



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**



Διπλωματική εργασία με θέμα:

**Η Καρδιακή ανεπάρκεια και η ποιότητα ζωής των ατόμων
με εμφυτεύσιμο απινιδωτή**

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τσολακίδου Μαγδαληνή

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

**Σαουντζή-Κρέπια Δέσποινα
Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής,
Frederick University of Cyprus**

Μέλη επιτροπής:

**Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Διευθύντρια Τμήμα Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Λάρισας**

**Αλεξάνδρα Δημητριάδου
Επίκουρος καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Θεσσαλονίκης**

ΛΑΡΙΣΑ 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1.1 Ορισμός.....	7
1.2 Φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς.....	7
1.3 Επιδημιολογία.....	9
1.4 Συμπτώματα.....	10
1.5 Κλινικές εκδηλώσεις.....	11
1.6 Παθοφυσιολογία.....	12
1.7 Ταξινόμηση σταδίων.....	14.
1.8 Μορφές καρδιακής ανεπάρκειας.....	17
1.9 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	17
1.10 Διάγνωση.....	19
1.11 Πρόγνωση.....	22
1.12 Θεραπευτική προσέγγιση.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ποιότητα ζωής.....	28.
2.2 Σχέση ποιότητας ζωής και υγείας.....	30
2.3 Εκτίμηση και μέτρηση ποιότητας ζωής.....	33
2.4 Ψυχολογικές διαταραχές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.....	37
2.5 Αγχος.....	39
2.6 Κατάθλιψη.....	40
2.7 Αυτοεκτίμηση.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Αρχές και στόχος της Μεθόδου.....	43
3.2 Πειραματική διαδικασία.....	43
Δεντολογικά ζητήματα.....	44

3.3 Όργανα Συλλογής Στοιχείων.....	44
3.3.2 Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής sf-36.....	45
3.3.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenderg.....	46
3.3.4 Ερωτηματολόγιο Κάθλιψης του Beck.....	46
3.3.5 Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spilberger.....	47
3.3.6 Ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή... ..	47
3.4 Στατιστική Ανάλυση.....	48
3.5 Αποτελέσματα- συζήτηση.....	82

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....9

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται ως το σύνδρομο που προκαλείται λόγω διαταραχής της καρδιακής λειτουργίας.. Τα συμπτώματα είναι ελαττωμένη καρδιακή παροχή, πνευμονική συμφόρηση ή συστηματική φλεβική συμφόρηση.

Σκοπός

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής, αυτοεκτίμησης, άγχους, και κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κατόπιν τοποθέτησης εμφυτεύσιμου απινιδωτή.

Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα ήταν 89 ασθενείς, στην πλειοψηφία άνδρες, με καρδιακή ανεπάρκεια που έφεραν εμφυτεύσιμο απινιδωτή και παρακολουθούνταν σε τακτική βάση σε ένα νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Διασφαλίσθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, εξασφαλίσθηκε συναίνεση μετά από πληροφόρηση και συμπληρώθηκαν το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36, η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg, το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck, το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger και το Ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.18. (SPSS Inc., Chicago).

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδωτή παρουσιάζουν ένα σύνθετο πρότυπο χαμηλής ποιότητας ζωής και αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλή κατάθλιψη και άγχους. Παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι: Σωματική κατάσταση ($p=0,010$), ανάγκη για φροντίδα ($p=0,010$). Στην πνευματική ποιότητα ζωής, ανάγκη για φροντίδα ($p=0,010$). Μέτρια επίπεδα αυτοεκτίμησης για τους συμμετέχοντες ($p=0,040$). Συπτώματα μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης ανάγκη για φροντίδα ($p=0,007$) στην εργασιακή κατάσταση ($p=0,22$). Τα επίπεδα άγχους φάνηκε να επηρεάζονται από το παροδικό άγχος ($p=0,037$), και το μόνιμο άγχους ($p=0,004$).

Συμπέρασμα

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδωτή έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής, που είναι συνδεδεμένη με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η ανάγκη κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε ατομικό ή/και σε ομαδικό επίπεδο, ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί ως παρέμβαση για τους ασθενείς αυτούς.

ABSTRACT

Introduction

Heart failure is defined as the syndrome caused as a result of a disorder of the heart function. Its symptoms are reduced cardiac output, pulmonary congestion or systematic venous congestion.

Objective

The survey aimed to evaluate the quality of life, self-esteem, stress and depression for patients with heart failure after the implantation of cardioverter-defibrillators in their bodies.

Materials and Method

The sample consisted of 89 patients with heart failure, male in their majority, who carried implantable cardioverter-defibrillators and whose conditions were monitored on a regular basis in a hospital in the city of Thessaloniki. The anonymity of the participants was secured, as was their informed consent, and the SF-36 short-form Health Survey on Quality of Life, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Bock Depression Inventory, the Spielberg Job-Stress Survey and the Questionnaire on the Implantable Cardioverter-Defibrillator were completed. The statistical analysis was conducted using the statistical package SPSS v.18. (SPSS Inc., Chicago).

Results

Patients with an implantable cardioverter-defibrillator present a complex pattern of low quality of life and self-esteem, combined with high rates of depression and stress. Factors which were found to affect the quality of life are: Physical condition ($p=0.010$), need for care ($p=0.010$). As for mental quality of life, need for care ($p=0.010$). Medium levels of self-esteem for the participants ($q=0.040$). Symptoms of medium or severe depression, need for care ($p=0.007$) in working conditions ($p=0.22$). The levels of stress were found to be affected by temporal stress ($p=0.037$) and chronic stress ($p=0.004$).

Conclusion

It is found that patients with an implantable cardioverter-defibrillator lead low-quality lives, connected to low levels of self-esteem and high levels of stress and depression. It would also be useful, if the need for social and psychological support at personal level, as well as at the level of a group, according to the needs of each separate patient, were considered as an intervention for them.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται το σύνδρομο κατά το οποίο η καρδιά, λόγω διαταραχής της λειτουργίας της, αδυνατεί να προσαρμόσει την παροχή της ανάλογα με τις ανάγκες του μεταβολισμού των ιστών. Καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί, επίσης, να προκληθεί όταν η καρδιά στην προσπάθειά της να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ιστικού μεταβολισμού υποχρεώνεται να αυξήσει «υπερβολικά» την πίεση πλήρωσης της πάσχουσας κοιλίας. (Σταματελόπουλος, 2002)

Στις ηπιότερες μορφές καρδιακής ανεπάρκειας η καρδιακή παροχή είναι επαρκής κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και γίνεται ανεπαρκής όταν αυξάνονται οι μεταβολικές απαιτήσεις κατά τη διάρκεια κάποιας άσκησης ή ορισμένων άλλων μορφών σωματικής καταπόνησης.

Στην κλινική πράξη η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να διαγνωσθεί οποτεδήποτε ένας ασθενής, με σημαντικού βαθμού καρδιακή νόσο, παρουσιάσει σημεία ή συμπτώματα ελαττωμένης καρδιακής παροχής, πνευμονικής συμφόρησης ή συστηματικής φλεβικής συμφόρησης. (Boon et al, 2005)

1.2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑ

Η καρδιά είναι ειδικός μυς του οργανισμού που λειτουργεί ως αντλία στέλνοντας αίμα μαζί με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά σε όλο το σώμα. Διακρίνεται σε δυο αντλίες, τη δεξιά και την αριστερή καρδιά. Η αριστερή καρδιά στέλνει το οξυγονωμένο αίμα από τους πνεύμονες προς όλο το σώμα, διαμέσου της αορτής και των αρτηριών. Στη συνέχεια το αίμα επιστρέφει πίσω στη δεξιά καρδιά, η οποία με τη σειρά της το μεταβιβάζει στους πνεύμονες για να εμπλουτισθεί, εκ νέου, με οξυγόνο. Η ανταλλαγή οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα πραγματοποιείται μεταξύ των τριχοειδών αγγείων της πνευμονικής αρτηρίας και του αέρα των κυψελίδων. Το οξυγονωμένο αίμα, πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά, επιστρέφει στην αριστερή κοιλία κατευθύνεται προς την περιφέρεια, εκκινώντας έτσι ένα καινούργιο “κύκλο”(Καραμπίνος,2012).

Η κυκλοφορία του αίματος διαιρείται στην περιφερική, μεγάλη συστηματική κυκλοφορία και στην πνευμονική ή μικρή κυκλοφορία. Η περιφερική ξεκινά από την αριστερή κοιλία της καρδιάς απ' όπου το αίμα μέσω της αορτής και των αρτηριών εφοδιάζουν με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες τα κύτταρα του οργανισμού. Από τη δεξιά κοιλία ξεκινά η πνευμονική κυκλοφορία, όπου μέσω της πνευμονικής αρτηρίας το αίμα μεταφέρεται στους πνεύμονες (Κακλαμάνης,1998).

Η ρυθμική, ή φυσιολογική, λειτουργία της καρδιάς και η αποτελεσματική κυκλοφορία του αίματος στα αγγεία δεν εξαρτάται από τη βούληση του ατόμου αλλά από την δραστηριότητα ενός εξειδικευμένου συστήματος, που εδράζει στην καρδιά και ονομάζεται σύστημα παραγωγής και αγωγής της διέγερσης (Ellis,1995). Ουσιαστικά καθορίζει και ελέγχει την ομαλή συστολή των μυοκαρδιακών ινών και αποτελείται από τα παρακάτω επιμέρους τμήματα (Παρασκευάς,2005 & Κακλαμάνης,1998):

- το φλεβόκομβο ή κόμβο του Keith-Flack
- τις διακομβικές οδούς ή συνδέσεις
- τον κολποκοιλιακό κόμβο
- το δεμάτιο του Hiss ή κοινό κολποκοιλιακό δεμάτιο
- τις ίνες του Purkinje, που συνιστούν τις τελικές απολήξεις των σκελών
- τα τριτεύοντα κέντρα κοιλιών, εξειδικευμένες ίνες του μυοκαρδίου.

Η λειτουργία της καρδιάς εξαρτάται και επηρεάζεται, σε μεγάλο βαθμό, από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, καθώς νευρώνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα του παρασυμπαθητικού και τα αυχενικά νεύρα του συμπαθητικού συστήματος. Τα πνευμονογαστρικά νεύρα εδράζουν κυρίως στον φλεβόκομβο, στις κολπικές μυϊκές ίνες και στον κολποκοιλιακό κόμβο ενώ επεκτείνονται έως και το κοιλιακό μυοκάρδιο (Ellis,1995). Αντιστοίχως, οι ίνες των αυχενικών νεύρων, νευρώνουν το σύνολο των κόλπων και κοιλιών (Παρασκευάς,2005). Εντούτοις, πρέπει να τονιστεί ότι το σύστημα εξακολουθεί να λειτουργεί αντανακλαστικά, ακόμη και χωρίς τις επιδράσεις του νευρικού συστήματος.

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε αντίθεση με την πορεία άλλων καρδιαγγειακών παθήσεων, η συχνότητα εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας εμφανίζει σταδιακή αύξηση. Στις ΗΠΑ 5, περίπου, εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν από καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 550.000 νέα περιστατικά. Η καρδιακή ανεπάρκεια συνιστά τον πιο συχνό λόγο εισαγωγής και παραμονής στο νοσοκομείο και υπολογίζεται ότι 33 δισεκατομμύρια δολάρια δαπανώνται κάθε χρόνο για την αντιμετώπισή της. (Κοντοπυργιάς, 2008).

Ο κίνδυνος να εμφανίσει ένα άτομο καρδιακή ανεπάρκεια στη διάρκεια της ζωής του υπερβαίνει το 20%. Μεταξύ των παραγόντων που θεωρούνται υπεύθυνοι για την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας στις ανεπτυγμένες χώρες, περιλαμβάνονται η αύξηση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων και η βελτιωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η γενικότερη αύξηση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων θεωρείται υπεύθυνη και για την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας. (Κοντοπυργιάς, 2008)

Είναι δύσκολη η σύγκριση μεταξύ των εργασιών για την καρδιακή ανεπάρκεια που βασίζονται στον πληθυσμό (population-based studies) γιατί η κάθε εργασία δίνει και διαφορετικό ορισμό για τη συγκεκριμένη πάθηση. Οι εργασίες που διερευνούν τον επιπολασμό της καρδιακής ανεπάρκειας μπορούν, σε γενικές γραμμές, να χωρισθούν σε αυτές που βασίζονται στα αρχεία και τις συνταγογραφήσεις των ιατρών, σε αυτές που βασίζονται σε κλινικά κριτήρια και σε αυτές που έχουν ως βάση τους τα ευρήματα του ηχοκαρδιογραφήματος. Τα δεδομένα για τον επιπολασμό μπορεί να διαφέρουν αναλόγως της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε για την ταυτοποίηση των πασχόντων. Διαφορές αναφορικά με τα συγκεκριμένα δεδομένα παρατηρούνται και μεταξύ των εργασιών που επικεντρώνονται σε νοσηλευόμενους και σε περιπατητικούς ασθενείς. (Jeffery & Jessup, 2006) Η επίπτωση (αριθμός νέων περιστατικών) και ο επιπολασμός (αριθμός όλων των περιστατικών στο γενικό πληθυσμό σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή) της καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνουν αξιοσημείωτα με την ηλικία. Σύμφωνα με τα

αποτελέσματα της μελέτης Framingham, η επίπτωση είναι πενταπλάσια στην ηλικία των 70 ετών σε σύγκριση με την ηλικία των 40 ετών. (Αντωνακούδης και συν, 2011).

Το 2004 δημοσιεύθηκε η ενημερωμένη έκδοση της Rotterdam Study παρέχοντας μία σύγχρονη εικόνα σχετικά με τον επιπολασμό της πάθησης στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Η Rotterdam Study ήταν μία διερευνητική μελέτη κόορτης διαφόρων καρδιαγγειακών, νευρολογικών και οφθαλμολογικών παθήσεων στους ηλικιωμένους. Στην έρευνα, η οποία ξεκίνησε τον Ιούλιο του 1989 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2000 συμμετείχαν συνολικά 7983 κάτοικοι του Ommoord (ενός προαστίου του Rotterdam), ηλικίας από 55 ετών και άνω. Το 1998 ο επιπολασμός της καρδιακής ανεπάρκειας ήταν 0,9% στα άτομα ηλικίας 55-64 ετών, 4% σε αυτά που είχαν ηλικία 65-74 έτη, 9,7% στις ηλικίες 75-84 ετών και 17,4% στους μεγαλύτερους από 85 χρονών, επιβεβαιώνοντας ακόμη μία φορά τη ραγδαία αύξηση του επιπολασμού της πάθησης σε συνάρτηση με την ηλικία. (Bleumink et al, 2004)

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα και σημεία της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που διαθέτει ο γιατρός για την έγκαιρη διάγνωση της πάθησης. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνεται αναλυτικό ιστορικό και να υποβάλλεται σε προσεκτική κλινική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης της επισκόπησης, της ψηλάφησης και της ακρόασης (Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία, 2010). Τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας διακρίνονται σε δύο είδη, τη συμπτωματολογία ανεπάρκειας αριστερής και δεξιάς κοιλίας.

Η συμπτωματολογία ανεπάρκειας αριστερής κοιλίας εκφράζεται ως μειωμένη ανοχή στην κόπωση, λόγω της ελαττωμένης και ανεπαρκούς οξυγόνωσης του μυϊκού ιστού, αλλά και από τη συνυπάρχουσα δύσπνοια λόγω της πνευμονικής συμφόρησης. Η δύσπνοια οφείλεται στην μειωμένη κίνηση ή στάση του αίματος στους πνεύμονες. Ο ασθενής αισθάνεται λαχάνιασμα, σύμπτωμα που παρατηρείται συχνά κατά την άσκηση και σπανιότερα κατά την ηρεμία. Η δύσπνοια, συχνά, εμφανίζεται ως ορθόπνοια, δηλαδή αδυναμία του ασθενούς να ξαπλώσει, ενώ παρατηρείται αιφνίδια κατά τις βραδυνές ώρες. Τέλος, πρέπει να τονιστεί πως συμπτώματα που υποδηλώνουν μειωμένη εξώθηση αίματος από την καρδιά, όπως είναι η κόπωση και η

αδυναμία, δύναται να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς σε σημείο που να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί (Καραμπίνος, 2012).

Από την άλλη πλευρά η συμπτωματολογία σε ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας, εκδηλώνεται ως υπερφόρτωση με υγρά και συλλογή νερού στα κάτω άκρα. Τα συσσωρευμένα υγρά δημιουργούν οιδήματα, σε πρώτο στάδιο χαμηλά και γύρω από τους αστραγάλους, που εν συνεχεία επεκτείνονται από τις κνήμες προς τον κορμό. Η συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα, περιβάλλει τα σπλάχνα και ονομάζεται ασκίτης ενώ συχνό φαινόμενο είναι η συγκέντρωση υγρών και στην υπεζωκοτική κοιλότητα (Καραμπίνος,2012).

Συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας είναι τα διάφορα γαστρεντερικά ενοχλήματα, ζάλη και αδυναμία συγκέντρωσης. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα αποτελεί η καρδιακή καχεξία, κατά την οποία παρατηρείται ανορεξία, απίσχνανση και απώλεια βάρους, χωρίς παράλληλη αύξηση της διούρησης. Το τελευταίο αποτελεί κακό προγνωστικό στοιχείο και παρατηρείται υψηλή θνητότητα, ποικίλης αιτιολογίας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης φλεγμονής και απόπτωσης (Καραμπίνος,2012). Τέλος τα τυπικά σημεία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, το περιφερικό οίδημα, η ηπατομεγαλία, οι συρίττοντες πνευμονικοί ήχοι, το πλευριτικό υγρό και η αυξημένη πίεση στη σφαγιτίδα φλέβα (Dickstein et.al,2008).

1.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μειωμένη αιμάτωση παρατηρείται γενικευμένη αδυναμία, ολιγουρία, λιποθυμικές τάσεις, νηματοειδής σφυγμός, ψυχρό δέρμα και εφίδρωση. Η καταβολή του οργανισμού είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας κατά την παροχή ικανής ποσότητας αίματος στους σκελετικούς μύες (McPhee et al,1986). Παρόμοιος, λόγω της περιορισμένης εγκεφαλικής αιμάτωσης σε προχωρημένα ή χρόνια περιστατικά καρδιακής ανεπάρκειας, παρατηρείται σύγχυση, ζαλάδα και θόλωση της διάννοιας. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί η νυκτουρία, που οφείλεται στην μειωμένη αιμάτωση των νεφρών και εκδηλώνεται κατά τις βραδινές ώρες όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος και η αιμάτωση αποκαθίσταται, προς στιγμής (Rabow,2001).

Η πνευμονική συμφόρηση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια εκδηλώνεται ως δύσπνοια με την κόπωση, ορθόπνοια, καρδιακό άσθμα και πνευμονικό οίδημα. Η πνευμονική συμφόρηση οφείλεται στην αύξηση της πίεσης στον αριστερό κόλπο της καρδιάς. Όταν η πίεση στα τριχοειδή αγγεία των πνευμόνων αυξηθεί άνω της κολλοειδωσμοτική πίεσης του πλάσματος, δημιουργείται πνευμονικό οίδημα (McPhee,1986). Η ξαφνική εμφάνιση παροξυσμικής νυκτερινής δύσπνοιας οφείλεται στην μειωμένη δράση του συμπαθητικού συστήματος και στην καταστολή του κέντρου της αναπνοής κατά την διάρκεια του ύπνου (Guyton,2001).

Τέλος η καχεξία αποτελεί σοβαρή κλινική εκδήλωση της καρδιακής ανεπάρκειας, σε προχωρημένο στάδιο. Οφείλεται στην κυτταρική υποξία, τον αυξημένο μεταβολισμό, τη μειωμένη πρόσληψη τροφής και τη μειωμένη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών λόγω ατροφίας των εντερικών λαχνών (Gorelik,2003).

1.6 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η φυσιολογική σύσπαση και βράχυνση των ινών του μυοκαρδίου (ή συνολικά του μυοκαρδίου) είναι υπεύθυνες για την πίεση που αναπτύσσεται στις κοιλίες, αλλά και για την εξώθηση του αίματος. Στην καρδιακή ανεπάρκεια σε μια εντελώς αρχική φάση η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου – εξαιτίας της υποκείμενης πάθησης και ανάλογα με τη βαρύτητα και τη διάρκεια της – επηρεάζεται ελαφρά, αλλά η ικανότητα βράχυνσης της μυοκαρδιακής ίνας και του μυοκαρδίου ελαττώνεται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια σχετική αδυναμία της αριστερής κοιλίας για την πλήρη εξώθηση του αίματος που περιέχει. (Ζιάκας, 2004).

Αυτή η αδυναμία έχει ως συνέπεια την αύξηση του τελοσυστολικού και του τελοδιαστολικού όγκου αίματος και, άρα τη διάταση της αριστερής κοιλίας. Η διάταση αυτή διαμέσου του μηχανισμού των Frank – Starling συμβάλλει αρχικά στην κανονική εξώθηση του αίματος. (Ζιάκας, 2004).

Η ενδογενής ικανότητα της καρδιάς να προσαρμόζεται ανάλογα με τα μεταβαλλόμενα φορτία του επανερχόμενου αίματος ονομάζεται Νόμος της Καρδιάς των Frank-Starling. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, όσο μεγαλύτερη είναι η πλήρωση της

καρδιάς κατά τη διαστολή της τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η ποσότητα του αίματος η οποία προωθείται προς την αορτή. (Χαρίτου, 2010)

Όμως σταδιακά όταν η διάταση της αριστερής κοιλίας αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα η διάμετρος της να γίνει διπλάσια της φυσιολογικής, η θετική επίδραση στην εξώθηση του αίματος παύει να υφίσταται. Έτσι, η αντιμετώπιση αυτής της νέας κατάστασης γίνεται πια μέσω της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Οι μηχανισμοί που συμμετέχουν στη διαδικασία της μετάπτωσης από τη διάταση στην υπερτροφία, όπως και ο τρόπος με τον οποίο αυτοί ενεργοποιούνται για να λειτουργήσουν δεν είναι ακόμη γνωστοί. (Ζιάκας, 2004)

Η αύξηση, πάντως, του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας συντελεί και πάλι στην επαναφορά της φυσιολογικής διαδικασίας κατά την εξώθηση του αίματος. Η διαδικασία της υπερτροφίας δεν είναι απεριόριστη. Επηρεάζεται από τη δυνατότητα μιας παράλληλης διάτασης των στεφανιαίων αγγείων, αλλά και από τις απαιτήσεις σε οξυγόνο του υπερτροφικού μυοκαρδίου. Εκτός αυτών, η παράλληλη αύξηση του δικτύου του κολλαγόνου εγκλωβίζει και, εν τέλει, παρεμποδίζει τη διαδικασία χάλασης και βράχυνσης των ήδη υπερτροφικών μυϊκών ινών, με συνέπεια τη μείωση της συσταλτότητας του μυοκαρδίου. (Ζιάκας, 2004)

Από τα προαναφερθέντα συμπεραίνεται ότι η καρδιακή ανεπάρκεια, με τις ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις της αποτελεί μία μεταγενέστερη φάση της νόσου κατά την οποία οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί της διάτασης και της υπερτροφίας των κοιλιών είναι ανεπαρκείς για να διατηρήσουν τη φυσιολογική εξώθηση του αίματος. (Ζιάκας, 2004)

Οι καταστάσεις που μπορεί να επιδεινώσουν την πάθηση είναι οι ακόλουθες:

1. Πνευμονική θρομβοεμβολή
2. Λοιμώξεις
3. Αναιμία
4. Θυρεοτοξίκωση – κύηση
5. Καρδιακές αρρυθμίες
6. Λοιμώδεις μυοκαρδίτιδες
7. Λοιμώδεις ενδοκαρδίτιδες
8. Διαιτητική παρεκτροπή
9. Συγκινησιακοί παράγοντες
10. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. (Ηλονίδης, 1999.)

1.7 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΑΔΙΩΝ

Η καρδιακή ανεπάρκεια με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες των ACCF/AHA του 2009 ταξινομείται σε τέσσερα στάδια. Τα στάδια αυτά απεικονίζουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη της πάθησης. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα πρώτα δύο στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας δεν αναφέρονται σε εγκατεστημένη καρδιακή ανεπάρκεια. Αποτελούν δηλαδή «στάδια καρδιακής ανεπάρκειας χωρίς να υφίσταται ουσιαστικά καρδιακή ανεπάρκεια». Ενδεχομένως οι ερευνητές και συγγραφείς των οδηγιών αυτών να αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση των κλινικών γιατρών για την έγκαιρη αναγνώριση των υπό κίνδυνο ασθενών.

