortality and Quality of Life 12 Months After Myocardial Infarction: Effects of Depression and Anxiety. *Psychosomatic Medicine* 63: 221-230.

Leifheit-Limson E.C., Reid K.J., Kasl S.V., Lin H., Buchanan D.M., Jones P.G., Peterson P.N., Parashar S., Spertus J.A. & Lichtman J.H. (2012) Changes in social support within the early recovery period and outcomes after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 73: 35-41.

Marchionni N., Fattirolli F., Fumagalli S., Oldridge N., Del Lungo F., Morosi L., Burgisser C. & Masotti G. (2003). Improved Exercise Tolerance and Quality of Life With Cardiac Rehabilitation of Older Patients After Myocardial Infarction. *Circulation* 107: 2201-2206.

Shah P., Najafi A.H., Panza J.A. & Cooper H. (2009) Outcomes and Quality of Life in Patients >85 Years of Age With ST-Elevation Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology* 103(2): 170-174.

Tütüncü R., Ateş Y. & Audin Y. (2011) Quality of life 18 months after myocardial infarction. *Düzce Medical Journal* 13(1): 15-20.

Yu C-M., Lau C-P., Chau J, McGee S, Kong S-L., Cheung B.M-Y. & Li L.S-W. (2004). A Short Course of Cardiac Rehabilitation Program is Highly Cost Effective in Improving Long-Term Quality of Life in Patients With Recent Myocardial Infarction or Percutaneous Coronary Intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85: 1915-1922