Πιο αναλυτικά στα στάδια Α και Β εντάσσονται ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιακή ανεπάρκεια. Παραδείγματος χάρη, ασθενείς με στεφανιαία νόσο, υπέρταση ή διαβήτη στους οποίους δεν έχει εμφανισθεί ακόμα δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας ή υπερτροφία, ανήκουν στο στάδιο Α γιατί είναι πιθανό να αναπτύξουν καρδιακή ανεπάρκεια στο μέλλον. Η εντόπιση τους πρέπει να γίνεται γιατί αυτοί συνιστούν τη μεγάλη δεξαμενή των υποψηφίων και σε αυτούς ουσιαστικά πρέπει να στραφεί η προσοχή. Στην ομάδα αυτή εντάσσονται και άτομα που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε χημειοθεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη και ανθρακυκλίνες, με ακτινοβολία μεσοθωρακίου, καθώς και άτομα με οικογενειακό ιστορικό μυοκαρδιοπάθειας, ανεξάρτητα αν δεν έχουν εμφανίσει κανένα σύμπτωμα και καμιά δομική ανωμαλία στην καρδιά και από πρακτικής άποψης δεν ανταποκρίνονται στους όρους του ορισμού της καρδιακής ανεπάρκειας.

Στο στάδιο Β εντάσσονται ασθενείς που στερούνται συμπτωμάτων, αλλά παρουσιάζουν υπερτροφία ή επηρεασμένη λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Στο στάδιο C κατατάσσονται συμπτωματικοί πια ασθενείς που παρουσιάζουν οπωσδήποτε υποκείμενη δομική ανωμαλία και στο στάδιο D ασθενείς με εξελιγμένη, ανθεκτική στη θεραπεία καρδιακή ανεπάρκεια για την οποία απαιτούνται πιο επιθετικές θεραπευτικές στρατηγικές. (Κάκουρος, 2010)

Αυτή η ταξινόμηση αναγνωρίζει ότι υπάρχουν καλά τεκμηριωμένοι παράγοντες κινδύνου και δομικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της καρδιακής

ανεπάρκειας και, επίσης, ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίζουν πριν την εμφάνιση της δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας ή συμπτωμάτων έτσι ώστε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από την καρδιακή ανεπάρκεια. (Hunt, 2005)

Η καρδιακή ανεπάρκεια διακρίνεται επίσης σε οξεία και χρόνια, αλλά και σε αριστερή, δεξιά και ολική (συμφορητική) καρδιακή ανεπάρκεια. (Boon et al, 2005)

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται ως η ταχεία εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων που οφείλονται στην παθολογική καρδιακή λειτουργία η οποία μπορεί να παρουσιάζεται με την ύπαρξη ή μη πρότερης καρδιακής νόσου. Η καρδιακή δυσλειτουργία μπορεί να σχετίζεται με συστολική ή διαστολική δυσλειτουργία, με ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού ή με ανομοιότητα μεταξύ του προφορτίου και του μεταφορτίου. Συχνά είναι απειλητική για τη ζωή και απαιτεί άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να παρουσιαστεί ως de novo οξεία (εμφάνιση της πάθησης σε ασθενή χωρίς προϋπάρχουσα καρδιακή δυσλειτουργία) ή οξεία απορρυθμισμένη χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας. Ο ασθενής με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανιστεί με μία από τις ιδιαίτερες κλινικές οντότητες που τη χαρακτηρίζουν όπως το πνευμονικό οίδημα, η υπερτασική καρδιακή ανεπάρκεια, η καρδιογενής καταπληξία, η ανεπάρκεια αύξησης του όγκου παλμού και η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Το πνευμονικό οίδημα (ορατό στην απλή ακτινογραφία θώρακος) συνοδεύεται από οξεία αναπνευστική δυσχέρεια με γενικευμένους τρίζοντες σε όλα τα πνευμονικά πεδία, ορθόπνοια και υποξυγοναιμία (κορεσμό οξυγόνου συνήθως <90%) πριν από την έναρξη της θεραπείας. (Niemenen et al, 2005)

Στις περιπτώσεις που υπάρχει σταδιακή επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας ενεργοποιούνται διάφοροι αντιρροπιστικοί παράγοντες. Ο όρος αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια χρησιμοποιείται, συνήθως, για την περιγραφή της κατάστασης ενός ασθενή με επηρεάσμενη καρδιακή λειτουργία, στον οποίο οι προσαρμοστικές (αντιρροπιστικές) αλλαγές που έχουν λάβει χώρα περιλαμβάνουν την ανάπτυξη εμφανούς καρδιακής ανεπάρκειας.

Ένα έλασσον σύμβαμα, σε έναν τέτοιο ασθενή, όπως μία λοίμωξη ή η εμφάνιση καρδιακής μαρμαρυγής μπορεί να επισπεύσει την εμφάνιση της καρδιακής ανεπάρκειας. (Boon et al, 2005)

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από μετριασμό της ικανότητας για άσκηση, από νευροορμονικές και βιοχημικές διαταραχές και από

μείωση της επιβίωσης. Είναι μία πάθηση που μπορεί να θεωρηθεί ως η κατάληξη όλων των καρδιακών παθήσεων. Από παθοφυσιολογική άποψη, είναι αποτέλεσμα της διαταραχής της καρδιακής λειτουργίας, που έχει ως κατάληξη την αδυναμία της καρδιάς να διατηρήσει την καρδιακή παροχή σύμφωνα με τις ανάγκες της περιφέρειας. (Τζάνης και συν, 2008)

Η ραγδαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της, η κακή της πρόγνωση, οι συχνές επανεισαγωγές των ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, η χαμηλή ποιότητα ζωής τους, αλλά και το σημαντικό νοσοκομειακό κόστος έκαναν τους ερευνητές να στρέψουν, την τελευταία εικοσαετία, την προσοχή τους στη έρευνα φαρμακολογικών παραγόντων αλλά και μη φαρμακολογικών θεραπευτικών λύσεων που θα μπορούσαν να επιφέρουν την ελάττωση των επιπτώσεων της συγκεκριμένης πάθησης. (Δημητρώλης & Αγγελή – Κρανιδιώτη, 2006)

Η επιβίωση τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται στο 80–90% στη μέτρια και στο 50–60% στη βαριά μορφή της. (Stromberg, 2002, Stromberg και συν 2003) Η πενταετής επιβίωση είναι κάτω από το 50%. Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια συνδέεται και με πολύ μεγάλη νοσηρότητα, καθώς αποτελεί για τις βιομηχανοποιημένες χώρες την συχνότερη αιτία εισαγωγής νοσηλείας σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ασθενείς άνω των 65 ετών. (Stewart & Horowitz, 2002, Moser & Mann, 2002)

Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και οι άμεσοι συγγενείς τους αντιμετωπίζουν ποικίλα και πολύπλοκα προβλήματα. Η ασθένεια, εκτός από τα εξουθενωτικά σωματικά συμπτώματα, χαρακτηρίζεται από αλλαγές ρόλων, επαναλαμβανόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, πρόωπη συνταξιοδότηση, οικονομική επιβάρυνση και αλλοιώσεις στην κοινωνική στήριξη. Όλες αυτές οι μεταβολές μπορεί να επιφέρουν κατάθλιψη σημαντικού βαθμού και αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής, τόσο των ίδιων των ασθενών, όσο και των οικείων τους. Οι προαναφερθείσες μεταβολές στον τρόπο ζωής των ασθενών πιθανόν με τη σειρά τους να καταλήξουν σε αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και θνητότητας. (Πολυκανδριώτη και συν, 2009)

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια προσβάλλει το 1,5% ως 2% του γενικού πληθυσμού και χαρακτηρίζεται από υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Παρόλο που έχει επιταχυνθεί η διάγνωση και έχουν γίνει προσπάθειες για εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση, η πρόγνωση της πάθησης δεν έχει καλύτερεύσει. (Κωστίκας,

1.8 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται σε πολλές μορφές. Ένας πρώιμος διαχωρισμός είναι σε αντιροπούμενη, όταν δηλαδή δεν παρατηρούνται συμπτώματα σε κατάσταση ηρεμίας, και μη αντιροπούμενη, όταν υπάρχουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά ευρήματα και συμπτώματα. Κατά την αντιροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια παρατηρείται ελάττωση της κατάλληλης ποσότητας αίματος, στάση του αίματος στις φλέβες, γεγονός που επιφέρει αύξηση της συστηματικής φλεβικής πίεσης. Εντός σύντομου χρονικού διαστήματος παρατηρείται έντονη διέγερση των συμπαθητικών αντανακλαστικών (Dickstein et.al,2008).

Επιπλέον δύναται να διαχωριστεί σε οξεία και χρόνια. Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται ως η πρώτη οξεία εμφάνιση της πάθησης, ενώ η χρόνια είναι η πιο κοινή μορφή και περιλαμβάνει πολλαπλές οξείες φάσεις εντός κάποιου ορισμένου χρονικού διαστήματος (Dickstein et.al,2008).

Τέλος μπορεί να διακριθεί σε αριστερή ή δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Στην αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια η βλάβη παρατηρείται στην αριστερά κοιλία, που λόγω της αδυναμίας προώθησης του αίματος προς την αορτή, ονομάζεται και ως συστολική καρδιακή ανεπάρκεια. Απεναντίας, στην δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια παρατηρείται μειωμένη λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας και αδυναμία προώθησης του αίματος προς τους πνεύμονες. Εν συνεχεία αυξάνεται η πίεση στις φλέβες, διατείνονται και προκαλούνται οιδήματα στο σύνολο του σώματος (Καραμπίνος,2012).

1.9 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η βασικότερη αιτία καρδιακής ανεπάρκειας (70%) στον αναπτυγμένο κόσμο είναι η στεφανιαία νόσος. Η νέκρωση του μυοκαρδίου, η με ευνοϊκή αναδιαμόρφωση του κοιλιακού μυοκαρδίου και η συστολική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου που βρίσκεται σε κατάσταση ισχαιμίας (απόπληκτου και χειμάζοντος) είναι οι βασικοί μηχανισμοί με τους οποίους η στεφανιαία νόσος οδηγεί σε καρδιακή ανεπάρκεια. Η

νέκρωση του μυοκαρδίου από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί δεν αποκαθίσταται (παρά όλες τις προσπάθειες με σύγχρονες τεχνικές αναγέννησης του, όπως είναι η έγχυση προγονικών κυττάρων). Στη δυσμενή αναδιαμόρφωση του κοιλιακού μυοκαρδίου μπορούν να γίνουν φαρμακευτικές παρεμβάσεις πρόληψης, ενώ η συστολική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου που βρίσκεται σε κατάσταση ισχαιμίας είναι από τους τρεις παράγοντες αυτός που αναστρέφεται ευχερέστερα με παρεμβάσεις επαναιμάτωσης. (Πυργάκης, 2010)

Στην χρόνια στεφανιαία νόσο η κύρια μάζα του ισχαιμούντος, αλλά βιώσιμου μυοκαρδίου, εκπροσωπείται από το επονομαζόμενο χειμάζον (hibernating) μυοκάρδιο, η λειτουργική αποκατάσταση του οποίου μπορεί να επιχειρηθεί, κατά κύριο λόγο, με επαναιμάτωση. Η διαχείμαση (hibernation) του μυοκαρδίου είναι προστατευτικός μηχανισμός που αποσκοπεί στη διατήρηση της βιωσιμότητας μειώνοντας τις ανάγκες σε οξυγόνο και ενέργεια. Ο μηχανισμός, όμως, αυτός έχει χρονικά όρια, πέραν των οποίων η κυτταρική καταστροφή επιφέρει αναπόφευκτα μόνιμη έκπτωση της λειτουργίας και, πιθανώς, σε καρδιακή ανεπάρκεια με όλες τις συνέπειες. (Πυργάκης, 2010)

Το απόπληκτο (stunned) μυοκάρδιο, από την άλλη, συνιστά παροδική διαταραχή της συσταλτικότητας η οποία οφείλεται σε ισχαιμία, που ενδέχεται να σχετίζεται με παραγωγή ελεύθερων ριζών και με παροδική υπερβολική φόρτωση των κυττάρων με ασβέστιο. (Πυργάκης, 2010)

Έχει διατυπωθεί από πολλούς η άποψη ότι οι δύο αυτές καταστάσεις του μυοκαρδίου (αποπληξία και διαχείμαση) είναι όψεις του ίδιου νομίσματος και παρουσιάζονται απλώς σε διαφορετικού βαθμού και διάρκειας ισχαιμική προσβολή.

Με βάση τα όσα έχουν ήδη αναφερθεί, σε έναν ασθενή με στεφανιαία νόσο συνυπάρχουν τέσσερις κατηγορίες μυοκαρδίου: φυσιολογικό μυοκάρδιο, μέρος του οποίου μπορεί να εμφανίσει δυσλειτουργία μόνο σε καταστάσεις αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο και ενέργεια, απόπληκτο μυοκάρδιο, χειμάζον μυοκάρδιο και μυοκαρδιακή ουλή. (Πυργάκης, 2010)

Άλλες αιτίες καρδιακής ανεπάρκειας είναι οι ακόλουθες:

1. Πρωτοπαθής βλάβη (μυοκαρδιοπάθειες)
2. Δευτεροπαθής βλάβη (μυοκαρδιακή) που μπορεί να οφείλεται σε:
 - ✓ Σκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων
 - ✓ Βαλβιδοπάθειες
 - ✓ Χρόνια περικαρδίτιδα

- ✓ Ίνωση του ενδοκαρδίου
3. Αύξηση καρδιακού φορτίου συνεπείας
- ✓ Αύξησης της αρτηριακής πίεσης
 - ✓ Ρήξης αορτικής βαλβίδας
 - ✓ Μαζικής πνευμονικής εμβολής
 - ✓ Κατακράτησης ύδατος – νατρίου
 - ✓ Υπερβολικής χορήγησης υγρών
4. Μείωση του όγκου παλμού (καταπληξία) (Ηλονίδης,1999).

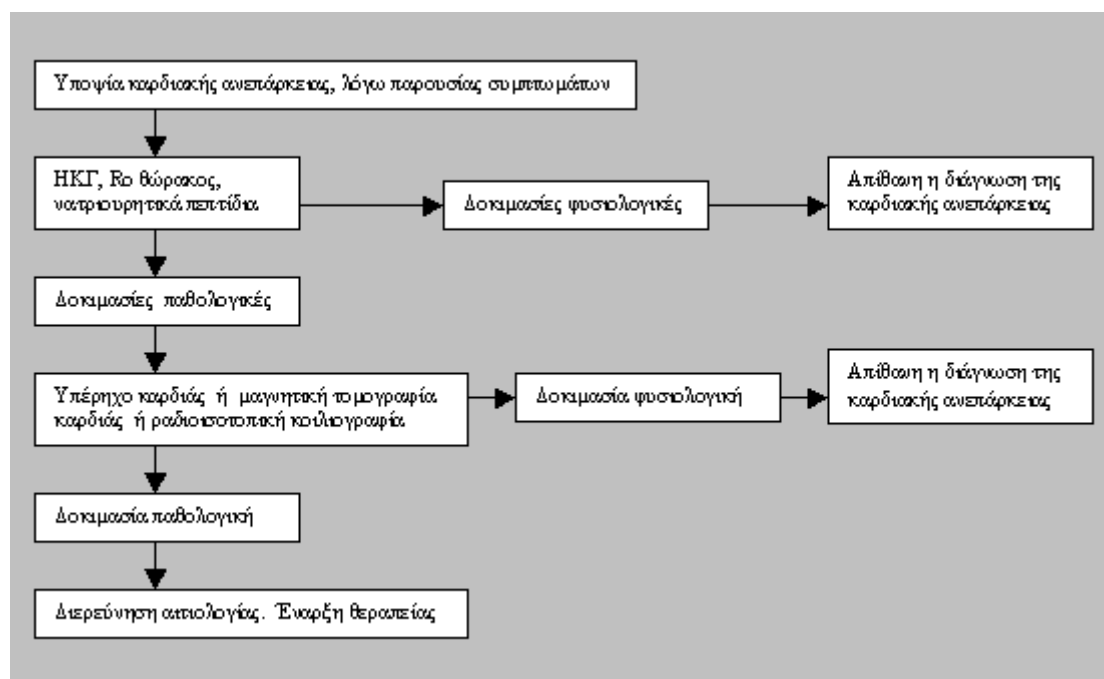
1.10 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η προσέγγιση ενός σε ασθενή ύποπτο για καρδιακή ανεπάρκεια περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εξέταση, την ακτινογραφία θώρακα και μία σειρά διαγνωστικών δοκιμασιών με σκοπό να καθοριστεί η οξύτητα και η βαρύτητα της πάθησης. το ιστορικό από μόνο του δεν κρίνεται επαρκές για να τεθεί η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, αλλά συχνά παρέχει πληροφορίες για το περιστατικό (έμφραγμα του μυοκαρδίου, ή μη ελεγχόμενη υπέρταση), την αλληλουχία των γεγονότων (π.χ. με συμμόρφωση με κάποια δίαιτα ή με τη λήψη φαρμάκων) και υποδηλώνει τη σοβαρότητα της πάθησης. (Figueroa & Peters, 2006)

Η αύξηση της φλεβικής πνευμονικής πίεσης λόγω αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας αρχικά εμφανίζεται στην ακτινογραφία θώρακα σαν ανώμαλη διάταση των πνευμονικών φλεβών των άνω λοβών (όταν ο ασθενής βρίσκεται σε όρθια θέση). Η απεικόνιση της αγγειοβρίθειας των πνευμονικών πεδίων είναι εντονότερη, ενώ η αριστερή και η δεξιά πνευμονική αρτηρία εμφανίζονται διατεταμένες. Μετά από αυτό το διάμεσο οίδημα προκαλεί πάχυνση των μεσοκυψελιδικών διαφραγμάτων και διάταση των λεμφαγγείων. Αυτή η κατάσταση απεικονίζεται στην ακτινογραφία θώρακα με τη μορφή οριζόντιων γραμμών στις πλευροδιαφραγματικές γωνίες (διαφραγματικές γραμμές «Kerley B»). Πιο προχωρημένες αλλοιώσεις οφειλόμενες στο οίδημα των κυψελίδων προκαλούν την εμφάνιση ασαφούς σκίασης στην περιοχή των πυλών και συλλογή πλευριτικού υγρού. (Boon et al, 2005)

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας βασίζεται στην ύπαρξη συμπτωμάτων και επιβεβαιώνεται αντικειμενική η καρδιακή δυσλειτουργία, με

υπερηχοκαρδιογράφημα, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθούν και πιο εξειδικευμένες μέθοδοι, όπως η μαγνητική τομογραφία καρδιάς και η ραδιοισοτοπική κοιλιογραφία. Η συνδρομή που μπορεί να προσφέρει το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία θώρακα στην διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας είναι μικρή. Αντιθέτως, είναι αναγκαίος ο προσδιορισμός αυξημένων επιπέδων των νατριουρητικών πεπτιδίων BNP (εγκεφαλικό νατριουρητικό πεπτίδιο) και pro-BNP στο πλάσμα των ασθενών για να τεθεί η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, επειδή φυσιολογικά επίπεδα αυτών των πεπτιδίων σε ασθενείς που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για καρδιακή ανεπάρκεια αποκλείουν τη διάγνωση. Ο αλγόριθμος που ακολουθεί αναφέρεται στη διαγνωστική προσπέλαση της καρδιακής ανεπάρκειας. (Καρτάλης, 2003).



(Καρτάλης, 2003)

Η δύσπνοια κατά την κόπωση εμφανίζει ευαισθησία της τάξης του 84 – 100% στη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, αλλά η ειδικότητα της είναι σημαντικά μικρότερη και κυμαίνεται από 17% ως 34%. (Wang et al, 2005)

Η Framingham Heart Study, η οποία ξεκίνησε το 1948, εξετάζει την επιδημιολογία των καρδιαγγειακών παθήσεων και αποτελεί την παγκόσμια σταθερά

της καρδιαγγειακής επιδημιολογίας. (Jaquish, 2007) Τα κριτήρια διάγνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας σύμφωνα με τη Framingham Heart Study είναι τα ακόλουθα

	Κύριο (Major)	Ελάσσων (Minor)
Ιστορικό		
Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια	✓	
Ορθόπνοια	✓	
Δύσπνοια κατά την κόπωση		✓
Νυκτερινός βήχας		✓
Απώλεια βάρους οφειλόμενη στη θεραπεία	✓	
Φυσική εξέταση		
Διάταση των φλεβών του τραχήλου	✓	
Ασυνήθιστοι αναπνευστικοί ήχοι	✓	
S ₃ gallop	✓	
Ηπατοσφαγιτιδικό σημείο	✓	
Ηπατομεγαλία		✓
Αμφοτερόπλευρο οίδημα των σφυρών		✓
Ταχυκαρδία		✓
Ακτινογραφία θώρακα		✓
Καρδιομεγαλία	✓	
Πνευμονικό οίδημα	✓	
Υπεζωκοτική συλλογή		
Ζωτική μειωμένη χωρητικότητα στο 1/3 της μέγιστης		✓

(Gopal & Karnath, 2009)

1.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της συστολικής καρδιακής ανεπάρκειας, παρά την αναμφισβήτητη πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, εξακολουθεί να είναι δυσμενής με ετήσια θνητότητα κυμαινόμενη μεταξύ 15% και 20%. Το κλάσμα εξώθησης θεωρείται από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες. Όσο μικρότερο είναι το κλάσμα εξώθησης, τόσο δυσμενέστερη είναι η πρόγνωση του ασθενούς (Bristow et.al,2001).

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση είναι οι κοιλιακές αρρυθμίες, η ελάττωση της μέγιστης κατανάλωσης O₂ κάτω από 14ml/kg/min, η υπονατρίαμια (<130mmol/l), η υπέρμετρη διέγερση του συμπαθητικού (νορεπινεφρίνη πλάσματος >900pg/ml) και η αύξηση των νατριοπεπτιδίων στον ορό (Ζιάκας,2004).

Η πρόγνωση της διαστολικής καρδιακής ανεπάρκειας υπερಿಸχύει της συστολικής. Στις διάφορες μελέτες, η ετήσια θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 1,3% και 17,5% αν και εξαρτάται από την αιτιολογία της διαστολικής καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς επίσης και από τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών μεταξύ των μελετών (Bristow et.al,2001).

1.12 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μόλις διαγνωστεί η καρδιακή ανεπάρκεια θα ξεκινήσει αμέσως θεραπεία.

Προτεραιότητα αποτελεί η ανεύρεση της αιτίας της καρδιακής ανεπάρκειας, ώστε να υπάρξει αιτιολογική και εξατομικευμένη θεραπεία. Η θεραπεία μειώνει το αίσθημα αδυναμίας και κατάπτωσης, τη δύσπνοια, βελτιώνει την ικανότητα του ασθενούς να ασκηθεί, επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης. Η θεραπευτική αγωγή και αλλαγές στον τρόπο ζωής του ασθενούς, δύναται να βελτιώσουν θεαματικά την κατάσταση της υγείας του (Καραμπίνος,2012).

Αρχικά αναφέρονται τα βασικά χαρακτηριστικά και οι παρεμβάσεις κατά τη μη φαρμακευτική αγωγή. Απαιτείται εκπαίδευση των ασθενών και του συγγενικού ή

φιλικού περιβάλλοντος, πρέπει να είναι ενήμεροι για την κατάστασή, τη φαρμακευτική αγωγή, τις παρενέργειες όπως επίσης και σε θέματα διατροφής, όπως η χρήση του αλατιού (Appel,2001). Εναλλακτικές μορφές καρδιακής αποκατάστασης, όπως η συχνή τηλεφωνική παροχή συμβουλών από νοσηλευτές ιατρικών ΚΑ ή νοσοκομείων, μπορεί να προσφέρει μακροπρόθεσμα πολύτιμη βοήθεια, όπως μείωση των εισαγωγών και πρόγνωση των συμπτωμάτων. Επιπλέον η συμμετοχή σε κλασικά προγράμματα αποκατάστασης ή μορφές προγραμμάτων αποκατάστασης αποδεικνύεται ιδιαίτερος χρήσιμη, λόγω της σαρκοπενίας που παρατηρείται σε ασθενείς με μειωμένη δραστηριότητα (Staessen et al,2000).

Πολύ σημαντική θεραπευτική παρέμβαση θεωρείται η διακοπή του καπνίσματος και η κατανάλωση αλκοόλ. Οι παχύσαρκοι ασθενείς οφείλουν να περιορίσουν το σωματικό βάρος τους, να ζυγίζονται καθημερινά και να συμβουλευονται τον γιατρό τους σε κάθε περίπτωση αύξησης του βάρους τους πάνω από 1,5- 2 κιλά σε μια εβδομάδα, χαρακτηριστικό σημείο κατά την κατακράτηση υγρών. Σε διατροφικό επίπεδο, η κατανάλωση άλατος πρέπει να είναι αυστηρά μειωμένη σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια, διότι ευνοεί την κατακράτηση υγρών, ενώ ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω στεφανιαίας νόσου, πρέπει να ακολουθούν υπολιπιδαιμική διαίτα, κατά της χοληστερίνης.

Τέλος ο συνεχής έλεγχος και η σωστή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ανεξάρτητα τη μορφή της καρδιακής ανεπάρκειας, είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας αρτηριακής υπέρτασης, ως το σημαντικότερο αίτιο κάμψης σε μεσήλικα άτομα (Καραμπίνος,2012).

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει ορισμένες βασικές κατηγορίες φαρμάκων και περιγράφονται όπως παρακάτω (Swedberg,2005):

- Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης: Μειώνουν την αρτηριακή πίεση, ελαττώνουν τα επίπεδα αγγιοτενσίνης II και αλδοστερόνης, βελτιώνουν την πρόγνωση της πάθησης. Η πιο συχνή παρενέργεια τους είναι ο ξηρός, επίμονος βήχας (Καραμπίνος,2012).
- Διουρητικά: Ανακουφίζουν από την πνευμονική συμφόρηση και τα οιδήματα, βελτιώνουν τα συμπτώματα δύσπνοιας και μειώνουν το απαιτούμενο καρδιακό έργο. Μία εκ των σημαντικότερων ανεπιθύμητων ενεργειών είναι η απώλεια καλίου, απαραίτητο συστατικό που βοηθά στην ηλεκτρική σταθερότητα της

καρδιάς και του νευρικού συστήματος. Η φαρμακευτική αγωγή συνήθως συνοδεύεται με ένα καλιοσυντηρητικό φάρμακο ενώ απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια (Καραμπίνος,2012).

- Ινοτρόπα: Αυξάνουν την συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και της καρδιακής παροχής
- Αγγειοδιασταλτικά: Μειώνουν το καρδιακό έργο με ταυτόχρονη αντιαρρυθμική δράση
- Ανταγωνιστές των AT1 υποδοχέων: Αγγειοδιαστολή, μείωση της αντιδιουρητικής ορμόνης, μείωση της παραγωγής και έκκρισης της αλδοστερόνης
- Ανταγωνιστές των υποδοχέων αλδοστερόνης: Βελτιώνουν την ενδοθηλιακή λειτουργία
- β-αποκλειστές: Μειώνουν την αρτηριακή πίεση, βελτιώνουν την κοιλιακή λειτουργία, μειώνουν τα ποσοστά θνησιμότητας. Χαρακτηριστικά φαρμακευτικά μόρια είναι η μετοπρολόλη, η βισοπρολόλη, η νεμπιβολόλη και η καρβεντιλόλη. Χορηγούνται εφόσον δεν υπάρχουν σαφείς αντενδείξεις (Καραμπίνος,2012).
- Αντιπηκτικά: Χορηγούνται σε περιπτώσεις θρομβοεμβολικών επεισοδίων, προληπτικά και μόνο όταν υφίστανται ταυτόχρονα διαταραχές όπως μεγαλοκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή ή θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Αντιαρρυθμικά: Μειώνουν τις καρδιακές αρρυθμίες
- Στατίνες: Βελτιώνουν του λιπιδαιμικούς δείκτες, την ενδοθηλιακή λειτουργία και διαθέτουν αντιφλεγμονώδη δράση

Συμπερασματικά, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, οι β-αποκλειστές φαίνεται πως παρατείνουν την επιβίωση των ασθενών, ενώ τα διουρητικά βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους (Καραμπίνος,2012).

Η σύγχρονη προσέγγιση στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας αφορά την εμφύτευση ηλεκτρονικών συσκευών είναι ο αμφικοιλιακός βηματοδότης και απινιδωτής, οι συσκευές μηχανικής υποβοήθησης (LVAD), η μεταμόσχευση καρδιάς και η εμφύτευση βλαστοκυττάρων.

Ο αμφικοιλιακός βηματοδότης βασίζεται στο φαινόμενο του καρδιακού δυσγχορονισμού. Σε μια υγιή καρδιά οι κοιλίες συστέλλονται ταυτόχρονα και σε συγχορονισμό με τους κόλπους. Αντιθέτως σε ασθενείς καρδιακής ανεπάρκειας, παρατηρείται καθυστερημένη διέγερση της αριστερής κοιλίας σε σχέση με τη δεξιά κοιλία, με διαφορά μεγαλύτερη των 40 msec, ή καθυστέρηση της σύσπασης του πλαγίου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας σε σχέση με αυτή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, άνω των 50msec. Το ανωτέρω φαινόμενο ονομάζεται καρδιακός δυσγχορονισμός ή δυσγχορονισμός και προάγει τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας (Καραμπίνος,2012).

Η αμφικοιλιακή βηματοδότηση (Cardiac Resynchronization Therapy - CRT), διαμέσω της εμφύτευσης του αμφικοιλιακού βηματοδότη, έχει στόχο την συστολή των τοιχωμάτων της αριστεράς κοιλίας, όσο και την ταυτόχρονη συστολή της αριστεράς και δεξιάς κοιλίας. Αυτό επιτυγχάνεται με την εμφύτευση του αμφικοιλιακού βηματοδότη. Ο αμφικοιλιακός βηματοδότης είναι εξειδικευμένη βηματοδοτική συσκευή, όπου εν αντιθέσει με τους κλασσικούς βηματοδότες, διαθέτει ένα καλώδιο για να υποβοηθήσει την συγχορονισμένη καρδιακή συστολή. Συμπερασματικά, η καρδιά συστέλλεται αποτελεσματικότερα, εξωθεί μεγαλύτερη ποσότητα αίματος προς την περιφέρεια, βελτιώνεται η καρδιακή λειτουργία, η ποιότητα ζωής των ασθενών και μειώνονται οι εισαγωγές και τα ποσοστά θνησιμότητας από την πάθηση (Καραμπίνος,2012).

Αντιστοίχως, ο αυτόματος εμφυτεύσιμος απινιδωτής συνίσταται σε ασθενείς με επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής, που δεν προλαμβάνονται με φαρμακευτική αγωγή. Η συσκευή εμφυτεύεται υποδόρια, κάτω από την αριστερή κλείδα, έχει βάρος βάρους 50-60 gr και παρακολουθεί τον καρδιακό ρυθμό. Εφόσον ανιχνευθούν αρρυθμίες, αυτόματα χορηγεί ηλεκτρικό shock. Η εξάπλωση της χρήσης των εμφυτεύσιμων απινιδωτών έχει βελτιώσει ριζικά την αντιμετώπιση των θανατηφόρων κοιλιακών ταχυαρρυθμιών και έχει μειωθεί η ολική θνησιμότητα (Καραμπίνος,2012).

Τέλος, η νεώτερη θεραπευτική προσέγγιση της καρδιακής ανεπάρκειας επαφύεται στην εμφύτευση αρχεγόνων πολυδύναμων κυττάρων, ονομαζόμενα και ως βλαστοκύτταρα. Η μέθοδος χρησιμοποιεί αδιαφοροποίητα αρχέγονα κύτταρα, που απομονώνονται από το μυελό των οστών, καλλιεργούνται με ειδικές τεχνικές ώστε να μετασχηματιστούν προς μυοκαρδιακά κύτταρα. Εν συνεχεία, εμφυτεύονται στην

καρδιά. Τα, μέχρι στιγμής, ιατρικά αποτελέσματα και δοκιμές της χρήσης βλαστοκυττάρων σε ένα μεγάλο πλήθος παθήσεων, είναι εξαιρετικά ελπιδοφόρα (Καραμπίνος,2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Κατά την τελευταία δεκαετία, αναπτύχθηκε ραγδαίως η έννοια της ποιότητας ζωής ενώ απασχόλησε τις πολιτικές, διοικητικές και κοινωνικές επιστημές. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην διερεύνηση των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής και στην ανάπτυξη μεθοδολογιών που στοχεύουν στη μέτρησή της. Αποτελεί έναν όρο που έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους και απασχόλησε πολλά διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών, με στόχο τη μέτρηση και καταγραφή των επιπτώσεων της (Yfantopoulos, 2001a).

Στη σύγχρονη εποχή δεν έχει περιγραφεί ένας απόλυτος και αξιόπιστος ορισμός, που να εμπεριέχει όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Κατά διαστήματα έχουν προταθεί υποκειμενικοί ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία του μελετητή που αντιμετωπίζει το θέμα. Οι κλινικοί γιατροί διερευνούν τις φυσικές διαστάσεις και αποτελέσματα της ποιότητας ζωής, εν αντιθέσει με τους ψυχολόγους που επικεντρώνονται στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις (Υφαντόπουλος, 2003). Αναμφισβήτητα ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Ενδεικτικά, κατά τον Freud, η ευτυχία, οπότε και η αντίληψη της ποιότητας ζωής ως ευδαιμονία, πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Αντιθέτως για άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα εγγενές κοινωνικό χαρακτηριστικό, ενώ αφορά και εξαρτάται από τις προϋποθέσεις που θέτει κάθε άτομο, για την ευτυχία του (McCall, 1975).

Οι νεώτερες εννοιολογικές προσεγγίσεις ορίζουν την ποιότητα ζωής ως την ατομική, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία, σε σχέση με την ικανότητά του ατόμου, να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του. Επιπλέον πραγματοποιείται ένας διαχωρισμός από τις συνθήκες διαβίωσης, που αφορούν τις καθημερινές συνθήκες της ζωής των ανθρώπων, όπως αυτές αντανακλώνται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα. Αντιθέτως, η έννοια ποιότητα ζωής θεωρείται μια ευρύτερη έννοια που σχετίζεται με την γενική ατομική ευημερία μιας κοινωνίας (Bowling, 1997).

Η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη ζωή τους, μέσα στα πλαίσια δεδομένων πολιτισμικών χαρακτηριστικών και ενός συγκεκριμένου συστήματος κοινωνικών αξιών. Εντός

αυτού του πλαισίου, τα άτομα διαβίουν σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (The Whoqol Group, 1995). Παρομοίως, η έννοια της ποιότητας ζωής έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα της διαθέσιμων πόρων που προορίζονται για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, συναρτήσει των όρων που διέπουν την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής περιγράφει την ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης, εκείνων των απαραίτητων συνθηκών, που με τη σειρά τους, εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall, 1975).

Μια διαφορετική προσέγγιση, επικεντρώνεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το <<ευ ζην>>, δύο όροι που συνήθως συγχέονται. Σύμφωνα με την ανωτέρω άποψη, η ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των ατομικών εσωτερικών διεργασιών. Οι διεργασίες έχουν σχέση με το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου και από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, που στη ουσία αντικατοπτρίζουν την προσωπική υγεία, την εργασία, την εκπαίδευση, το οικογενειακό περιβάλλον, τις κοινωνικές συναναστροφές, την οικονομική κατάσταση και πλήθος άλλων θεμάτων και παραγόντων που απασχολούν το μέσο άνθρωπο (Αλουμανής 2002).

Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι οι ανωτέρω ορισμοί διακρίνονται στους <<αντικειμενικούς>> και στους <<υποκειμενικούς>>. Παρ'όλα αυτά, το μίγμα αυτών των δύο προσεγγίσεων οδηγεί στη διαπίστωση ότι η «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και να αξιολογείται με κριτήρια, υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Zautra, Goodhart 1979 & Baker, Intagliata 1982). Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο και εξελίσσεται διαρκώς (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, Βανδώρου 2003).

Επιπλέον, η έννοια της ποιότητας ζωής ορίζεται μέσω των διάφορων επιστημονικών πεδίων, όπως είναι οι επιστήμες υγείας, η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία, η ψυχολογία, οι οικονομικές επιστήμες και οποιαδήποτε επιστήμη που ασχολείται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Αυτή η προσέγγιση περιγράφει τις προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και συμπεριφορές σε

σχέση με τις φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινότητας (Yfantopoulos, 2001c). Στη σύγχρονη εποχή, η ποιότητα ζωής συνιστά ένα δείκτη υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) επισημαίνει μία λίστα θεμάτων, σχετικών με την ποιότητα ζωής, όπως η υγεία, ο έλεγχος κατά την παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 1997). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality) εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας, ως τον βαθμό, στον οποίο, οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, κάτω από συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos 2001b).

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη στο ιατρικό λεξιλόγιο και αναγνωρίστηκε από πολλά επιστημονικά σώματα. Από την δεκαετία του 1970, παρουσιάστηκε έντονο ενδιαφέρον για το αντικείμενο, με έναν σταδιακά αυξανόμενο αριθμό αναφορών σχετικά με την ποιότητα ζωής, στα ιατρικά κείμενα σε εφημερίδες και τα περιοδικά. Στη σημερινή εποχή, παρατηρείται μεγάλη αφθονία εργασιακών ή ερευνητικών ομάδων, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών τευχών που ασχολούνται με την ποιότητα ζωής και προσθέτουν πληροφορίες σε αυτό το γνωσιακό οικοδόμημα.

2.2 ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Ο άνθρωπος είναι βιοψυχοκοινωνικό ον, που επιχειρεί στη διάρκεια της ζωής του, να δημιουργήσει συνδέσεις μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι οργανωμένη σε επίπεδα, από τα απλούστερα οργανικά μόρια, τα κύτταρα, έως τον οργανισμό, τον εαυτό του, εν συνεχεία των διαπροσωπικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους, ολοκληρώνοντας με την σχέση του τον κόσμο, εν τω συνόλω. Κάθε επίπεδο θεωρείται ισότιμο, ισάξιο, προσδιορίζεται και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων που αντικατοπτρίζουν την υπόσταση της ανθρώπινης ζωής (Σαρρής 2001, σ. 251).

Όπως προαναφέρθηκε η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται, εξίσου, από τις αρχές της καθολικότητας και εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας και ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προσδιορίζουν την σχέση της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Πολύ σημαντικοί παράμετροι είναι η αλληλεξάρτηση παραγόντων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου (Rokeach 1973, Andrews, Whitney 1974, Campell et al. 1976). Οι ανωτέρω παράμετροι επιδρούν στη διαμόρφωση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Η υγεία συνιστά έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, διότι ασχολείται με τη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας και την προαγωγή του κοινωνικού συνόλου, γενικότερα. Η ατομική υγεία και ποιότητα ζωής επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων οι σημαντικότεροι εκ των οποίων, είναι το εισόδημα, ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας και τέλος η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 1997).

Η κατηγοριοποίηση των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής, σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο, πραγματοποιείται ως εξής (Σαρρής 2001):

- Κοινωνικοοικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνία. Αφορά τον τρόπο και τις σχέσεις παραγωγής, τον καταμερισμό της εργασίας και την κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: Περιγράφει το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, ευημερίας, την διανομή των εισοδημάτων, τον προγραμματισμό, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.

- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Αφορά τον τρόπο ζωής, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της κατοικίας, την αστική και αγροτική διάρθρωση και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Αφορά τα ήθη και έθιμα μιας κοινωνίας, τα επίπεδα αλφαριθμητισμού, την ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, τις συνήθειες, τη νοοτροπία και την κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση των κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Αφορά τα επίπεδα μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος και το βαθμός προστασίας και ευαισθητοποίησης των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Περιγράφει το φυσικό πλούτο, τις πρώτες ύλες, την παραγωγικότητα της γης και τις κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Περιγράφει το ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, την αστική και αγροτική πυκνότητα, την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, τη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα και όλα τα ατομικά ή κοινωνικά γνωρίσματα.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη των υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Ενδεικτικά, σε σχέση με τον τόπο διαμονής, παρατηρείται πως οι ασθενείς που ζούν στην ύπαιθρο αξιολογούν θετικότερα την ποιότητα ζωής τους, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε σχέση με τους αντίστοιχους που ζούσαν σε μεγάλες πόλεις. Το στοιχείο αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης και βοήθειας για τις καθημερινές τους δραστηριότητες, κάτι που πραγματοποιείται ευκολότερα σε μια μικρή και κλειστή επαρχιακή κοινωνία. Παρόμοιο συμπέρασμα εξήγαγαν μελέτες που απέδειξαν ότι η κοινωνική στήριξη, η καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και το μεγαλύτερο εισόδημα, βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Coelho et.al, 2004 & Gottlieb et al, 2004).

Παλαιότερες έρευνες μελετήθηκαν ασθενείς, με σταθερή καρδιακή ανεπάρκεια, που έλαβαν μέρος σε ειδικά προγράμματα διαχείρισης και παρακολούθησης του συνδρόμου. Οι έρευνες κατάληξαν στο συμπέρασμα ότι τα εν

λόγω προγράμματα αποτελούν μια εναλλακτική λύση, επειδή οδηγούν στην καλύτερη διαχείριση της όλης κατάστασης, στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών προς τις οδηγίες του προγράμματος και στη μείωση των επανεισαγωγών και του κόστους νοσηλείας (Grancelli et al,2007). Παρόμοια συμπεράσματα εξάγονται μέσω της χρήσης των σύγχρονων παρεμβατικών προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν συστηματική εκπαίδευση, ενημέρωση των πασχόντων και παροχή στήριξης και συμβουλευτικής βοήθειας, ασκώντας σημαντική επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων (Morcillo et al,2007). Πολύ σημαντικό στοιχείο των προγραμμάτων αποκατάστασης είναι η σωματική και φυσική δραστηριότητα που επιδρά ευεργητικά, όχι μόνο σε φυσιολογικούς αλλά και σε ψυχολογικούς δείκτες, όπως η ποιότητα ζωής και η μείωση της κατάθλιψης ή του άγχους (Μουσσουλή και συν, 2007).

Παρά την κατάσταση της σωματικής υγείας, ιδιαίτερη σημασία για την αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια διαδραματίζει η συναισθηματική κατάσταση. Όσο επιδεινώνεται η καρδιακή ανεπάρκεια, τόσο αυξάνεται το άγχος, η κατάθλιψη, δηλαδή παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής (De Jong et al.2005). Επίσης, σημαντικό στοιχείο αποτελεί και ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών για την κατάστασή τους. Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, βελτιώνει την κατανόηση των ιατρικών οδηγιών, τη φύση της νόσου, μειώνει το stress, επιτυγχάνει την ορθή συμμόρφωση των ασθενών προς τη θεραπεία και συντελεί στην καλύτερη συναισθηματική κατάσταση και αποδοχή της νόσου, σημαντικότεροι παράγοντες στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Chessa et al,2005).

2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας γιατί η φύση και η χρονιότητα της νόσου επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής τους. Η δυσκολία αξιολόγησής της ποιότητας ζωής οφείλεται στις αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις της καρδιακής ανεπάρκειας. Όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς υποβάλλονται σε μακροχρόνιες θεραπείες που προκαλούν συναισθηματική αστάθεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανικανότητα, εξάρτηση

και αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν εξελισσόμενη πορεία επιδείνωσης της καρδιακής λειτουργίας, σε συνδιασμό με την κακή φυσική κατάσταση, ως αποτέλεσμα της δύσπνοιας, της κόπωσης, της απώλειας μυϊκής δύναμης, των διατροφικών περιορισμών, της δυσκολίας κατά τη βάρδια και των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, όλα τα ανωτέρω αλληλοεξαρτώνται και από το βαθμό προσαρμογής ή αποδοχής της πάθησης. Συμπερασματικά, η αξιολόγηση στην ποιότητα ζωής, ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας και ένα αξιόπιστο εργαλείο για το σχεδιασμό της εξατομικευμένης παροχής φροντίδας. Επιπλέον θεωρείται πολύ σημαντική για τους ασθενείς, ώστε συχνά θεωρούν την ποιότητα, προτιμότερη από τη διάρκεια ζωής (Μουρίκης,2003 & Ducharme et al,2005).

Στη σύγχρονη εποχή έχουν δημιουργηθεί από ειδικούς πολλά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία περιγράφονται ακολούθως. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι εκφράζουν υποχρεωτικά την κυρίαρχη άποψη ή ότι αποτελούν τα πλέον αξιόλογα μεταξύ αυτών που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, αποτελούν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών (Θεοφίλου,2010).

Αρχικά περιγράφεται ο δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969). Επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας και εκτιμάται από ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Κατηγοριοποιείται σε 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο (Conill et al 1990, Mercler et al 1992, Griego, Long 1984).

Ο δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status) ομοιάζει με το δείκτη Karnofski και δημιουργήθηκε το 1979. Διαθέτει μια βαθμολογική κλίμακα, από 0 έως 4, όπου κατατάσσονται οι 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Η βαθμίδα 0 εκφράζει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να πράξει όλες τις δραστηριότητες, χωρίς περιορισμούς ενώ η βαθμίδα 4 χαρακτηρίζει τον άρρωστο, ανίκανο να κάνει ο,τιδήποτε (Θεοφίλου,2010).

Σε πρώτο στάδιο, ο δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων ανθρώπων στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση πραγματοποιείται από ιατρούς ή νοσηλευτές και

χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, με σχετικά καλή εγκυρότητα διάκρισης και ευαισθησίας μεταξύ υγιών και ασθενών (Βιδάλης, Συγγελάκης 2000).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire) δημιουργήθηκε από τον Goldberg το έτος 1972 και διακρίνεται σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη έκδοση αποτελείται από 28 ερωτήσεις, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν:

- α) τα σωματικά συμπτώματα,
- β) το άγχος και την αϋπνία,
- γ) την κοινωνική δυσλειτουργία και
- δ) τη σοβαρή κατάθλιψη.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας χρησιμοποιείται τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς, με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το σημαντικότερο μειονέκτημά του, είναι ότι δεν προσεγγίζει αρκετές διαστάσεις της ποιότητας Ζωής.

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The Psychological Adjustment to Illness Scale) κατασκευάστηκε το 1978 από τον Morrow. Αποτελείται από 45 ερωτήσεις και αφορά 7 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής (Θεοφίλου,2010):

- Τη φροντίδα υγείας ,οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας
- Το επαγγελματικό και εργασιακό περιβάλλον. Η ικανοποίηση από το επάγγελμα και η προσαρμογή του ατόμου στην εργασία
- Το οικιακό περιβάλλον. Η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία των μελών της
- Τις σεξουαλικές σχέσεις. Η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας
- Τις ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις. Τα υπάρχοντα προβλήματα λόγω της ασθένειας, στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος
- Το κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες
- Την ψυχολογική κατάπτωση, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, κ.ά.

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση δίδεται μέσω μιας 4βαθμης κλίμακας. Χρησιμοποιηθεί είτε από εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς, είτε πρέπει να αυτοσυμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς. Συνήθως εφαρμόζεται σε χρόνιες ασθένειες και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Θεοφίλου,2010).

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (The Sickness Impact Profile) δημιουργήθηκε το 1981 από τον Bergner και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Συνίσταται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες:

- α) της σωματικής λειτουργίας
- β) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας.

Οι 136 ερωτήσεις επιλέχθηκαν από μία δεξαμενή 312 θεμάτων, που αφορούν την επίδραση της αρρώστιας στη συμπεριφορά και την λειτουργία του ατόμου. Οι απαντήσεις σημειώνονται με <<ναι>> ή <<όχι>> και η βαθμολογία καθορίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες της κάθε ερώτησης. Η τελική βαθμολογία μπορεί να εκφράζεται ως συνολική είτε ως βαθμολογία στις 2 επι μέρους κατηγορίες. Διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται ευρέως σε πλήθος αρρώστων. Το σημαντικότερο μειονέκτημά του είναι ότι είναι χρονοβόρο στην εφαρμογή του (Lauracis et al,1992).

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών. Το SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και όχι ειδικές, είτε πρόκειται για αρρώστια ή θεραπεία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμία:

- α) Σωματική Λειτουργικότητα
- β) Σωματικός- Ρόλος
- γ) Σωματικός Πόνος
- δ) Γενική Υγεία

- ε) Ζωτικότητα
- στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα
- ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός
- η) Ψυχική Υγεία

Οι ανωτέρω κλίμακες διαμορφώνουν τις περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, της Σωματικής και της Ψυχικής Υγείας. Η δοκιμασία είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση ή συμπλήρωση μέσω συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, ενώ η όλη δοκιμασία χαρακτηρίζεται από πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Wight et al. 1998, Merkus 1999, Mingardi et al. 1999). Το SF-36 χρησιμοποιείται ευραίως σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Sherbourne 1992, McHorney et al 1993).

2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα μελετηθεί ο ρόλος των ψυχολογικών διαταραχών στην καρδιακή ανεπάρκεια. Οι σημαντικότερες διαταραχές που πλήττουν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, ιδίως στην χρόνια, είναι το άγχος η κατάθλιψη, και η αυτοεκτίμηση. Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί το αποτέλεσμα των διαφόρων βαλβιδοπαθειών. Εντούτοις, έχει διαπιστωθεί πως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένεση και διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς (Trikas,2005).

2.5 ΑΓΧΟΣ

Αρχικά θα εξεταστεί το άγχος. Ο όρος προέρχεται από το ρήμα άγχω, που σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος αποτελεί ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που εμφανίζεται σε καταστάσεις όπου το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο, αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα, ή βρίσκεται αντιμέτωπος με μία δύσκολη κατάσταση. Δύναται να έχει ψυχογενή προέλευση ή να είναι αποτέλεσμα μιας σωματικής πάθησης. Εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψης του. Κάθε άτομο αισθάνεται άγχος σε κάποιο βαθμό, κάτω απο ορισμένες περιστάσεις. Παρ' όλα αυτά σε καταστάσεις αυξημένου άγχους, προξενεί κακό, το άτομο δεν μπορεί να λειτουργεί φυσιολογικά και επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του (Kalat,1995) .

Αν και η αιτιοπαθογένεια του άγχους δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, οι διάφορες επιστήμες επιχείρησαν να το ερμηνεύσουν και να αιτιολογήσουν την προέλευσή του. Σημαντικότερα παραδείγματα αποτελούν οι αιτιάσεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας, της συμπεριφοριστικής και γνωσιακής σχολής. Από βιολογικής πλευράς το άγχος εμπλέκεται με υπερδιέργηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και με έντονη νοραδρενεργική δραστηριότητα. Από τη στιγμή εκδήλωσής του, οι συνάψεις GABA προσπαθούν να το καταστείλουν (Καλαντζή,1996).

Εκδηλώνεται ως μια ακαθόριστη ανησυχία του ατόμου έναντι ενός απροσδιόριστου κινδύνου, άλλωτε δε ως κρίση πανικού. Αυτό το αίσθημα φόβου και ανησυχίας μεταφράζεται ποικιλοτρόπως, όπως ο φόβος του θανάτου ή η ανησυχία για την υγεία του ατόμου και εξαρτάται από την εκάστοτε κατάσταση που βιώνει το άτομο. Στο οργανισμό παρατηρούνται οι παρακάτω αλλαγές:

- Απελευθέρωση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια
- Αύξηση των επιπέδων της θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα
- Απελευθέρωση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο
- Ελάττωση των σεξουαλικών ορμόνων
- Διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα

- Απελευθέρωση γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης, για τον μεταβολισμό
- Αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα
- Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού
- Αυξημένη προμήθεια του αέρα
- Πύκνωση του αίματος
- Εφίδρωση του δέρματος
- Όξυνση των αισθήσεων
- Ασταθής πνευματική κατάσταση του ατόμου

Η οξεία αντίδραση του οργανισμού στο άγχος προκαλεί ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού της αναπνοής και της καρδιακής συχνότητας. Εφόσον απομακρυνθεί το στρεσογόνο ερέθισμα, όλες οι οργανικές λειτουργίες αποκαθίστανται αποκαθίστανται (Vitaliano,1993). Στην περίπτωση που το άγχος εγκαθίσταται σε χρόνια βάση, φαίνεται ότι το άτομο εμφανίζει τάση μόνιμης αρτηριακής υπέρτασης, με παράλληλη αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης και της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη θρομβογένεση και προδιαθέτει καρδιαγγειακά επεισόδια (Stoney,1999 & Taylor et al,2000).

Το άγχος δρά επί του καρδιαγγειακού συστήματος όχι μόνο μέσω των βιολογικών μεταβολών αλλά και μέσω της αλλαγής στην διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Ένα οξύ στρεσογόνο ερέθισμα φυσιολογικά μειώνει την όρεξη για φαγητό, την πέψη και αυξάνει την κατανομή της αιματικής κυκλοφορίας στο μυϊκό σύστημα, εις βάρος του πεπτικού συστήματος. Ταυτοχρόνως, η αύξηση της επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης λόγω της διέγερσης του συμπαθητικού συστήματος, αυξάνει τους ρυθμούς γλυκόλυσης στο ήπαρ, έτσι ώστε να αυξηθεί παροδικά η προσφορά γλυκόζης και ελεύθερων λιπαρών οξέων προς το μυϊκό σύστημα. Αντιθέτως, φαίνεται ότι στο χρόνιο άγχος τα άτομα οδηγούνται σε κατανάλωση περισσότερων γευμάτων, ημερησίως, χαμηλότερης θρεπτικής αξίας (Blass et al,1999).

2.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Από τη άλλη πλευρά, η κατάθλιψη αποτελεί ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μείγμα αρνητικών συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία αποστασιοποιούνται από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες του ατόμου. Εκδηλώνει βαρύτερη συμπτωματολογία από ηπιότερες διαταραχές, όπως η λύπη, αίσθημα αδιαφορίας, αναξιότητας, απάθειας, έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία. Παράλληλα, καθημερινές δραστηριότητες όπως ο ύπνος, η διατροφή, η κοινωνική συναναστροφή και οι σκέψεις περιορίζονται ή δυσκολεύουν (Joynt et al,2004).

Σύμφωνα με παλαιές έρευνες (Frasure at al,1985) η διάγνωση της κατάθλιψης μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αυξάνει τη θνητότητα λόγω των αιφνίδιων θανάτων από αρρυθμίες στην ομάδα των καταθληπτικών εν αντιθέσει με τους μη καταθληπτικούς. Η παρουσία κατάθλιψης αυξάνει τα στηθαγχικά επεισόδια, που προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον επιτείνει και επιδεινώνει τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας και των κλινικών εκδηλώσεών της, σε σημείο όπου πρέπει να κατευνάσει πρώτα η κατάθλιψη. Η κατάθλιξη επηρεάζει τις μεταβολικές διεργασίες του οργανισμού, που συνδέονται με την εμφάνιση μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο εν συνεχεία αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα της καρδιακής ανεπάρκειας (Vaccarino et al,2008).

2.7 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Τέλος εξετάζεται η έννοια της αυτοεκτίμησης. Αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διαταραχές που αντικατοπτρίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις, τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση δυσχαιρένει τη δημιουργία ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων και μειώνει την αποδοτικότητα του ατόμου στις καθημερινές ενασχολήσεις. Τα άτομα που πάσχουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση εκδηλώνουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως παρακάτω (Χόνδρου,1999):

- Αναφέρονται συχνά στον εαυτό τους με αρνητικούς χαρακτηρισμούς, υποτιμητικό τόνο και μονίμως υποβιβάζουν τα θετικά τους χαρακτηριστικά
- Επικεντρώνονται στην αρνητική διάθεση των άλλων
- Δεν δέχονται την κριτική ακόμα και όταν είναι εποικοδομητική. Κάτι τέτοιο τους προκαλεί άγχος, θυμό διότι δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν την κατάσταση. Απεναντίας ασκούν σκληρή κριτική στους γύρω ανθρώπους
- Στον εργασιακό τομέα αποδίδουν λιγότερο και όχι σύμφωνα με τις δυνατότητές τους
- Δυσκολεύονται να δημιουργήσουν φιλικές ή ερωτικές σχέσεις
- Επηρεάζονται από τα αρνητικά σχόλια
- Στενοχωριούνται υπερβολικά από τις αποτυχίες τους
- Είναι επιρρεπείς σε επιβαρυντικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη

Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια ή κάποια άλλη χρόνια πάθηση, λόγω της μειωμένης λειτουργικής ικανότητάς τους, οδηγούνται σταδιακά σε ψυχολογικές μεταπτώσεις. Η πλειοψηφία των ασθενών παραπονείται συνεχώς για εύκολη κόπωση και μυϊκό κάματο, εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία και αγχώδεις διαταραχές. Κατά συνέπεια, η μειωμένη λειτουργική ικανότητα οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών, σε αδυναμία επαγγελματικής ενασχόλησης, και μεγιστοποιεί τα ψυχολογικά τους προβλήματα. Επιπλέον η ψυχολογική και σωματική καταπόνηση από τη βαρύτητα της νόσου, η αβεβαιότητα για την πορεία της υγείας τους, η ανικανότητα, οι ραγδαίες αλλαγές σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, όπως η αγορά εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή ο ρόλος στην οικογένεια καθώς σε συνδιασμό με τα θεραπευτικά σχήματα και τους περιορισμούς που καλούνται να ζήσουν, συνεργούν στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Coventry et al,2007 & Kouidi,2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον ελλαδικό και το διεθνή χώρο, τα οποία να μελετούν την ποιότητα ζωής και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, στους οποίους έχει γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης, έδωσε το έναυσμα για το σχεδιασμό και την υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυτής της ομάδας ασθενών τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα σημαντική θεωρήθηκε η αξιολόγηση του βαθμού αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που είναι πιθανόν να βιώνουν. Τέλος, κρίθηκε σημαντικό να αποτυπωθούν με επιστημονικό τρόπο οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην ειδική συσκευή που τους έχει εμφυτευθεί, με απώτερο στόχο να αποσαφηνιστούν τα συναισθήματα που τους προκαλεί η παρουσία της, να διερευνηθεί αν διευκολύνει ή επιβαρύνει την καθημερινή τους ζωή και τέλος να αξιολογηθεί αν κρίνουν την παρουσία της ωφέλιμη ή επιβαρυντική για τη ζωή τους.

3.2 Πειραματική διαδικασία

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά τη χρονική περίοδο από τον Μάιο του 2012 έως τον Ιούλιο του 2012. Ως πληθυσμός - στόχος για τις ανάγκες της έρευνας ορίστηκαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στους οποίους είχε εμφυτευθεί ειδική συσκευή απινίδωσης με στόχο τη ρύθμιση της καρδιακής τους λειτουργίας και παρακολουθούνταν σε τακτική βάση σε ένα νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.

Βασικά κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα αποτελούσαν η ανεπαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας και οι διαταραχές της νοητικής λειτουργίας, ώστε να αποφευχθούν πιθανές δυσκολίες στην κατανόηση των ερωτήσεων των ψυχομετρικών εργαλείων και να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των πληροφοριών που θα συλλέγονταν. Κύριος υπεύθυνος για τη συμμετοχή ή τον αποκλεισμό των ασθενών ήταν η ερευνήτρια. Συνολικά, προσεγγίσθηκαν 89 άτομα, τα οποία αφού βεβαιώθηκε

ότι πληρούσαν τους όρους του πρωτοκόλλου της έρευνας και έδωσαν τη σχετική συγκατάθεση έλαβαν μέρος στην έρευνα. Κανένας από τους ασθενείς που προσεγγίσθηκαν δεν αρνήθηκε να λάβει μέρος στην έρευνα.

Δεοντολογικά ζητήματα

Τα άτομα που προσεγγίσθηκαν με στόχο να συμμετάσχουν στην έρευνα ενημερώθηκαν προκαταρκτικά για το σκοπό της μελέτης, για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους και για τους τρόπους αξιοποίησης των αποτελεσμάτων που θα προέκυπταν. Μετά την ολοκλήρωση της σχετικής ενημέρωσης κλήθηκαν να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Είναι σημαντικό, τέλος, να τονιστεί ότι ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πληρούσαν τις βασικές δεοντολογικές αρχές, οι οποίες οφείλουν να διέπουν τη διεξαγωγή μιας επιστημονικής μελέτης.

3.3 ΟΡΓΑΝΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

3.3.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Η καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ειδικά κατασκευασμένου ερωτηματολογίου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε στοιχεία που αφορούν το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και την επαγγελματική τους κατάσταση. Επιπρόσθετα, στο ερωτηματολόγιο αυτό ενσωματώθηκαν και κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την καρδιακή νόσο και τις επιπτώσεις της στη ζωή των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν στη διάρκεια της πάθησης, στις επιπτώσεις που πιθανά έχει στον επαγγελματικό και οικονομικό τομέα της ζωής των συμμετεχόντων και στην ανάγκη που πιθανά έχουν για λήψη φροντίδας στην καθημερινότητά τους.

3.3.2 Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής SF-36. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τον Ware (1993) και αποτελεί πλέον ένα ευρέως διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, τόσο του σωματικού όσο και του πνευματικού. Με τη βοήθεια ειδικών αλγορίθμων και με τη χρήση εξειδικευμένου προγράμματος βαθμολόγησης το SF-36 δίνει πληροφορίες για 8 διαστάσεις της υγείας:

- Σωματική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις)
- Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (4 ερωτήσεις)
- Σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις)
- Γενική υγεία (5 ερωτήσεις)
- Ζωτικότητα (4 ερωτήσεις)
- Κοινωνική λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις)
- Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας (3 ερωτήσεις)
- Ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις)

Οι 4 πρώτες διαστάσεις συνθέτουν τη σωματική υγεία του ατόμου, ενώ οι υπόλοιπες την πνευματική.

Με τη χρήση του ειδικού προγράμματος βαθμολόγησης προκύπτουν δύο διαφορετικές βαθμολογίες για τις 8 διαστάσεις της υγείας που μετρά το ερωτηματολόγιο αυτό. Η πρώτη βασίζεται σε αναγωγή κάθε βαθμολογίας σε ποσοστιαία επί τις εκατό αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία για κάθε διάσταση της υγείας. Η δεύτερη βασίζεται στη μετατροπή των βαθμολογιών σε σταθμισμένες τιμές (T-scores), ώστε να είναι εφικτή η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες νόρμες για τον αμερικάνικο πληθυσμό (Μέσος όρος: 50, Τυπική απόκλιση: 10). Παρά το γεγονός ότι οι αμερικάνικες νόρμες είναι πιθανόν να μην αντιπροσωπεύουν τον ελληνικό πληθυσμό επιλέχθηκε να παρουσιαστούν, καθώς δεν υπάρχουν νόρμες για τη συγκεκριμένη έκδοση του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα. Με τον τρόπο αυτό

δίνεται η δυνατότητα με αδρό τρόπο να διαπιστώσουμε αν η ποιότητα ζωής των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή διαφοροποιείται από αυτή του φυσιολογικού πληθυσμού.

3.3.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg

Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των επιπέδων αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων (Rosenberg, 1989). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 10 δηλώσεις για τις οποίες κάθε συμμετέχοντας καλείται να απαντήσει σε μία 4βαθμη κλίμακα Likert (Συμφωνώ απόλυτα, Συμφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ ριζικά). Σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησης της κλίμακας αντιστρέφονται αρχικά οι βαθμολογίες σε 5 από τις δηλώσεις και κατόπιν αθροίζονται οι επιμέρους βαθμολογίες όλων των δηλώσεων και προκύπτει μια συνολική βαθμολογία για καθέναν από τους συμμετέχοντες. Οι τιμές που μπορεί να πάρει η συνολική βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνονται από το 0 έως το 30, με το 30 να υποδεικνύει το μέγιστο δυνατό βαθμό αυτοεκτίμησης.

3.3.4 Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck

Για τη μελέτη της κατάθλιψης στους συμμετέχοντες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck & Steer, 1993), το οποίο διερευνά 21 συμπτώματα και στάσεις που αφορούν στη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης σε ενήλικες (Διάθεση, Απαισιοδοξία, Αίσθηση αποτυχίας, Αίσθηση του ανικανοποίητου, Ενοχή, Τιμωρία, Αυτοαπέχθεια, Αυτοκατηγορία, Αυτοκτονικές ιδέες, Κλάμα, Ερεθιστικότητα, Κοινωνική αποχώρηση, Αναποφασιστικότητα, Αλλαγή της εικόνας του σώματος, Δυσκολίες εργασίας, Αϋπνία, Κόπωση, Απώλεια όρεξης, Απώλεια βάρους, Σωματικά ενοχλήματα, Απώλεια της λίμπιντο). Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου προκύπτει από την άθροιση των βαθμολογιών των 21 επιμέρους στοιχείων του. Κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου αποτελείται από 4 δηλώσεις οι οποίες βαθμολογούνται από το 0 έως το 3. Κατ' επέκταση η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από το 0 έως το 63. Τέλος, ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία κάθε εξεταζόμενος

μπορεί να καταταχθεί σε μία από τις ακόλουθες κατηγορίες για τη βαρύτητα της κατάθλιψης:

- 0-9: Καθόλου ή ελάχιστη κατάθλιψη
- 10-16: Ήπια κατάθλιψη
- 17-29: Μέτρια κατάθλιψη
- 30-63: Σοβαρή κατάθλιψη

3.3.5 Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg

Τα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων μετρήθηκαν με το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (Spielberger et al., 1983). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 δηλώσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 4βαθμη κλίμακα Likert, και επιτρέπει την αξιολόγηση δύο ειδών άγχους. Το πρώτο είναι το παροδικό άγχος (20 δηλώσεις), δηλαδή το άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει ένα άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει. Το δεύτερο είναι το άγχος ως μόνιμη κατάσταση (20 δηλώσεις), το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του και σχετίζεται με την ετοιμότητα του να εκδηλώνει άγχος όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες του παροδικού άγχους και του άγχους ως μόνιμης κατάστασης μπορούν να λάβουν τιμές από το 20 έως το 80. Όσο υψηλότερες είναι οι βαθμολογίες τόσο υψηλότερα είναι και τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα άγχους.

3.3.6 Ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή

Τέλος, μία σειρά από 23 ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με την εμφύτευση του απινιδωτή, να αξιολογήσουν τις στάσεις των συμμετεχόντων για τη συσκευή αυτή και να εκτιμήσουν το βαθμό ικανοποίησής τους από αυτή. Οι ερωτήσεις βασίστηκαν σε μια σειρά αντίστοιχων ερωτήσεων που κατασκεύασαν ο Dugu και οι συνεργάτες του (2001) για τις ανάγκες μιας συγκριτικής μελέτης ποιότητας ζωής σε ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδωτή και σε ασθενείς με βηματοδότη. Ανάλογα με την ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο, τρεις, τέσσερις ή πέντε πιθανές απαντήσεις.

3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v.18. (SPSS Inc., Chicago).

Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, τυπική απόκλιση, εύρος τιμών), καθώς και πίτες και ραβδογράμματα του ποσοστού των συμμετεχόντων ως προς τις απαντήσεις τους στις διάφορες ερωτήσεις της έρευνας.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών (π.χ. απαντήσεις γυναικών και ανδρών), που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test, όταν οι μεταβλητές ήταν ποσοτικές και η δοκιμασία U των Mann-Whitney, όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές. Όταν οι κατανομές ήταν περισσότερες από δύο, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) με post hoc test του Scheffé, για την ανεύρεση των μέσων όρων που διαφέρουν.

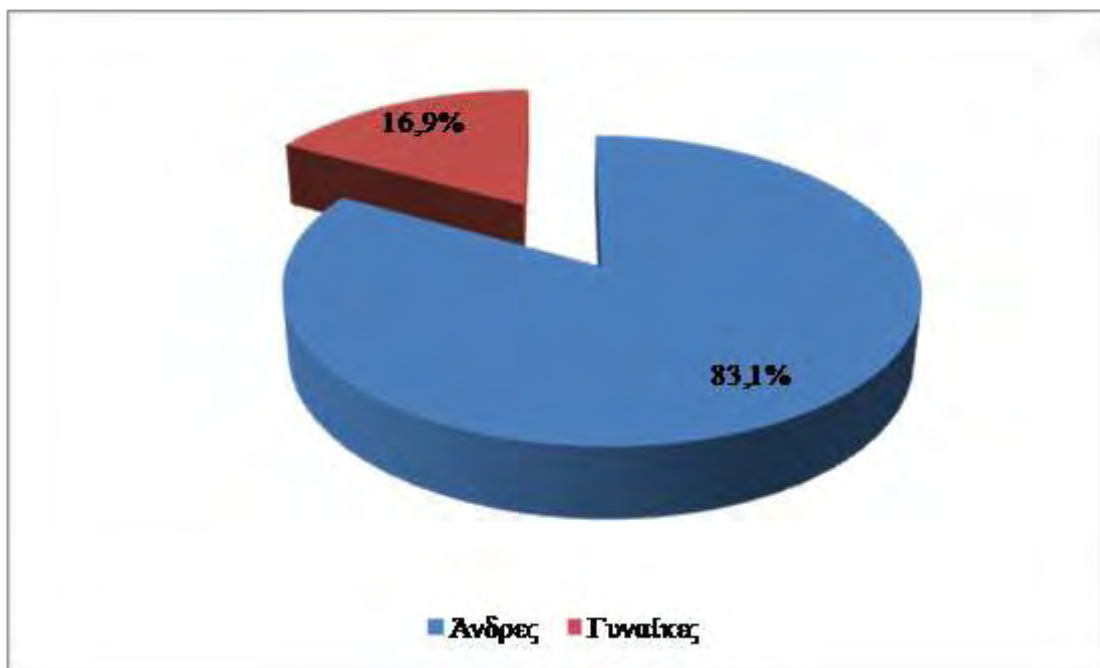
Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 του Pearson και, όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις της, το Fisher's Exact Test. Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r του Pearson, αν οι μεταβλητές ήταν ποσοτικές, και ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης rho του Spearman, αν οι μεταβλητές ήταν τακτικές ή ανάμικτες (τακτικές με κατηγορικές).

Οι διαφορές (p) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

3.5 Αποτελέσματα-Συζήτηση

Περιγραφή δείγματος

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, στους οποίους είχε γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από τα αρχεία των ασθενών του εξωτερικού ιατρείου αρρυθμιών και βηματοδοτών ενός νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης. Συνολικά υπήρχαν στοιχεία για 115 ασθενείς, 17 εκ των οποίων είχαν αποβιώσει, ενώ για 9 από αυτούς δεν κατέστη εφικτή η τηλεφωνική επικοινωνία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες που ενημερώθηκαν τηλεφωνικά για την παρούσα έρευνα έδωσαν τη συγκατάθεσή τους να συμμετάσχουν σε αυτήν και κατόπιν κανονίστηκαν ραντεβού για τις συνεντεύξεις με την ερευνήτρια. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 89, η πλειοψηφία των οποίων, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, ήταν άνδρες.



Διάγραμμα 1. Φύλο Συμμετεχόντων

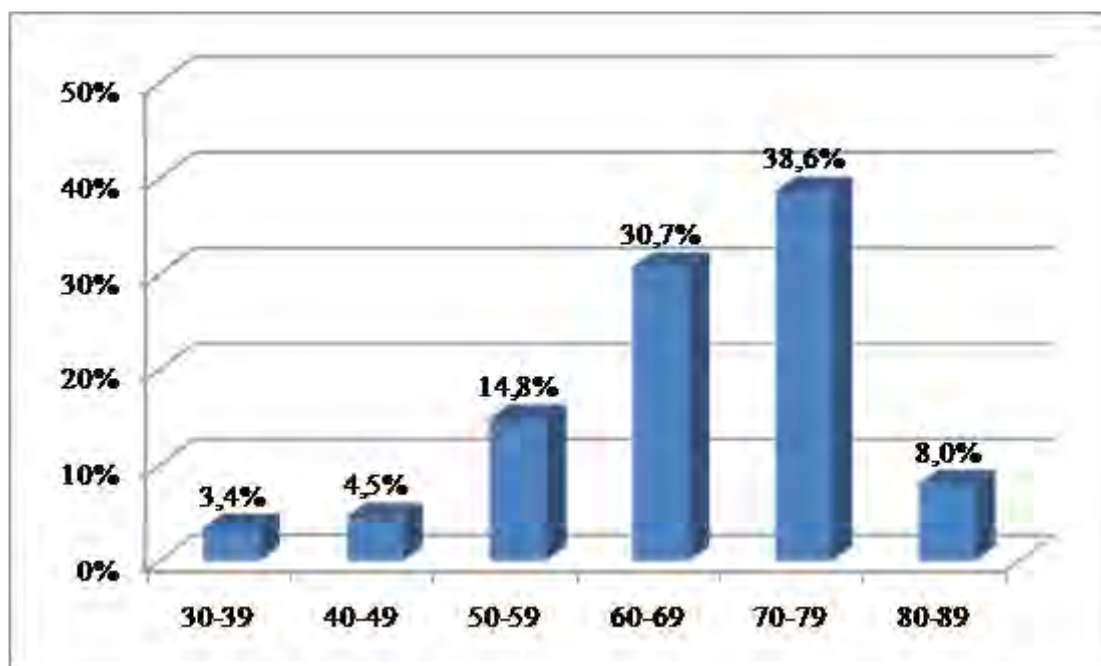
Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα $66,4 \pm 11,14$ έτη. Το εύρος των ηλικιών κυμάνθηκε από τα 32 έως τα 86 έτη και η διάμεσος τιμή τους ήταν τα 69

έτη. Επίσης, δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία των ανδρών και των γυναικών του δείγματος [$t(86)=0,278, p=0,782$].

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Άνδρες	66,55	11,01	0,782
Γυναίκες	65,67	12,15	
Σύνολο δείγματος	66,40	11,14	

Πίνακας 1. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για την ηλικία των ανδρών, των γυναικών και του συνολικού δείγματος και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test

Στο διάγραμμα που ακολουθεί, αναπαρίσταται γραφικά η ηλικία των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή κατηγορία. Είναι εμφανές ότι τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση είχε η ηλικιακή κατηγορία των 70-79 ετών, ακολουθούμενη από την κατηγορία των 60-69 ετών, ενώ τη μικρότερη εκπροσώπηση στο δείγμα είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν ηλικία μικρότερη των 40 ετών.



Διάγραμμα 2. Ηλικιακές κατηγορίες συμμετεχόντων

Περίπου 4 στους 5 συμμετέχοντες (79,8%, $n=71$) δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι, ενώ μόνο 18 δήλωσαν ότι είναι άγαμοι (9,0%, $n=8$), διαζευγμένοι (3,4%, $n=3$) ή χήροι (7,9%, $n=7$). Το γεγονός ότι η εκπροσώπηση στις κατηγορίες

των άγαμων, των διαζευγμένων και των χήρων ήταν πολύ μικρή και δεν επιτρέπει ουσιαστικές συγκρίσεις με την κατηγορία των έγγαμων, οδήγησε στην απόφαση της ενσωμάτωσής τους σε μια ενιαία κατηγορία. Μετά από τις απαραίτητες τροποποιήσεις προέκυψαν δύο νέες κατηγορίες στη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης. Στην πρώτη διατηρήθηκαν οι συμμετέχοντες που ήταν παντρεμένοι, ενώ τη δεύτερη αποτέλεσαν οι συμμετέχοντες χωρίς σύντροφο, δηλαδή οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι (20,2%, n=18).

Από το σύνολο των συμμετεχόντων 66 άτομα (74,2%) δήλωσαν ότι συγκατοικούν με κάποιο άτομο. Η συγκατοίκηση ή όχι με άλλα άτομα δε συσχετίστηκε με το φύλο των συμμετεχόντων (Fisher's exact test, $p=0,336$) ή την ηλικία τους [$t(86)=1,109$, $p=0,271$].

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Συμμετέχοντες που συγκατοικούν	68,61	8,15	0,271
Συμμετέχοντες που μένουν μόνοι	65,62	11,98	

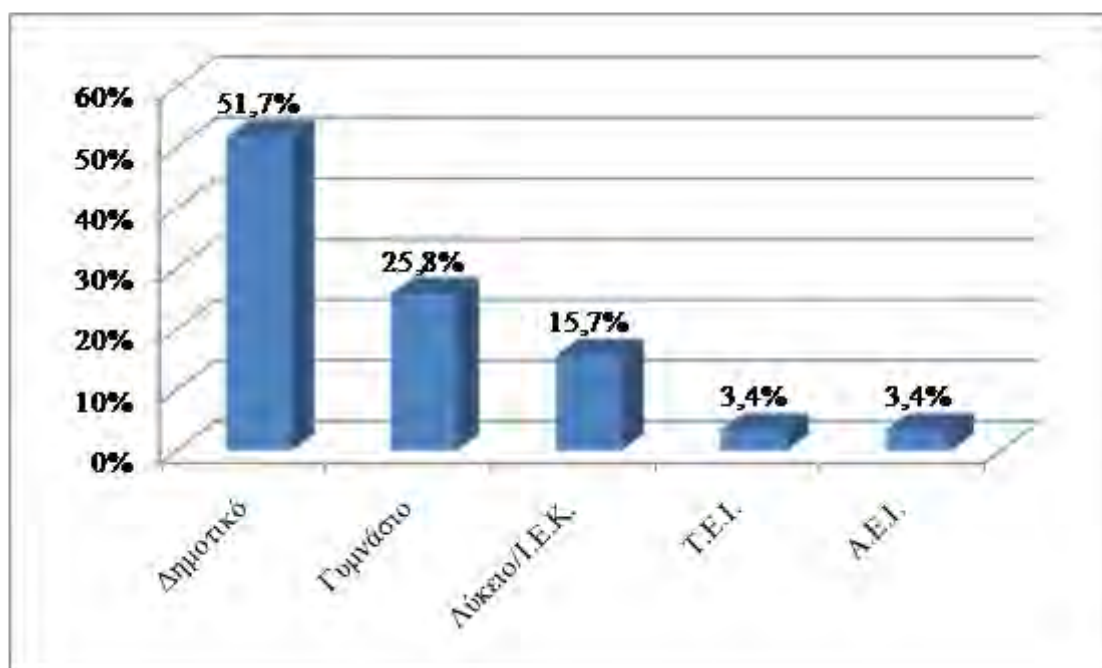
Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για την ηλικία των συμμετεχόντων που συγκατοικούν με κάποιο άτομο και που μένουν μόνοι τους και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test

Αντίθετα, και όπως ήταν αναμενόμενο, επηρεάστηκε από το αν έχουν ή όχι κάποιο σύντροφο στη ζωή τους (Fisher's exact test, $p=0,015$). Ειδικότερα, τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους βρέθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι συγκατοικούν με κάποιο άτομο συγκριτικά με αυτά που δήλωσαν ότι δεν έχουν σύντροφο.

	Συγκατοίκηση		<i>p</i>
	Ζουν μόνοι	Ζουν με άλλους n(%)	
Άνδρες n(%)	21 (28,4%)	53 (71,6%)	0,336
Γυναίκες	2 (13,3%)	13 (86,7%)	
Δεν έχουν σύντροφο	9 (50%)	9 (50%)	0,015
Έχουν σύντροφο	14 (19,7%)	57 (80,3%)	

Πίνακας 3. Ποσοστά συμμετεχόντων που ζουν μόνοι ή με άλλους ανάλογα με το φύλο και την οικογενειακή τους κατάσταση και αποτελέσματα δοκιμασίας Fisher's exact test

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι περίπου οι μισοί (51,7%, n=46) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ μόνο 6 άτομα (6,8%) ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης βαθμίδας εκπαίδευσης. Αναλυτικά, το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Για λόγους στατιστικής ανάλυσης, όπως και στην περίπτωση της μεταβλητής της οικογενειακής κατάστασης, οι απόφοιτοι Λυκείου, Ι.Ε.Κ., Τ.Ε.Ι. και Α.Ε.Ι. ομαδοποιήθηκαν σε μία ενιαία κατηγορία (22,5%, n=20), ενώ διατηρήθηκαν ως είχαν οι κατηγορίες των αποφοίτων Δημοτικού και των αποφοίτων Γυμνασίου.



Διάγραμμα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν για την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία τους ήταν συνταξιούχοι (85,2%, n=75). Επίσης, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, τη μικρότερη εκπροσώπηση στο δείγμα μας είχαν οι συμμετέχοντες που εργάζονταν υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης, ακολουθούμενοι από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι την τρέχουσα περίοδο δεν κατέχουν κάποια θέση εργασίας.

Η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων δε βρέθηκε να επηρεάζεται από το φύλο τους [$\chi^2(3)=0,800, p=0,849$].

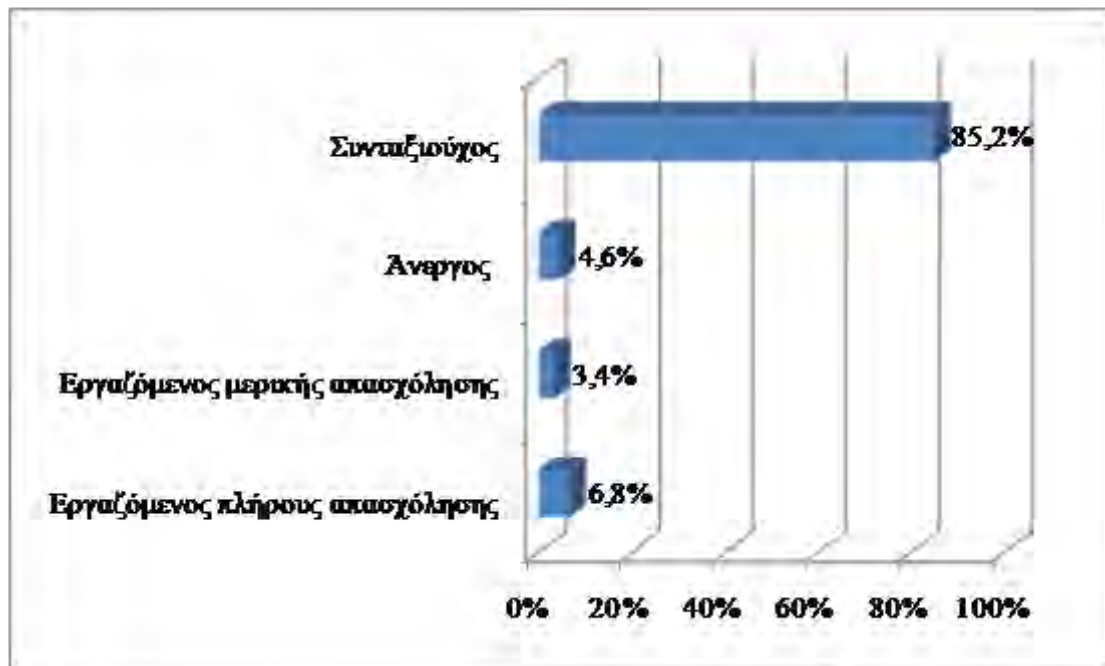
Φύλο	Πλήρους απασχόλησης	Μερικής απασχόλησης	Άνεργοι	Συνταξιούχοι	<i>p</i>
Άνδρες	5 (6,8%)	2 (2,7%)	3 (4,2%)	63 (86,3%)	0,849
Γυναίκες	1 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	12 (79,9%)	
Σύνολο	6 (6,8%)	3 (3,5%)	4 (4,5%)	75 (85,2%)	

Πίνακας 4. Ποσοστά συμμετεχόντων ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση και αποτελέσματα δοκιμασίας χ^2 του Pearson

Διαπιστώθηκε όμως με βάση την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) και του post hoc test του Scheffé ότι οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι ήταν συνταξιούχοι έχουν μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι εργάζονται ή είναι άνεργοι [$F(3,83)=15,452, p<0,001$].

Επαγγελματική ιδιότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Συνταξιούχοι	69,23	8,62	<0,001
Πλήρους απασχόλησης	55,17	13,54	
Μερικής απασχόλησης	45,33	8,08	
Άνεργοι	49,50	11,15	

Πίνακας 5. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων ηλικίας των συμμετεχόντων με βάση την επαγγελματική τους ιδιότητα και αποτελέσματα δοκιμασίας ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA)



Διάγραμμα 4. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων

Σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι για αυτούς που δήλωσαν ότι δεν εργάζονται, είτε γιατί είναι άνεργοι είτε γιατί είναι συνταξιούχοι, το γεγονός αυτό δε βρέθηκε να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την κατάσταση της υγείας τους (Fisher's exact test, $p=0,287$). Αντίθετα, για το 74,7% των συμμετεχόντων ($n=65$) η κατάσταση της υγείας του βρέθηκε ότι επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό την οικονομική του κατάσταση. Η οικονομική επιβάρυνση δε φάνηκε να συνδέεται με το φύλο των συμμετεχόντων (Fisher's exact test, $p=0,203$), με την ηλικία τους [$t(84)=-1,074$, $p=0,286$], με το αν έχουν ή όχι σύντροφο (Fisher's exact test, $p=0,268$) και με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο [$\chi^2(2)=0,814$, $p=0,666$].

Φύλο	Οικονομική επιβάρυνση		<i>p</i>
	Επιβαρύνονται n(%)	Δεν επιβαρύνονται n(%)	
Άνδρες	52 (72,2%)	20 (27,8%)	0,203
Γυναίκες	13 (86,7%)	2 (13,3%)	

Πίνακας 6. Ποσοστά συμμετεχόντων που επιβαρύνονται ή όχι από την κατάσταση της υγείας τους ανάλογα με το φύλο τους και αποτελέσματα δοκιμασίας Fisher's exact test

Οικονομική επιβάρυνση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Επιβαρύνονται οικονομικά	65,63	10,67	0,286
Δεν επιβαρύνονται οικονομικά	68,62	12,29	

Πίνακας 7. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων ηλικίας των συμμετεχόντων με βάση την οικονομική τους επιβάρυνση και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test

	Οικονομική επιβάρυνση		<i>p</i>
	Επιβαρύνονται n(%)	Δεν επιβαρύνονται n(%)	
Έχουν σύντροφο	50 (72,5%)	19 (27,5%)	0,543
Δεν έχουν σύντροφο	15 (83,3%)	3 (16,7%)	

Πίνακας 8. Ποσοστά συμμετεχόντων που επιβαρύνονται ή όχι από την κατάσταση της υγείας τους ανάλογα με το αν έχουν ή όχι σύντροφο και αποτελέσματα δοκιμασίας Fisher's exact test

Οικονομική επιβάρυνση	Απόφοιτοι δημοτικού	Απόφοιτοι Γυμνασίου	Απόφοιτοι Λυκείου/AEI/TEI	<i>p</i>
	Επιβαρύνονται	36 (78,3%)	15 (68,2%)	
Δεν επιβαρύνονται	10 (21,7%)	7 (31,8%)	5 (26,3%)	

Πίνακας 9. Ποσοστά συμμετεχόντων που επιβαρύνονται ή όχι από την κατάσταση της υγείας τους ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και αποτελέσματα δοκιμασίας χ^2 του Pearson

Με βάση τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν για την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι κατά μέσο όρο η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας είχε γίνει πριν $5,92 \pm 6,12$ έτη. Το εύρος των ετών διάγνωσης κυμάνθηκε από τα 0,1 έως τα 30 έτη και η διάμεσος τιμή τους ήταν τα 4 έτη (Μέσος όρος=0,67 έτη, Τυπική απόκλιση=1,31 έτη). Επίσης, το 32,6% (n=29) των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι τους τελευταίους 6 μήνες είχαν νοσηλευτεί λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν. Ο αριθμός των νοσηλειών αυτών κυμαινόταν από 1 έως 8, ενώ δε διαπιστώθηκε να επηρεάζεται από το φύλο των συμμετεχόντων [$t(87)=-0,405$, $p=0,686$], το χρόνο που είχε περάσει από τη διάγνωση της ασθένειάς τους (Pearson's $r=0,128$, $p=0,236$) και την ηλικία τους (Pearson's $r=0,181$, $p=0,092$). Σε σχέση με τον παράγοντα της ηλικίας είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι παρά το

γεγονός ότι δε συσχετίστηκε κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο με τον αριθμό των νοσηλειών, εντοπίστηκε μια σαφής τάση όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μεγαλύτερος να είναι και ο αριθμός των νοσηλειών τους.

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Νοσηλείες ανδρών	0,65	1,32	0,686
Νοσηλείες γυναικών	0,80	1,32	

Πίνακας 10. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων νοσηλειών των συμμετεχόντων με βάση το φύλο τους και αποτελέσματα δοκιμασίας *t*-test

	Αριθμός νοσηλειών	Έτη διάγνωση	Ηλικία συμμετεχόντων
Αριθμός νοσηλειών	1		
Έτη από διάγνωση	0,128	1	
Ηλικία συμμετεχόντων	0,181	0,167	1

Πίνακας 11. Συντελεστές συσχέτισης *r* μεταξύ του αριθμού των νοσηλειών, των ετών από τη διάγνωση και της ηλικίας των συμμετεχόντων

Σε σχέση με την ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει, το 28,1% ($n=25$) του δείγματος υποστήριξε ότι αυτή του είναι απαραίτητη. Η ανάγκη ή όχι για λήψη φροντίδας δεν επηρεάστηκε από το φύλο των ασθενών (Fisher's exact test, $p=0,583$) και την ηλικία τους [$t(86)=1,431$, $p=0,156$]. Αντίθετα, φάνηκε να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των νοσηλειών των ασθενών [$t(87)=2,427$, $p=0,017$]. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσο αυξανόταν ο αριθμός των νοσηλειών κατά το τελευταίο εξαμήνο αυξανόταν αντίστοιχα και η ανάγκη των ασθενών για φροντίδα στο σπίτι.

Φύλο	Έχουν ανάγκη από φροντίδα	Δεν έχουν ανάγκη από φροντίδα	<i>p</i>
Άνδρες	21 (28,4%)	53 (73,6%)	0,583
Γυναίκες	4 (26,7%)	11 (73,3%)	

Πίνακας 12. Ποσοστά συμμετεχόντων που έχουν ή όχι ανάγκη από φροντίδα λόγω της κατάσταση της υγείας τους ανάλογα με το φύλο τους και αποτελέσματα δοκιμασίας Fisher's exact test

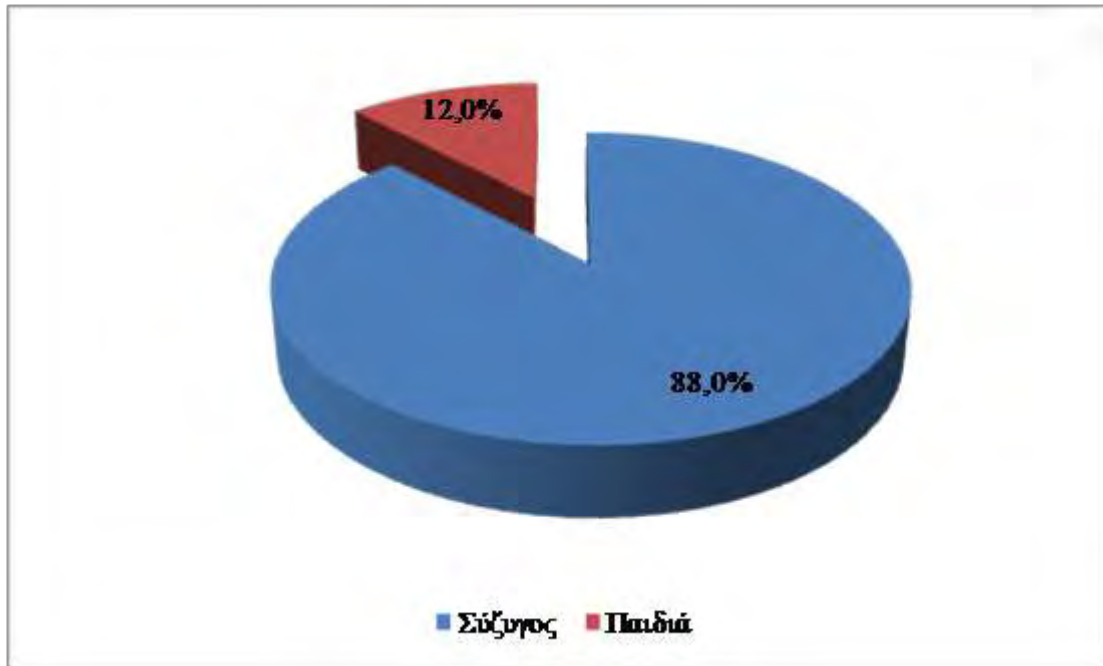
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Έχουν ανάγκη από φροντίδα	69,08	10,56	0,156
Δεν έχουν ανάγκη από φροντίδα	65,33	11,27	

Πίνακας 13. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων ηλικίας των συμμετεχόντων με βάση την ανάγκη τους ή όχι για φροντίδα και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Έχουν ανάγκη από φροντίδα	1,20	1,83	0,017
Δεν έχουν ανάγκη από φροντίδα	0,47	0,99	

Πίνακας 14. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων νοσηλειών των συμμετεχόντων με βάση την ανάγκη τους ή όχι για φροντίδα και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test

Για τις περιπτώσεις των συμμετεχόντων που ανέφεραν ότι χρειάζονται βοήθεια στο σπίτι λόγω της κατάστασης της υγείας τους βρέθηκε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό το ρόλο του φροντιστή είχαν αναλάβει οι σύζυγοί τους. Όπως φαίνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα, περίπου εννιά στις δέκα περιπτώσεις το ρόλο του φροντιστή είχε αναλάβει ο/η σύζυγος και μόνο μια στις δέκα κάποιο από τα παιδιά του ασθενή. Και για τις περιπτώσεις στις οποίες το ρόλο του φροντιστή είχε αναλάβει κάποιο από τα παιδιά των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι οι αντίστοιχοι συμμετέχοντες είχαν δηλώσει ότι τελούσαν υπό χηρεία.



Διάγραμμα 5. Ιδιότητα φροντιστών συμμετεχόντων

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36

Στη συνέχεια παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου SF-36. Στον πρώτο πίνακα παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά για τις υποκλίμακες του SF-36 με τη μέθοδο της αναγωγής σε ποσοστιαία επί τις εκατό αναλογία, ενώ στο δεύτερο παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά για τις υποκλίμακες του SF-36 σταθμισμένες με βάση τις αμερικάνικες νόρμες.

Κλίμακες SF-36	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος
Σωματική λειτουργικότητα	0	96	44,34	27,47	45
Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	0	100	27,11	29,13	25
Σωματικός πόνος	0	100	78,46	29,58	100
Γενική υγεία	0	100	48,89	20,01	50
Ζωτικότητα	0	100	56,32	23,49	56
Κοινωνική λειτουργικότητα	0	100	68,96	29,32	75
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	0	100	34,22	33,18	33
Ψυχική υγεία	15	100	61,85	20,60	65

Πίνακας 15. Περιγραφικά στατιστικά για τις υποκλίμακες του SF-36 με τη μέθοδο της αναγωγής σε ποσοστιαία επί τις εκατό αναλογία.

Κλίμακες SF-36	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	d*
Σωματική λειτουργικότητα	19,26	56,02	36,24	10,51	36,49	-1,38
Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	21,23	57,16	30,97	10,47	30,21	-1,90
Σωματικός πόνος	21,68	62,00	53,31	11,93	62,00	0,33
Γενική υγεία	18,95	66,50	42,20	9,51	42,73	-0,78
Ζωτικότητα	22,89	70,42	49,66	11,16	49,63	-0,03
Κοινωνική λειτουργικότητα	17,23	57,34	44,89	11,76	47,31	-0,51
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	14,39	56,17	28,69	13,86	28,31	-2,13
Ψυχική υγεία	19,48	63,95	43,99	10,78	45,64	-0,60
Σωματική υγεία	22,59	61,79	42,03	8,45	42,49	-0,80
Πνευματική υγεία	16,88	66,90	41,69	10,97	42,45	-0,83

Πίνακας 16. Περιγραφικά στατιστικά για τις υποκλίμακες του SF-36 σταθμισμένες με βάση τις αμερικάνικες νόρμες.

* *d* είναι ο αριθμός των τυπικών αποκλίσεων που διαφέρει ο μέσος όρος του δείγματος από το μέσο όρο του αμερικανικού πληθυσμού στάθμισης

Στους προηγούμενους πίνακες παρατέθηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες, μέγιστες και διάμεσες τιμές για τις υποκλίμακες του SF-36. Με βάση τις αμερικάνικες νόρμες παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαφοροποιούνταν σε 3 υποκλίμακες. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδωτή που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τη σωματική τους λειτουργικότητα και βίωναν πιο έντονους περιορισμούς λόγω της σωματικής αλλά και της συναισθηματικής τους υγείας συγκριτικά με τον αμερικάνικο πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα για την πιθανή σχέση της ποιότητας ζωής των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή με ορισμένους από τους δημογραφικούς παράγοντες παρουσιάζονται στους επόμενους πίνακες..

Κλίμακες SF-36	Φύλο (<i>p</i>)	Εργασιακή κατάσταση (<i>p</i>)	Ζουν μόνοι; (<i>p</i>)	Χρειάζονται φροντίδα; (<i>p</i>)
Σωματική λειτουργικότητα	0,044	0,027	0,255	0,020
Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	0,431	0,045	0,928	0,672
Σωματικός πόνος	0,013	0,328	0,427	0,001
Γενική υγεία	0,048	0,069	0,996	0,002
Ζωτικότητα	0,111	0,108	0,936	0,005
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,097	0,351	0,617	0,001
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	0,592	0,001	0,044	0,102
Ψυχική υγεία	0,192	0,102	0,225	0,001
Σωματική υγεία	0,010	0,149	0,480	0,010
Πνευματική υγεία	0,341	0,010	0,740	0,001

Πίνακας 17. Στατιστική σημαντικότητα της συσχέτισης του φύλου, της εργασιακής κατάστασης, της συμβίωσης και της ανάγκης για φροντίδα με τις υποκλίμακες του SF-36 με βάση τα αποτελέσματα της δοκιμασίας t-test

Το φύλο φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στις υποκλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας και κατ' επέκταση και στην κλίμακα της σωματικής υγείας. Είναι ενδιαφέρον πάντως το γεγονός ότι οι γυναίκες ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους άνδρες σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, αν και τελικά η διαφορά αυτή έφτασε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σε 4 από αυτές.

Όσον αφορά στην εργασιακή κατάσταση βρέθηκε να ασκεί σημαντική επίδραση σε όλες τις υποκλίμακες του SF-36, με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν να δηλώνουν ότι η ποιότητα ζωής τους είναι χειρότερη συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται. Στατιστικά σημαντικές διαφορές όμως δε διαπιστώθηκαν σε όλες τις υποκλίμακες παρά μόνο σε 4 από αυτές. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν είχαν σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα, βίωναν περισσότερους περιορισμούς λόγω της σωματικής και της

συναισθηματικής τους υγείας και συνολικά πίστευαν ότι αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στον τομέα της πνευματικής υγείας.

Η συμβίωση με κάποιο άτομο βρέθηκε να επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε όλες τις τις εκφάνσεις, αλλά μόνο η υποκλίμακα των περιορισμών λόγω συναισθηματικής υγείας διαφοροποιήθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Η διαφοροποίηση αυτή υποδηλώνει ότι τα άτομα που συμβίωναν βίωναν λιγότερους περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων σε αντιδιαστολή με αυτά που έμεναν μόνα τους.

Τέλος, η ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι φάνηκε να έχει ισχυρή επίδραση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Όλες οι εκφάνσεις της ποιότητας ζωής έγινε σαφές ότι επηρεάζονται από την ανάγκη για φροντίδα. Ειδικότερα, οι ασθενείς που δήλωσαν ότι έχουν ανάγκη από φροντίδα υποστήριξαν ότι η ποιότητα ζωής τους είναι σημαντικά χειρότερη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν ανάγκη φροντίδας. Οι μόνες υποκλίμακες που δεν διαφοροποιήθηκαν κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο ήταν αυτές των περιορισμών λόγω της σωματικής και της συναισθηματικής υγείας.

Κλίμακες SF-36	Ηλικία	Εκπαίδευση	Έτη διάγνωσης	Νοσηλείες
Σωματική λειτουργικότητα	-0,350**	0,350**	-0,284**	-0,235*
Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας	-0,214*	0,287**	-0,075	-0,205
Σωματικός πόνος	-0,057	0,221*	-0,120	-0,275**
Γενική υγεία	-0,354**	0,321*	-0,261*	0,285**
Ζωτικότητα	-0,215*	0,183	-0,073	-0,290**
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,119	0,270*	-0,150	-0,362**
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικής υγείας	-0,248*	0,420**	-0,034	-0,160
Ψυχική υγεία	-0,200	0,203	-0,028	-0,212*
Σωματική υγεία	-0,275**	0,313**	-0,291**	-0,313**
Πνευματική υγεία	-0,203	0,310**	-0,005	-0,253*

Πίνακας 18. Συντελεστές συσχέτισης r μεταξύ ηλικίας, ετών εκπαίδευσης, ετών από τη διάγνωση και του αριθμού νοσηλειών και των υποκλιμάκων του SF-36

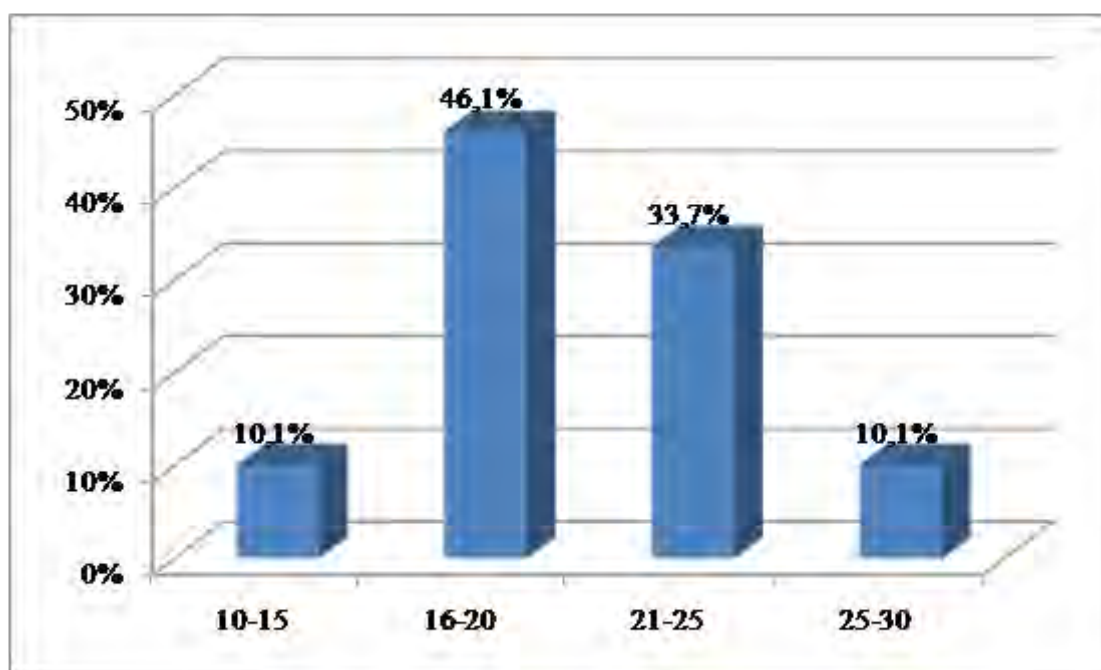
* Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

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

Η διερεύνηση της πιθανότητας επίδρασης της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της διάρκειας της καρδιακής ανεπάρκειας και του αριθμού νοσηλειών κατά το τελευταίο εξάμηνο στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων αποκάλυψε ιδιαίτερα σημαντικές συσχετίσεις. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων, όσο περισσότερα ήταν τα έτη που είχαν περάσει από τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των νοσηλειών κατά το τελευταίο εξάμηνο και όσο λιγότερα ήταν τα έτη εκπαίδευσής τους, επιδεινώνονταν αντίστοιχα και πολλές από τις πτυχές της ποιότητας ζωής. Αναλυτικά, οι αντίστοιχες συσχετίσεις φαίνονται στο σχετικό πίνακα.

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg

Με τη βοήθεια της Κλίμακας Αυτοεκτίμησης του Rosenberg αξιολογήθηκε η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων. Για τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ο μέσος όρος της βαθμολογίας τους ήταν $20,42 \pm 3,96$ με ελάχιστη βαθμολογία το 10 και μέγιστη το 30. Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων μετά από ομαδοποίησή τους και φαίνεται ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα είχαν οι βαθμολογίες από 16 έως 20. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο βαθμός αυτοεκτίμησης για τους συγκεκριμένους συμμετέχοντες κυμαινόταν σε μέτρια επίπεδα.



Διάγραμμα 6. Βαθμολογίες στην Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg

Τα επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων δε βρέθηκε να επηρεάζονται από το φύλο τους [$t(87)=0,658, p=0,512$], από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Pearson's $r=0,119, p=0,266$), από το αν χρειάζονται ή όχι φροντίδα λόγω της κατάστασης της υγείας τους [$t(87)=-1,340, p=0,184$], από την ηλικία τους (Pearson's $r=-0,097, p=0,369$) και από τον αριθμό των ετών που έχουν περάσει από τη διάγνωση της ασθένειάς τους (Pearson's $r=0,035, p=0,744$). Αντίθετα, τα επίπεδα αυτοεκτίμησης του δείγματος φάνηκε να συνδέονται ξεκάθαρα με την εργασιακή του κατάσταση [$t(86)=2,091, p=0,040$], καθώς τα άτομα που δήλωσαν ότι εργάζονται είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης συγκριτικά με αυτά που δήλωσαν ότι δεν εργάζονται. Τέλος, διαπιστώθηκε μια σαφής τάση τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους να έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης συγκριτικά με αυτά που δήλωσαν ότι δεν έχουν σύντροφο [$t(87)=-1,927, p=0,057$].

	Αυτοεκτίμηση, Μέσος όρος \pm Τυπική απόκλιση	p
Ανδρες	20,54 \pm 4,05	0,512
Γυναίκες	19,80 \pm 3,57	
Χρειάζονται φροντίδα	19,52 \pm 4,45	0,184
Δε χρειάζονται φροντίδα	20,77 \pm 3,73	
Εργάζονται	23,00 \pm 4,69	0,040
Δεν εργάζονται	20,13 \pm 3,82	
Δεν έχουν σύντροφο	18,83 \pm 3,63	0,057
Έχουν σύντροφο	20,82 \pm 3,96	

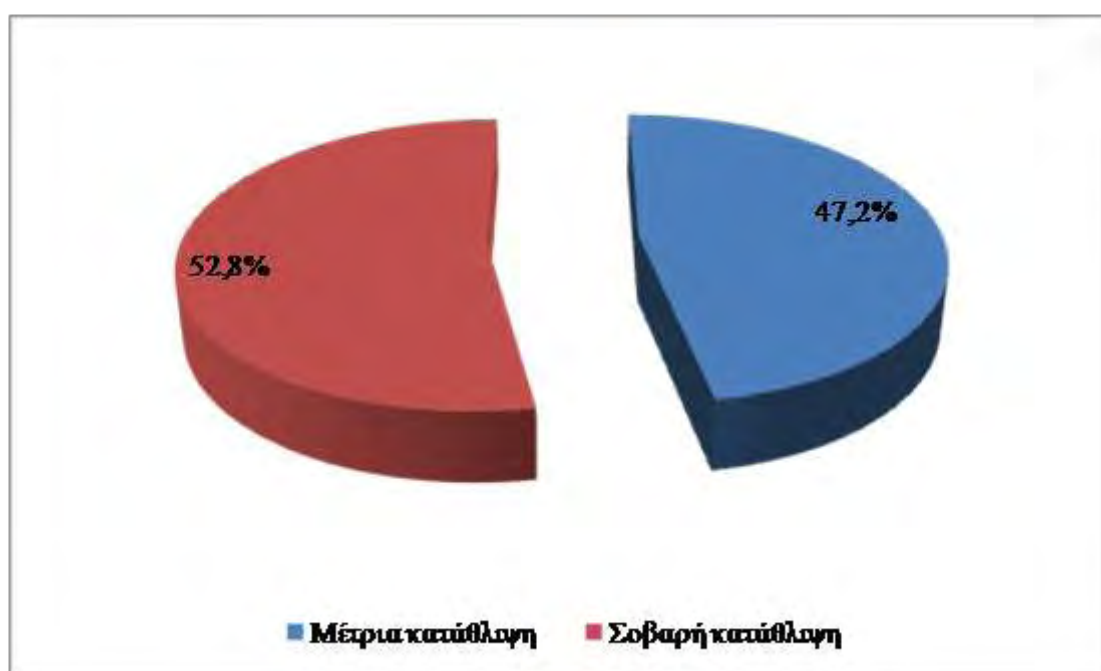
Πίνακας 19. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων στην κλίμακα αυτοεκτίμησης με βάση το φύλο, την ανάγκη για φροντίδα, την επαγγελματική κατάσταση και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test.

	Pearson's <i>r</i>	<i>p</i>
Ηλικία	-0,097	0,369
Έτη εκπαίδευσης	0,119	0,266
Διάρκεια νόσου	0,035	0,744

Πίνακας 20. Συντελεστές συσχέτισης *r* μεταξύ της ηλικίας, των ετών εκπαίδευσης, των ετών από τη διάγνωση και της βαθμολογίας στην Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg.

Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck

Για τη μέτρηση των επιπέδων κατάθλιψης των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck. Η βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο αυτό κυμάνθηκε από το 22 έως το 60 με μέσο όρο $31,87 \pm 7,49$ και διάμεσο τιμή 30. Κατηγοριοποιώντας τους ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάθλιψης, καταλήγουμε ότι όλοι οι συμμετέχοντες εκδήλωναν συμπτώματα μέτριας (βαθμολογίες 17-29) και σοβαρής κατάθλιψης (βαθμολογίες 30 και άνω). Με βάση το διάγραμμα που ακολουθεί γίνεται σαφές ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες φαίνεται να βιώνουν σοβαρή κατάθλιψη, ενώ όλοι οι υπόλοιποι φαίνεται να αντιμετωπίζουν συμπτώματα μέτριας κατάθλιψης.



Διάγραμμα 7. Βαρύτητα κατάθλιψης συμμετεχόντων

Οι παράγοντες που φάνηκε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της βαρύτητας της κατάθλιψης ήταν η ηλικία (Pearson's $r=0,249$, $p=0,019$), τα έτη εκπαίδευσης (Pearson's $r=-0,252$, $p=0,017$), η διάρκεια της πάθησης (Pearson's $r=0,206$, $p=0,054$), ο αριθμός των νοσηλειών (Pearson's $r=0,341$, $p=0,001$), η εργασιακή κατάσταση [$t(86)=-2,341$, $p=0,022$], η ανάγκη ή όχι για φροντίδα στο σπίτι [$t(87)=2,753$, $p=0,007$] και το άτομο που παράσχει τη φροντίδα [$t(24)=-2,000$, $p=0,057$]. Αυτά συνεπάγονται ότι στο συγκεκριμένο δείγμα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης είχαν οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, που νοσούσαν περισσότερο χρόνια, που είχαν νοσηλευτεί περισσότερες φορές, που δεν εργάζονταν, που είχαν ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι και που τους φρόντιζαν τα παιδιά. Αντίθετα, η βαρύτητα της κατάθλιψης δε βρέθηκε να επηρεάζεται από το φύλο των συμμετεχόντων [$t(87)=0,869$, $p=0,387$], από το αν έχουν ή όχι σύντροφο [$t(87)=0,682$, $p=0,497$] και από το αν ζουν ή όχι μόνοι [$t(87)=0,842$, $p=0,402$].

	Κλίμακα κατάθλιψης, Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
Εργάζονται	26,56±3,75	0,022
Δεν εργάζονται	32,57±7,57	
Χρειάζονται φροντίδα	35,24±8,87	0,007
Δε χρειάζονται φροντίδα	30,55±6,49	
Τους φροντίζουν σύζυγοι	33,78±7,57	0,057
Τους φροντίζουν παιδιά	44,00±14,18	
Άνδρες	31,55±7,82	0,387
Γυναίκες	33,40±5,54	
Δεν έχουν σύντροφο	32,94±9,54	0,497
Έχουν σύντροφο	31,59±6,94	
Ζουν μόνοι	33,00±8,35	0,402
Ζουν με άλλους	31,47±7,20	

Πίνακας 21. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων στην κλίμακα κατάθλιψης με βάση την εργασιακή κατάσταση, την ανάγκη για φροντίδα, την ιδιότητα του φροντιστή, το φύλο των συμμετεχόντων, την οικογενειακή τους κατάσταση και το αν ζουν μόνοι ή με άλλους και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test.

	Pearson's <i>r</i>	<i>p</i>
Ηλικία	0,249	0,019
Έτη εκπαίδευσης	-0,252	0,017
Διάρκεια νόσου	0,206	0,054
Αριθμός νοσηλειών	0,341	0,001

Πίνακας 22. Συντελεστές συσχέτισης *r* μεταξύ της ηλικίας, των ετών εκπαίδευσης, των ετών από τη διάγνωση, του αριθμού των νοσηλειών και της βαθμολογίας στην Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck.

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger

Με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger μελετήθηκε το άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει ένα άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει και το άγχος ως μόνιμη κατάσταση, το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του. Με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον αντίστοιχο πίνακα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα βίωναν μέτρια επίπεδα άγχους, τόσο παροδικού όσο και ως μόνιμου χαρακτηριστικού της προσωπικότητάς τους.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση	Διάμεσος τιμή
Παροδικό άγχος	25	68	42,69±11,12	40
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση	21	70	41,30±12,59	37

Πίνακας 23. Αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο άγχους

Το παροδικό άγχος διαπιστώθηκε ότι συνδέεται με την ηλικία των συμμετεχόντων (Pearson's $r=-0,213$, $p=0,046$), με την εργασιακή τους κατάσταση [$t(86)=-2,117$, $p=0,037$], με την ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι [$t(87)=2,890$, $p=0,005$] και με τον αριθμό των νοσηλειών τους κατά το τελευταίο εξάμηνο (Pearson's $r=-0,239$, $p=0,024$). Τα προαναφερόμενα συνεπάγονται ότι το παροδικό άγχος ήταν υψηλότερο στις περιπτώσεις των συμμετεχόντων μεγαλύτερης ηλικίας,

που δεν εργάζονταν, που είχαν ανάγκη φροντίδας στο σπίτι τους και που είχαν αυξημένο αριθμό νοσηλειών.

Στην περίπτωση του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας διαπιστώθηκε ότι ως επιβαρυντικοί παράγοντες λειτουργούσαν η ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι [$t(87)=3,002, p=0,004$] και ο αυξημένος αριθμός των νοσηλειών κατά το τελευταίο εξάμηνο (Pearson's $r=0,215, p=0,043$). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί η υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο παροδικό άγχος και στο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Pearson's $r=0,891, p<0,001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται το ένα από τα δύο είδη άγχους αυξάνεται αντίστοιχα και το άλλο.

	Κλίμακα άγχους, Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση	<i>p</i>
<i>Παροδικό άγχος</i>		
Εργάζονται	35,44±6,95	0,037
Δεν εργάζονται	43,59±11,27	
Χρειάζονται φροντίδα	47,92±12,49	0,005
Δε χρειάζονται φροντίδα	40,64±9,91	
<i>Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας</i>		
Εργάζονται	35,56±9,28	0,148
Δεν εργάζονται	42,01±12,86	
Χρειάζονται φροντίδα	47,44±12,71	0,004
Δε χρειάζονται φροντίδα	38,91±11,80	

Πίνακας 24. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου άγχους με βάση την εργασιακή κατάσταση και την ανάγκη για φροντίδα και αποτελέσματα δοκιμασίας t-test.

	Pearson's <i>r</i>	<i>p</i>
<i>Παροδικό άγχος</i>		
Ηλικία	0,213	0,046
Εργασιακή κατάσταση	-0,183	0,085
Αριθμός νοσηλειών	0,239	0,024
<i>Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας</i>		
Ηλικία	0,180	0,093
Εργασιακή κατάσταση	-0,188	0,077
Αριθμός νοσηλειών	0,215	0,043

Πίνακας 25. Συντελεστές συσχέτισης *r* μεταξύ της ηλικίας, της εργασιακής κατάστασης, του αριθμού των νοσηλειών με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου κατάθλιψης

Συσχετίσεις ανάμεσα στο SF-36, στην Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg, στο Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck και στο Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά οι συσχετίσεις που προέκυψαν ανάμεσα στο Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36 (κλίμακες Σωματικής και Πνευματικής υγείας), στην Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg, στο Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck και στο Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (Παροδικό και Μόνιμο).

	1	2	3	4	5	6
Σωματική υγεία (1)	1					
Πνευματική υγεία (2)	0,383**	1				
Αυτοεκτίμηση (3)	0,411**	0,544**	1			
Κατάθλιψη (4)	-0,567**	-0,689**	-0,558**	1		
Παροδικό άγχος (5)	-0,443**	-0,704**	-0,531**	0,791**	1	
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση (6)	-0,389**	-0,736**	-0,531**	0,773**	0,891**	1

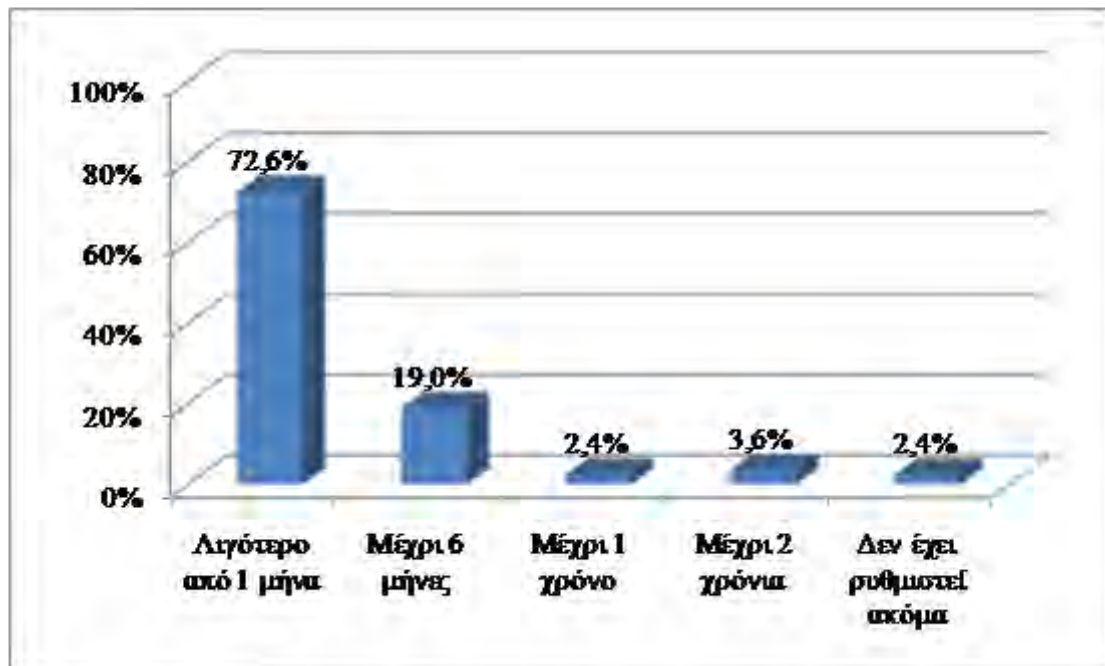
Πίνακας 26. Συντελεστές συσχέτισης r ανάμεσα στα διάφορα ερωτηματολόγια και κλίμακες

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

Το πρότυπο των συσχετίσεων που προέκυψε αποτυπώνει με ξεκάθαρο τρόπο την άμεση αλληλεπίδραση της ποιότητας ζωής, της αυτοεκτίμησης, της κατάθλιψης και του άγχους. Συνοπτικά, μπορεί να ειπωθεί ότι για τους συμμετέχοντες στην έρευνα η καλή ποιότητα ζωής, τόσο η σωματική όσο και η πνευματική, συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους τόσο παροδικού όσο και ως μόνιμης κατάστασης. Αντίστροφα, όσοι συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους ανέφεραν ταυτόχρονα χαμηλή ποιότητα ζωής.

Ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής τους ρυθμίστηκε σε διάστημα μικρότερο του ενός μήνα. Η αμέσως πιο συχνή απάντηση ήταν αυτή των 6 μηνών, ενώ υπήρχαν και συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι δεν έχει επιτευχθεί ακόμα η ρύθμιση του απινιδωτή.



Διάγραμμα 8. Χρονική διάρκεια ρύθμισης του εμφυτεύσιμου απινιδωτή

Η στάση που υιοθετούν οι συμμετέχοντες σχετικά με την πιθανή επίδραση που έχει ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής στο σώμα τους και στην εικόνα που έχουν οι ίδιοι για το σώμα τους παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Όπως φαίνεται, οι περισσότεροι συμμετέχοντες κρίνουν ότι ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής δεν τους επηρεάζει καθόλου σωματικά ή τους επηρεάζει σε μικρό βαθμό, ενώ μόνο το 5,6% (n=5) του δείγματος νιώθει ότι τους επηρεάζει υπερβολικά. Επιπλέον, είναι ξεκάθαρη η τάση των ασθενών να αξιολογούν ότι η παρουσία της συσκευής απινίδωσης δεν έχει αλλάξει την εικόνα που έχουν για το σώμα τους και επιπλέον η πλειοψηφία τους δεν ενοχλείται καθόλου ή ενοχλείται λίγο από τις αλλαγές στο σημείο της εμφύτευσης.

Σε τι βαθμό νιώθετε ότι ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής σας επηρεάζει σωματικά;			
Καθόλου	Λίγο	Σημαντικά	Υπερβολικά
48,3%	34,8%	11,3%	5,6%
Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής άλλαξε την εικόνα που έχετε για το σώμα σας;			
Ναι	Όχι		
28,1%	71,9%		
Σε τι βαθμό σας ενοχλούν οι αλλαγές στο σώμα σας στο σημείο της εμφύτευσης;			
Καθόλου	Λίγο	Σημαντικά	Υπερβολικά
59,6%	28,1%	7,8%	4,5%

Πίνακας 27. Επίδραση του εμφυτεύσιμου απινιδωτή στο σώμα και στην εικόνα του σώματος

Στα πλαίσια της διερεύνησης της συναισθηματικής απόκρισης των συμμετεχόντων απέναντι στον εμφυτεύσιμο απινιδωτή οι απαντήσεις που δόθηκαν δίνουν την αίσθηση ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες ένιωσαν έως κάποιο βαθμό μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή, ενώ εξακολουθεί και μετά την εμφύτευση να τους απασχολεί η κατάσταση της καρδιάς τους. Βέβαια είναι σημαντικό το γεγονός ότι αναγνωρίζουν ότι η κατάσταση της υγείας τους έχει βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό μετά την εμφύτευση της συσκευής, η οποία επιπρόσθετα τους κάνει να νιώθουν ασφάλεια και πιστεύουν ότι παρατείνει τη ζωή τους.

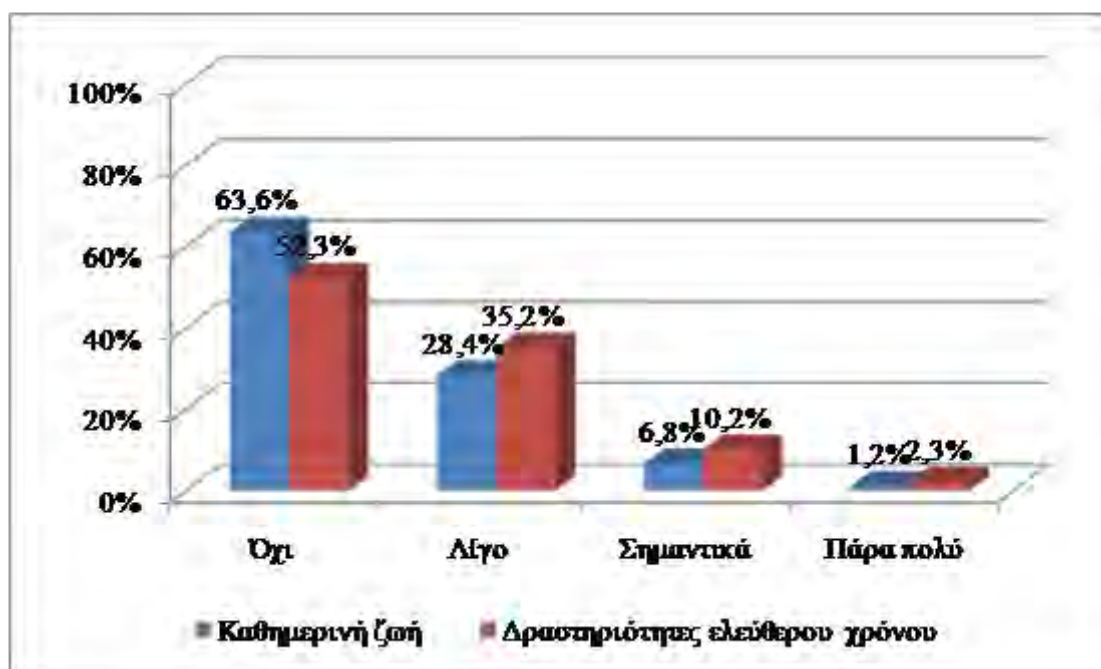
Σε σχέση με το πόσο συχνά μπορεί να σκέφτονται τον απινιδωτή βρέθηκε ότι μόνο το 29,2% του δείγματος (n=26) δεν σκέφτεται την ύπαρξη του, ενώ πολλοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έως κάποιο βαθμό ο απινιδωτής αποτελεί για αυτούς πηγή άγχους. Τέλος, σημαντικό είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δε φαίνεται να ανησυχούν σε σημαντικό βαθμό για προβλήματα που σχετίζονται με τη λειτουργία του απινιδωτή, όπως η πρόωρη εξάντληση της μπαταρίας του ή κάποια πιθανή δυσλειτουργία του.

Πόσο συχνά σκέφτεστε τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή;			
Ποτέ	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Κάθε μέρα
29,2%	41,6%	16,9%	12,3%
Νιώσατε μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή;			
Καθόλου	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
31,5%	38,1%	22,5%	7,9%
Μετά την εμφύτευση σε τι βαθμό σας απασχολεί η κατάσταση της καρδιάς σας;			
Καθόλου	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
22,6%	40,4%	30,3%	6,7%
Πώς νιώθετε τώρα συγκριτικά με την κατάστασή σας πριν την εμφύτευση;			
Χειρότερα	Το ίδιο	Καλύτερα	
2,3%	16,1%	81,6%	
Έχετε άγχος για την πρόωρη εξάντληση της μπαταρίας;			
Όχι	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
51,8%	29,9%	12,6%	5,7%
Έχετε άγχος για πιθανή δυσλειτουργία του εμφυτεύσιμου απινιδωτή;			
Όχι	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
42,0%	38,6%	11,4%	8,0%
Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής είναι μια πηγή ασφάλειας για εσάς;			
Όχι	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
0,0%	3,4%	28,4%	68,2%
Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής παρατείνει τη ζωή σας;			
Όχι	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
0,0%	3,4%	31,8%	64,8%
Ο εμφυτεύσιμος απινιδωτής είναι μια πηγή άγχους για εσάς;			
Όχι	Λίγο	Σημαντικά	Πάρα πολύ
40,2%	44,8%	12,6%	2,4%

Πίνακας 28. Συναισθηματική απόκριση απέναντι στον εμφυτεύσιμο απινιδωτή

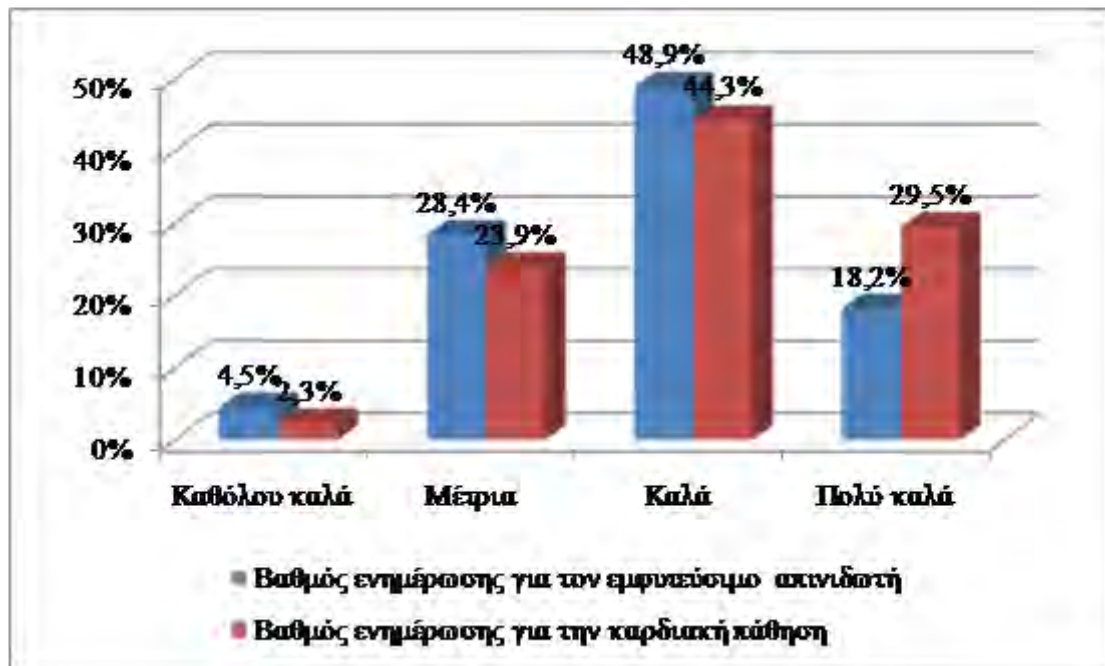
Η παρουσία του εμφυτεύσιμου απινιδωτή δε βρέθηκε να ενοχλεί ιδιαίτερα τους συμμετέχοντες στην καθημερινή τους ζωή και στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου τους. Με βάση το επόμενο διάγραμμα διαπιστώνεται ότι μόνο το

8,0% (n=7) του δείγματος βιώνει σημαντική ή πάρα πολλή ενόχληση λόγω του απινιδωτή. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για την ενόχληση που μπορεί να προκαλεί στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, καθώς μόνο το 12,5% (n=11) του δείγματος δήλωσε ότι περιορίζεται σε σημαντικό ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη του εμφυτεύσιμου απινιδωτή.



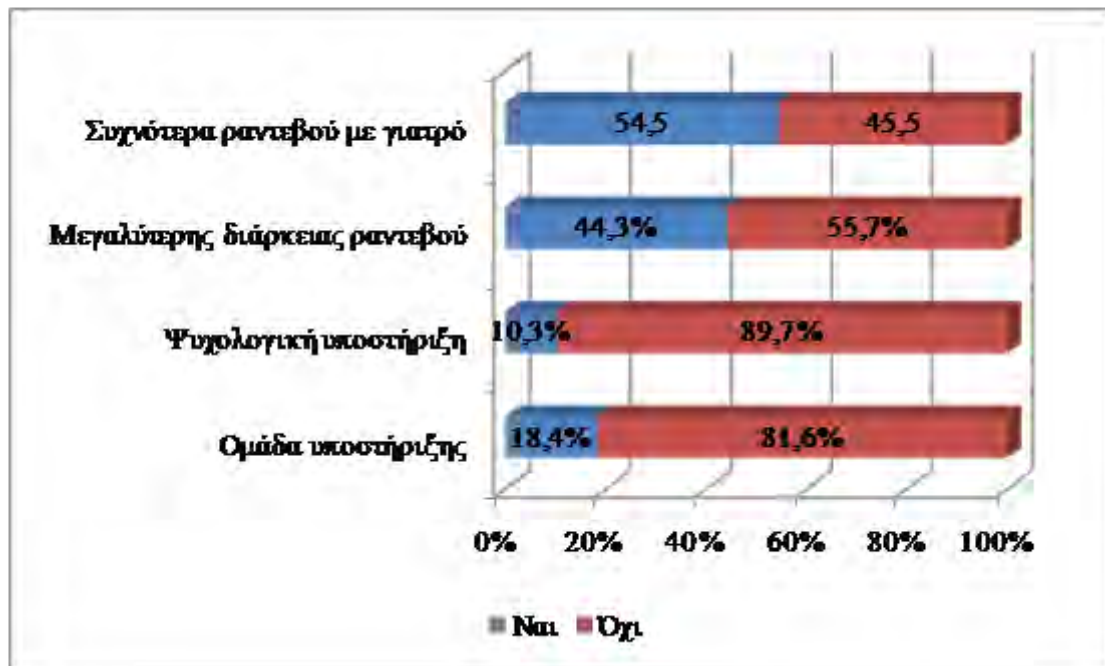
Διάγραμμα 9. Βαθμός ενόχλησης από τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή στην καθημερινή ζωή και στις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου των συμμετεχόντων.

Ο βαθμός ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή και την καρδιακή τους πάθηση κυμαινόταν ως επί το πλείστον από μέτριος έως πολύ καλός. Στο διάγραμμα που ακολουθεί, παρατηρούμε τις διακυμάνσεις στο βαθμό ενημέρωσης των συμμετεχόντων, με την πλειοψηφία όμως να δηλώνει ότι είναι σε καλό βαθμό ενημερωμένη. Επίσης, αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι μόνο το 4,5% (n=4) και το 2,3% (n=2) του δείγματος αντίστοιχα δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου καλά ενημερωμένοι για τον απινιδωτή και για την καρδιακή τους πάθηση. Τέλος, παρά τη διακύμανση στο βαθμό ενημέρωσης των συμμετεχόντων σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή και την καρδιακή πάθηση, η στάση τους ήταν ξεκάθαρη ως προς την ανάγκη ενημέρωσης του ευρύτερου κοινού για τη χρησιμότητα του εμφυτεύσιμου απινιδωτή στις καρδιακές παθήσεις (89,4%, n=76).



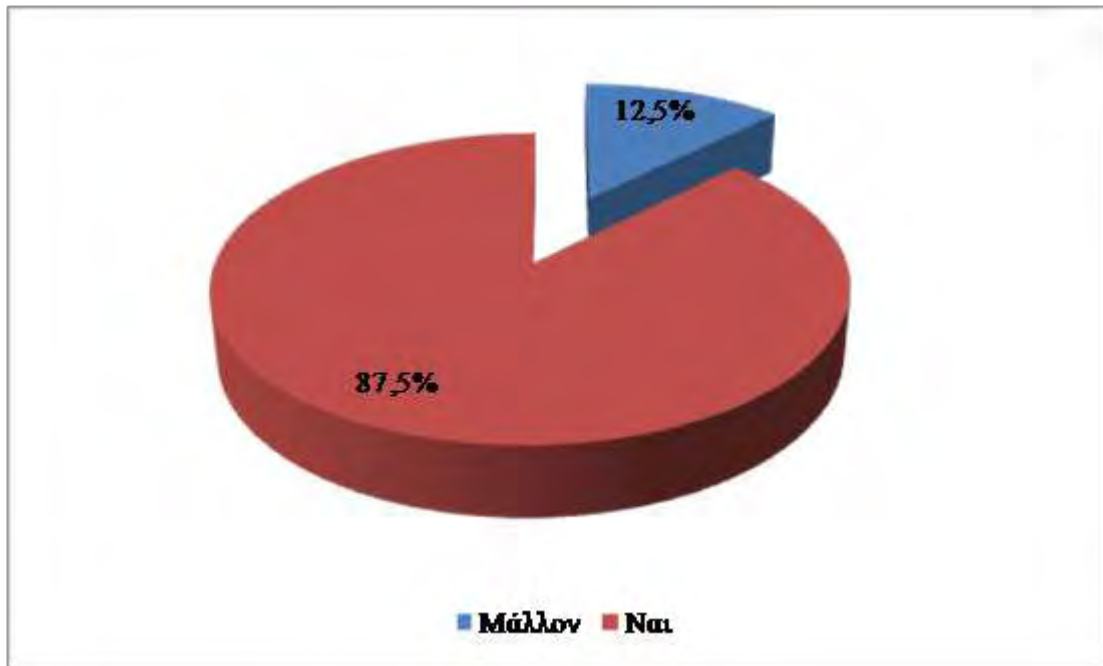
Διάγραμμα 10. Βαθμός ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τον εμφυτεύσιμο ακτινιδωτή και την καρδιακή τους πάθηση.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που αξιολογούσαν τις προτιμήσεις τους σχετικά με τα ραντεβού με το γιατρό τους και με την επιθυμία τους ή όχι να λάβουν κάποιας μορφής ψυχολογική υποστήριξη παρουσιάζονται στο επόμενο διάγραμμα. Σε σχέση με τα ιατρικά ραντεβού διακρίνεται μια επιθυμία των συμμετεχόντων να έχουν συχνότερα ραντεβού με τον γιατρό που τους παρακολουθεί και μια σχετική ικανοποίηση αναφορικά με τη χρονική διάρκεια που είχαν τα μέχρι τώρα ραντεβού τους. Ως προς το κομμάτι της ψυχολογικής υποστήριξης είναι ξεκάθαρη η απροθυμία των συμμετεχόντων να αναζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας ή από κάποια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης.



Διάγραμμα 11. Απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα ιατρικά ραντεβού και την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης.

Η παρουσίαση των απαντήσεων για τις ερωτήσεις σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή ολοκληρώνονται με τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν άξιζε τελικά ή όχι η εμφύτευση του απινιδωτή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η εμφύτευση της συσκευής άξιζε σίγουρα, ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι άξιζε μάλλον. Πάντως το πιο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι κανένας από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούσε ότι η εμφύτευση του απινιδωτή τελικά δεν άξιζε και κατ' επέκταση δε συνέβαλε στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του.



Διάγραμμα 12. Απόψεις των συμμετεχόντων για το αν άξιζε τελικά η εμφύτευση του απινιδωτή.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων ολοκληρώνεται με την αναζήτηση πιθανών σχέσεων ανάμεσα στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και στις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Επίσης, θα παρουσιαστούν και οι πιθανές σχέσεις ανάμεσα στα υπόλοιπα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και το ερωτηματολόγιο για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή.

Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ένιωσαν σημαντικά μεγαλύτερη μελαγχολία όταν τις ενημέρωσαν για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή (Mann-Whitney $U=343,5$, $p=0,015$), τις απασχολεί περισσότερο η κατάσταση της καρδιάς τους μετά την εμφύτευση (Mann-Whitney $U=380,5$, $p=0,043$), σκέφτονται πιο συχνά τον απινιδωτή (Mann-Whitney $U=347,0$, $p=0,016$) και νιώθουν περισσότερο ότι η συσκευή τις επηρεάζει σωματικά (Mann-Whitney $U=350,0$, $p=0,014$).

	Φύλο	Ερωτήσεις απινιδωτή, Μέσος όρος ± απόκλιση	για Τυπική	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>Μελαγχόλησαν για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή</i>	Άνδρες	3,64±0,666		343,5	0,015
	Γυναίκες	3,20±0,561			
<i>Ασχολούνται με την κατάσταση της καρδιάς τους</i>	Άνδρες	2,58±0,876		380,5	0,043
	Γυναίκες	2,60±0,986			
<i>Σκέφτονται τον απινιδωτή</i>	Άνδρες	1,46±0,554		347,0	0,016
	Γυναίκες	1,53±0,640			
<i>Ο απινιδωτής τους επηρεάζει σωματικά</i>	Άνδρες	1,50±0,667		350,0	0,014
	Γυναίκες	1,53±0,640			

Πίνακας 29. Αναλυτική παρουσίαση των μέσων όρων για τις ερωτήσεις σχετικά με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή που βρέθηκαν να επηρεάζονται κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο από το φύλο των συμμετεχόντων και αποτελέσματα δοκιμασίας Mann-Whitney.

Επίσης, ο παράγοντας της ηλικίας συσχετίστηκε με την ενημέρωση για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή και την ενημέρωση για την καρδιακή πάθηση, καθώς και με τη σκέψη για συμμετοχή σε μια ομάδα υποστήριξης. Οι συσχετίσεις αυτές συνεπάγονται ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες ήταν συνήθως περισσότερο ενημερωμένοι για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν και για τη λειτουργία του απινιδωτή, ενώ ήταν πιο δεκτικοί στο να συμμετάσχουν σε μια ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία.

	Spearman's rho	p
Ενημέρωση για απινιδωτή	-0,321	0,002
Ενημέρωση για καρδιακή πάθηση	-0,282	0,008
Συμμετοχή σε ομάδα υποστήριξης	0,217	0,045

Πίνακας 30. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την ηλικία

Η βαθμολογία στην Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg συσχετίστηκε με τις ερωτήσεις που διερευνούσαν τη συχνότητα των επισκέψεων στο γιατρό και το πώς νιώθουν τώρα οι συμμετέχοντες συγκριτικά με την κατάστασή τους πριν την εμφύτευση. Κατά συνέπεια, αυτό που προκύπτει είναι ότι τα άτομα που είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση δεν ένιωθαν τόσο την ανάγκη για συχνότερες επισκέψεις στο γιατρό τους και επιπλέον αντιλαμβάνονταν περισσότερη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους μετά την εμφύτευση του απινιδωτή συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είχαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης.

	Spearman's rho	p
Συχνότητα επισκέψεων στο γιατρό	0,221	0,039
Σύγκριση με την κατάσταση πριν την εμφύτευση	0,213	0,048

Πίνακας 31. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg.

Οι συσχετίσεις των βαθμολογιών της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck με ορισμένες από τις ερωτήσεις για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή υποδηλώνουν μια ξεκάθαρη τάση, όσο πιο σοβαρός είναι ο βαθμός κατάθλιψης κάθε ασθενή τόσο πιο συχνά να σκέφτεται τον απινιδωτή, να έχει νιώσει πιο έντονη μελαγχολία από την ανάγκη εμφύτευσής του, να τον απασχολεί περισσότερο η κατάσταση της καρδιάς του, να τον ενοχλεί ο απινιδωτής στην καθημερινότητά του και να αποτελεί πηγή άγχους για αυτόν. Επίσης, η κατάθλιψη ήταν σοβαρότερη σε ασθενείς που δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένοι για τη λειτουργία του απινιδωτή, που επιθυμούσαν πιο συχνά και μεγαλύτερης διάρκειας ραντεβού με το γιατρό και που δήλωσαν ότι έχουν ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης. Αντίθετα, οι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης

ήταν πιο πιθανόν να νιώθουν καλύτερα συγκριτικά με πριν την εμφύτευση του απινιδωτή και να είναι πιο σίγουροι για το ότι άξιζε τελικά τον κόπο η εμφύτευσή του.

	Spearman's rho	p
Ενασχόληση με τον απινιδωτή	0,204	0,056
Μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης	0,320	0,002
Ενασχόληση με την κατάσταση της καρδιάς	0,297	0,005
Ενόχληση στην καθημερινή ζωή	0,237	0,026
Πηγή άγχους	0,240	0,025
Ενημέρωση για λειτουργία απινιδωτή	-0,266	0,012
Συχνότητα ραντεβού με γιατρό	-0,289	0,006
Διάρκεια ραντεβού με γιατρό	-0,261	0,014
Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	-0,248	0,021
Σύγκριση με την κατάσταση πριν την εμφύτευση	-0,234	0,029
Συνολική αξιολόγηση εμφύτευσης απινιδωτή	-0,221	0,039

Πίνακας 32. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιξης του Beck

Αντίστοιχο με το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιξης του Beck ήταν και το πρότυπο των συσχετίσεων που προέκυψε για το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger τόσο για την υποκλίμακα του παροδικού άγχους όσο και για την υποκλίμακα του άγχους ως μόνιμης κατάστασης. Ενδεικτικά, οι υψηλότερες συσχετίσεις της υποκλίμακας του παροδικού άγχους ήταν με τις ερωτήσεις για την πρόκληση άγχους λόγω του απινιδωτή, για τη συχνότητα των ραντεβού με το γιατρό και για το αν τελικά άξιζε τον κόπο η εμφύτευση του απινιδωτή. Τα προαναφερόμενα συνεπάγονται ότι όσο πιο έντονο ήταν το παροδικό άγχος των ασθενών της έρευνας τόσο πιο έντονο ήταν το άγχος που τους προκαλούσε η παρουσία του απινιδωτή, τόσο αυξανόταν η επιθυμία τους για συχνότερη επαφή με το γιατρό τους και επιπλέον αυξανόταν η αβεβαιότητά τους για την ορθότητα της απόφασης για εμφύτευση του απινιδωτή.

	Spearman's rho	p
Πηγή άγχους	0,359	0,001
Συχνότητα ραντεβού με γιατρό	-0,384	0,001
Συνολική αξιολόγηση εμφύτευσης απινιδωτή	-0,341	0,001

Πίνακας 33. Σημαντικότερες συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την υποκλίμακα του παροδικού άγχους.

Για την περίπτωση του άγχους ως μόνιμης κατάστασης οι υψηλότερες συσχετίσεις προέκυψαν για τις ερωτήσεις σχετικά με την πρόκληση μελαγχολίας λόγω της ανάγκης εμφύτευσης του απινιδωτή, με την πρόκληση άγχους λόγω του απινιδωτή και με τη συχνότητα των ραντεβού με το γιατρό. Συμπερασματικά, οι συμμετέχοντες που το άγχος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους ένιωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό μελαγχολία όταν τους ενημέρωσαν ότι πρέπει να τους γίνει εμφύτευση απινιδωτή, τους προκαλείται πιο έντονο άγχος λόγω της παρουσίας του και επιθυμούν συχνότερα ραντεβού με το γιατρό τους.

	Spearman's rho	p
Μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης	0,434	0,001
Πηγή άγχους	0,442	0,001
Συχνότητα ραντεβού με γιατρό	0,456	0,001

Πίνακας 34. Σημαντικότερες συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την υποκλίμακα του άγχους ως μόνιμης κατάστασης.

Τέλος για την περίπτωση του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής SF-36 προέκυψαν οι ακόλουθες συσχετίσεις ανάμεσα στη σωματική κλίμακα, την πνευματική κλίμακα και τις ερωτήσεις για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Οι ασθενείς που είχαν καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας έτειναν να έχουν νιώσει λιγότερη μελαγχολία όταν τους ενημέρωσαν για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή, να μην τους απασχολεί σε σημαντικό βαθμό η κατάσταση της καρδιάς τους μετά την εμφύτευση του απινιδωτή και να μην τους ενοχλεί ιδιαίτερα η ύπαρξή του στην καθημερινή τους ζωή.

	Spearman's rho	p
Μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης	-0,221	0,038
Ενασχόληση με την κατάσταση της καρδιάς	0,341	0,001
Ενόχληση στην καθημερινή ζωή	-0,258	0,015

Πίνακας 35. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την σωματική κλίμακα του SF-36.

Στην περίπτωση των ασθενών με υψηλότερα επίπεδα πνευματικής υγείας υπήρχε η τάση να μην έχουν νιώσει υψηλά επίπεδα μελαγχολίας, όταν τους ενημέρωσαν για την ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή, ενώ επιπλέον υποστηρίζουν ότι δεν τους ενοχλεί ιδιαίτερα η παρουσία του απινιδωτή και οι αλλαγές στο σώμα τους στο σημείο της εμφύτευσης. Επίσης, οι συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα πνευματικής υγείας πιστεύουν σε υψηλότερο βαθμό ότι ο απινιδωτής παρατείνει τη ζωή τους και δηλώνουν ότι αποτελεί ιδιαίτερη πηγή άγχους για αυτούς. Επίσης, η καλή πνευματική υγεία συνδέθηκε με καλύτερα επίπεδα ενημέρωσης τόσο για τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή όσο και για την καρδιακή πάθηση από την οποία πάσχουν οι συμμετέχοντες. Τέλος, όσο πιο καλά ήταν ένας συμμετέχοντας στο επίπεδο της πνευματικής υγείας τόσο αντίστοιχα μειωνόταν η επιθυμία του για συχνότερα και μεγαλύτερης διάρκειας ραντεβού με το γιατρό του.

	Spearman's rho	p
Μελαγχολία για την ανάγκη εμφύτευσης	-0,356	0,001
Ενόχληση στην καθημερινή ζωή	-0,283	0,008
Ενόχληση από αλλαγές στο σημείο εμφύτευσης	-0,223	0,035
Παράταση διάρκειας ζωής	0,234	0,028
Πηγή άγχους	-0,235	0,029
Ενημέρωση για λειτουργία απινιδωτή	0,279	0,009
Ενημέρωση για καρδιακή πάθηση	0,219	0,041
Συχνότητα ραντεβού με γιατρό	0,348	0,001
Διάρκεια ραντεβού με γιατρό	0,307	0,004

Πίνακας 36. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε ερωτήσεις για τον απινιδωτή και την πνευματική κλίμακα του SF-36.

Συζήτηση

Η παρούσα εργασία είχε ως στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στους οποίους είχε γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διερεύνηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας, καθώς και στον προσδιορισμό των επιπέδων της κατάθλιψης, του άγχους και της αυτοεκτίμησης που βίωναν. Τέλος, βαρύτητα δόθηκε στον προσδιορισμό των στάσεων και των απόψεων των συμμετεχόντων απέναντι στον εμφυτεύσιμο απινιδωτή και στη συνολική αξιολόγησή τους αναφορικά με τη χρησιμότητά του και τα πιθανά οφέλη από την εμφύτευσή του.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή έδειξε σημαντικά ελλείμματα στον τομέα της σωματικής λειτουργικότητας και σαφείς περιορισμούς λόγω της σωματικής και της συναισθηματικής τους υγείας. Επίσης καταγράφηκε ξεκάθαρα η γενικότερη τάση να έχουν οι ασθενείς αυτοί συνολικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό. Αναλυτικότερα, χειρότερη ποιότητα ζωής φάνηκε να έχουν οι γυναίκες, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες, όσοι είχαν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αυτοί που έπασχαν για περισσότερα χρόνια από καρδιακή ανεπάρκεια και αυτοί που είχαν μεγαλύτερο αριθμό από νοσηλείες κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου. Επιπλέον, χειρότερη ποιότητα ζωής δήλωσαν ότι έχουν τα άτομα που δεν εργάζονταν, που ζούσαν μόνα τους και που είχαν ανάγκη από οικιακή φροντίδα.

Όσον αφορά στα επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων, βρέθηκε να κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα. Ο βαθμός αυτοεκτίμησης των ασθενών αυτών φάνηκε να επηρεάζεται από την εργασιακή και την οικογενειακή τους κατάσταση, καθώς τα άτομα που δεν εργάζονταν και που δεν είχαν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους έτειναν να νιώθουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση.

Στα πλαίσια της αξιολόγησης των επιπέδων κατάθλιψης του δείγματος βρέθηκε ότι όλοι οι συμμετέχοντες εκδήλωναν συμπτώματα που ήταν αντίστοιχα με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Πιο βαριά κατάθλιψη δήλωσαν ότι έχουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, καθώς και τα άτομα που έπασχαν περισσότερα χρόνια από καρδιακή ανεπάρκεια, που είχαν νοσηλευτεί

περισσότερες φορές, που δεν εργάζονταν και που είχαν ανάγκη από οικιακή φροντίδα.

Ως προς τα επίπεδα άγχους των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή βρέθηκε ότι αυτά κυμαίνονταν σε μέτρια επίπεδα. Αυτό αφορούσε τόσο την περίπτωση του παροδικού άγχους όσο και την περίπτωση του άγχους ως πιο μόνιμου χαρακτηριστικού. Οι δύο συνιστώσες του άγχους βρέθηκε ότι είχαν άμεση σχέση μεταξύ τους, καθώς όσο αυξανόταν η μία αυξανόταν αντίστοιχα και η άλλη. Επίσης, βρέθηκε ότι το παροδικό άγχος ήταν αυξημένο σε περιπτώσεις ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας, που δεν εργάζονταν, που είχαν νοσηλευτεί περισσότερες φορές και που είχαν ανάγκη από φροντίδα στο σπίτι τους. Με όμοιο τρόπο, το άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό βρέθηκε να είναι αυξημένο στις περιπτώσεις εκείνων των συμμετεχόντων που είχαν ανάγκη από φροντίδα στο σπίτι τους και που είχαν μεγαλύτερο αριθμό νοσηλειών κατά το τελευταίο εξάμηνο.

Τα επίπεδα ποιότητας ζωής, αυτοεκτίμησης, κατάθλιψης και άγχους στους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να συσχετίζονται στενά μεταξύ τους. Ουσιαστικά το πρότυπο της μεταξύ τους σχέσης υποδηλώνει ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν άμεσα συνδεδεμένη με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και με αντίστοιχα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Τέλος, σε σχέση με τον εμφυτεύσιμο απινιδωτή βρέθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι έχει συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στη βελτίωση της υγείας τους, αποτελεί μια πηγή ασφάλειας για αυτούς και παρατείνει τη ζωή τους. Δήλωσαν επίσης ότι δε λειτουργεί ανασταλτικά σε σχέση με την καθημερινότητά τους ούτε με τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου τους. Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, σε κάποιο βαθμό, η ανάγκη εμφύτευσης του απινιδωτή προκάλεσε μελαγχολία σε μέρος των συμμετεχόντων, ενώ επιπρόσθετα η παρουσία του συνοδεύεται από ήπιο άγχος σε κάποιους ασθενείς.

Το εύρημα της έρευνας αυτής ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυξημένων επιπέδων άγχους και χαμηλής ποιότητας ζωής, τόσο σε σωματικό όσο και σε πνευματικό επίπεδο, επιβεβαιώνεται και από αντίστοιχες έρευνες παρόμοιων πληθυσμών ασθενών. Σε σχετική έρευνα των Forthofer, Janz, Dodge και Clark (2001) σε ασθενείς με καρδιακή νόσο που είχαν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και υψηλά επίπεδα άγχους, βρέθηκε ότι αυτοί οι παράγοντες είχαν αρνητική επίδραση στη λειτουργικότητά τους και κατ' επέκταση στη διαμόρφωση

της κλινικής τους εικόνας και στην υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους. Και στην παρούσα έρευνα, όπως και στην προαναφερθείσα, ήταν ξεκάθαρο ότι οι ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα συνολικά παρουσιάζουν ένα σύνθετο πρότυπο χαμηλής ποιότητας ζωής, λειτουργικότητας, αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλή κατάθλιψη και άγχος, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό.

Τα προβλήματα των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στους οποίους έχει γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης συχνά είναι περισσότερα ή εντονότερα στην ψυχική σφαίρα παρά στη σωματική. Για παράδειγμα, στην παρούσα έρευνα η κλίμακα πνευματικής υγείας είχε χαμηλότερη (χειρότερη) βαθμολογία από ό,τι η κλίμακα που μετράει τη σωματική υγεία, κάτι που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς του δείγματος δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις ψυχολογικές παρά στις σωματικές επιπτώσεις της κατάστασης της υγείας τους. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και από άλλες αντίστοιχες έρευνες, όπως για παράδειγμα η έρευνα του Dupu και των συνεργατών του (2001) για την ποιότητα ζωής παρόμοιας ομάδας ασθενών. Και στις δύο έρευνες κατέστη σαφές ότι οι ασθενείς με απινιδωτή είχαν χαμηλότερα επίπεδα πνευματικής υγείας σε σύγκριση με τα επίπεδα της σωματικής τους υγείας, με βάση το Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-36.

Σε σχέση με τον τομέα της πνευματικής υγείας σημαντικά ήταν και τα ευρήματα αναφορικά με την αυτοεκτίμηση των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Αντίστοιχες έρευνες (π.χ. Cohen et al., 2007· Forthofer, Janz, Dodge & Clark, 2001) σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αναφέρουν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα αυτοεκτίμησης, όπως και στην παρούσα έρευνα. Τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης αυτοεκτίμησης φάνηκε να συνδέονται άμεσα με την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων σε αυτές τις έρευνες. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σοβαρή καρδιακή πάθηση είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με ασθενείς που έπασχαν από κάποια λιγότερο σοβαρή καρδιακή πάθηση ή σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό (Cohen et al., 2007). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η αντιλαμβανόμενη αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με τα επίπεδα άγχους αποτελούσαν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για τη διατήρηση ή τη βελτίωση των επιπέδων λειτουργικότητας σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Forthofer, Janz, Dodge & Clark, 2001).

Μελέτες της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχουν επίσης αναδείξει πόσο σημαντικοί είναι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και

η εκπαίδευση στη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους, όπως ακριβώς βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα. Ειδικότερα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Πολυκανδριώτη και συν. (2009) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής Ελλήνων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, βρέθηκε ότι οι γυναίκες, περισσότερο από τους άνδρες, ανέφεραν ότι τα σωματικά προβλήματα που απορρέουν από την καρδιακή τους πάθηση επηρεάζουν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα σχετικά με την αρνητική επίδραση του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής.

Ίσως η πιο σημαντική δημογραφική παράμετρος που παρουσιάστηκε ήταν η ηλικία και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Σε αντίστοιχα ευρήματα με αυτά της παρούσας έρευνας για την επίδραση της ηλικίας κατέληξαν και οι Hamilton και Carroll (2004). Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, στους οποίους είχε γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης, σημείωναν χαμηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση της σωματικής υγείας του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής SF-36 συγκριτικά με τους νεότερους. Αντίθετα, δε βρήκαν κάποια σημαντική επίδραση του παράγοντα της ηλικίας στη διάσταση της πνευματικής υγείας του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής SF-36 (Hamilton & Carroll, 2004), ένα εύρημα στο οποίο και πάλι συμφωνούν με την παρούσα έρευνα. Και στην έρευνα των Πολυκανδριώτη και συν. (2009) καθοριστικό ρόλο διαδραμάτιζε ο παράγοντας της ηλικίας, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς να θεωρούν ότι οι σωματικές και οι συναισθηματικές επιπτώσεις της νόσου επιβαρύνουν πιο έντονα την ποιότητα ζωής τους, όπως ακριβώς βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα.

Μια σημαντική διαφορά της παρούσας έρευνας από αυτήν του Durgu και των συνεργατών του (2001) αφορά τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες τις σχετικές με τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και τους περιορισμούς λόγω της σωματικής υγείας. Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας παραπονέθηκαν πολύ περισσότερο για προβλήματα που αφορούσαν στη σωματική τους λειτουργικότητα και για τους περιορισμούς που αντιμετώπιζαν λόγω του προβλήματος υγείας τους συγκριτικά με τους αντίστοιχους ασθενείς των Durgu και συν. (2001). Η φαινομενική αυτή αντίθεση είναι πιθανόν να οφείλεται στη διαφορά της ηλικίας ανάμεσα στους συμμετέχοντες των δύο ερευνών. Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ήταν κατά τουλάχιστον μια δεκαετία μεγαλύτεροι από τους ασθενείς των Durgu και συν. Όπως είναι γνωστό,

όσο αυξάνεται η ηλικία ενός ανθρώπου, αυξάνονται αντίστοιχα και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Το πιο ηλικιωμένο δείγμα της παρούσας έρευνας είναι, λοιπόν, αναμενόμενο να δηλώνει μειωμένα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, καθώς και περισσότερους περιορισμούς λόγω προβλημάτων υγείας στις αντίστοιχες υποκλίμακες του SF-36.

Επίσης, κλινικοί παράγοντες, όπως τα έτη από τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας φαίνονται εξίσου σημαντικοί, αφού φάνηκε τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην έρευνα των Πολυκανδριώτη και συν. (2009) ότι συσχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εντούτοις δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο κατά πόσο η συσχέτιση αυτή της διάρκειας της νόσου με την ποιότητα ζωής είναι ανεξάρτητη ή απλώς αντικατοπτρίζει την αντίστοιχη αρνητική συσχέτιση ποιότητας ζωής με την ηλικία, που αναφέρθηκε πιο πάνω. Πιο συγκεκριμένα, όπως έχει ήδη δειχθεί, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και διάρκειας της νόσου. Επομένως, η χειρότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με μεγάλη διάρκεια νόσου ίσως να οφείλεται κατά πολύ στο ότι αυτοί οι ασθενείς είναι και πιο ηλικιωμένοι.

Αναφορικά με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά και άγχους των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, αυτά φάνηκε να συνάδουν σε σημαντικό βαθμό με τα ευρήματα και άλλων ερευνών. Σε αντίστοιχες έρευνες, που έγιναν σε ασθενείς με εμφυτεύσιμο απινιδωτή, τα ποσοστά κλινικής κατάθλιψης κυμαίνονταν από 8% έως 75% (Fitchet et al., 2003), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις διαταραχές άγχους κυμαίνονταν από 13% έως 75% (Godemann et al., 2004). Το μεγάλο εύρος των προαναφερόμενων ποσοστών εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης οφείλεται σε διαφορές ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό κάθε έρευνας και σε διαφορές ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Πάντως είναι σημαντικό να σχολιασθεί ότι οι ασθενείς της παρούσας έρευνας παρουσίαζαν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κλινικής κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό είναι σαφώς συνδεδεμένο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και το ιατρικό ιστορικό τους, αλλά επιπρόσθετα μπορεί να σχετίζεται και με τη γενικότερη κοινωνικο-οικονομική συγκυρία. Έρευνες δείχνουν ότι η παρατεταμένη περίοδος οικονομικής κρίσης που διανύει μια χώρα μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών της και μπορεί να συμβάλλει ιδιαίτερα στην αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης και άγχους που εκδηλώνουν (Lorant et al., 2003).

Τα επίπεδα κλινικής κατάθλιψης και διαταραχών άγχους στους ασθενείς της έρευνας αυτής παρότι ήταν μεγαλύτερα στις γυναίκες, η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες ασθενών που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια, όπου οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν συστηματικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες (Gottlieb et al., 2004). Επίσης, οι γυναίκες ασθενείς φάνηκε να αντιμετωπίζουν σημαντικότερα προβλήματα από την επίδραση του εμφυτεύσιμου απινιδωτή στους τομείς της θηλυκότητας, της σεξουαλικότητας και της ικανοποίησης από την εικόνα του σώματός τους (Walker et al., 2004). Το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στους προαναφερόμενους παράγοντες πιθανά οφείλεται στο μικρό αριθμό γυναικών (μόλις δεκαπέντε), το οποίο μπορεί να μην επέτρεψε την ανάδειξη στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων. Επιπρόσθετα, η μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των επιπέδων της κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι μεγάλη πλειονότητα των ασθενών δήλωσε πολλά συμπτώματα κατάθλιψης. Από τη στιγμή που υπήρχε σχετική ομοιομορφία ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος είναι λογικό και αναμενόμενο να μην είναι εύκολο να εντοπιστούν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Σε ό,τι αφορά το τελευταίο ερωτηματολόγιο, που αφορούσε τη στάση που τήρησαν οι συμμετέχοντες της έρευνας αυτής απέναντι στην εμφύτευση της ειδικής συσκευής απινίδωσης και την επίδραση που είχε στη ζωή τους, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με αυτά ερευνών, όπως του Luderitz και των συνεργατών του (2004). Ως κύριο καταληκτικό σημείο, τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην έρευνα του Luderitz, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών δήλωσαν ότι τελικά η εμφύτευση της ειδικής συσκευής απινίδωσης είχε όντως αξία και ήταν ωφέλιμη για τη ζωή τους. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ότι νιώθουν καλύτερα σε σύγκριση με την κατάσταση της υγείας τους πριν την εμφύτευση του απινιδωτή, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από αντίστοιχες έρευνες (Krahn et al., 2002).

Μια ακόμη παράμετρος που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο για τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στον απινιδωτή ήταν η υψηλή συσχέτιση του βαθμού ενημέρωσης για τη λειτουργία του απινιδωτή και του βαθμού ενημέρωσης για την καρδιακή πάθηση με την πνευματική κλίμακα του SF-36, καθώς και η συσχέτιση της

ενημέρωσης για τη λειτουργία του απινιδωτή με το βαθμό αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης. Το πρότυπο των προαναφερόμενων συσχετίσεων συνεπάγεται χαμηλότερα επίπεδα πνευματικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στους ασθενείς που είχαν ελλιπή ενημέρωση για τη λειτουργία του απινιδωτή και για την καρδιακή τους πάθηση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από αντίστοιχες έρευνες (Mert, Argon & Aslan, 2012) και υποδηλώνει ότι η ελλιπής ενημέρωση για τον απινιδωτή και την καρδιακή πάθηση μπορεί να επιβαρύνει τους ασθενείς τόσο σε πνευματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Για το λόγο αυτό καθίσταται απαραίτητη η ενημέρωση των ασθενών τόσο για τεχνικά ζητήματα που αφορούν στη λειτουργία του απινιδωτή όσο και για την καρδιακή τους πάθηση, ώστε να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες της ελλιπούς ενημέρωσης. Η ενημέρωση αυτή θα πρέπει να είναι διαρκής και να μην περιορίζεται μόνο πριν την εμφύτευση του απινιδωτή αλλά να συνεχίζεται και μετά από αυτή. Επίσης, ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δίνεται στην προσαρμογή του τρόπου και του περιεχομένου της ενημέρωσης ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ηλικία, τις γνωστικές ικανότητες των ασθενών, το ψυχολογικό τους προφίλ και τα επίπεδα αυτοεκτίμησής τους (Stromberg, 2005).

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή αποτέλεσε μια αρχική προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή στην Ελλάδα. Για το λόγο αυτό τα αποτελέσματά της οφείλουν να αντιμετωπίζονται με κριτική σκέψη και πάντα σε συνδυασμό με την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία.

Ένα από τα ισχυρά σημεία αυτής της έρευνας ήταν η πρωτοτυπία της για τον ελλαδικό χώρο. Από όσο είναι γνωστό τη στιγμή της έρευνας, δεν υπάρχει άλλη ερευνητική προσπάθεια στην Ελλάδα που να εστιάζει στις ιδιαιτερότητες και στα χαρακτηριστικά των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Ένα άλλο δυνατό στοιχείο της έρευνας αυτής ήταν η χρήση κατάλληλων, έγκυρων και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-36 αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής παγκοσμίως, ενώ τα υπόλοιπα εργαλεία (Κλίμακα Αυτοεκτίμησης Rosenberg, Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck, Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger) αποτελούν γνωστά και σεβαστά ερωτηματολόγια στον ελλαδικό και διεθνή χώρο. Τέλος, ακόμα και οι ειδικές ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση των

πιο συγκεκριμένων, σχετικών με τον απινιδωτή, απόψεων των ασθενών δεν ήταν αυθαίρετες αλλά βασίστηκαν σε δοκιμασμένο ερωτηματολόγιο από την έρευνα των Durgu και συνεργατών (2001).

Από την άλλη μεριά, ένας από τους βασικούς περιορισμούς αυτής της έρευνας είναι το γεγονός ότι δεν είχε διαχρονικό χαρακτήρα. Το γεγονός αυτό δεν επέτρεψε να εντοπιστούν οι πιθανές επιδράσεις που μπορεί να έχει η εμφύτευση της ειδικής συσκευής απινίδωσης στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Μια τέτοια έρευνα θα χρειαζόταν να μετρήσει τα συγκεκριμένα στοιχεία πριν και μετά την εμφύτευση αλλά και σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα μετά από αυτή, ώστε όχι μόνον να ανιχνευθούν οι πιθανές διαφορές αλλά να διαχωριστεί και ποιες από αυτές είναι παροδικές και ποιες μακρόχρονες και πιο μόνιμες.

Επίσης, ένας ακόμα περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι το γεγονός ότι δεν περιλάμβανε ομάδα ελέγχου, καθώς βασικός της στόχος ήταν ο σχηματισμός του προφίλ των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή και όχι η σύγκρισή τους με κάποια άλλη ομάδα πληθυσμού. Σε μια μελλοντική έρευνα θα ήταν χρήσιμο να περιληφθεί στον ερευνητικό σχεδιασμό και μια ομάδα ελέγχου, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή με αυτά της ομάδας ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου θα μπορούσε να αποτελείται από υγιείς συμμετέχοντες ή εναλλακτικά από άτομα στα οποία έχει γίνει εμφύτευση βηματοδότη (Durgu et al., 2001) ή ακολουθούν κάποιο διαφορετικό θεραπευτικό σχήμα για την αντιμετώπιση της πάθησής τους (Mark et al., 2008). Η σύγκριση με μια τέτοια ομάδα θα επιτρέψει να αποδοθούν οι οποιοσδήποτε αλλαγές και διαφοροποιήσεις στην εμφύτευση του απινιδωτή και όχι σε άλλα γεγονότα, όπως είναι η γήρανση των ασθενών, η επιδείνωση της πάθησής τους, η εμφάνιση και άλλων παθήσεων ή σε άλλες παρόμοιες αιτίες.

Συμπερασματικά, η εργασία αυτή έκανε ένα πρώτο βήμα σχετικά με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, στους οποίους έχει γίνει εμφύτευση ειδικής συσκευής απινίδωσης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οφείλουν να επιστήσουν την προσοχή του χώρου της υγείας στις ιδιαιτερότητες των ασθενών με εμφυτεύσιμο απινιδωτή. Γίνεται κατανοητό ότι αυτή η ειδική κατηγορία ασθενών υποφέρει από υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους που πιθανότατα συσχετίζονται με την

παρουσία του απινιδωτή και κατ' επέκταση και της καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και χαμηλή εικόνα για τον εαυτό και χαμηλή ποιότητα ζωής γενικότερα.

Υπογραμμίζεται λοιπόν η ανάγκη κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης αυτής της ευάλωτης ομάδας ασθενών με προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, παρέμβασης στην οικογένεια ή συμβουλευτικής και ψυχολογικής ενδυνάμωσης σε ατομικό ή/και ομαδικό επίπεδο, ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR. (2001). Effects of reduced sodium intake on hypertension control in older individuals: Results from the Trial of Non-pharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *Arch Intern Med* 2001, 161:685–693

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.

Bleumink, G.S., Knetsch, A.M., Sturkenboom, M.C.J.M., Straus, S.M.J.M., Hofman, A., Deckers J.W., Witteman, J.C.M., Stricker, B.H.C. (2004). Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: The Rotterdam Study. *Eur Heart J*; 25: 1614–1619.

Boon, N.A., Fox, K.A.A., Bloomfield, P., Bradbury, A. (2005). Νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Στο: Davidson's Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής παθολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.

Bowling A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press

Braunwald. (2001). *Νόσοι της Καρδιάς*, εκδόσεις ΛΑΓΟΣ, Αθήνα

Bristow et al: *Management of heart failure*. Braunwald Heart Disease, 6th

Campbell A, Converse P E, Rodgers W L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.

Chessa M, De Rosa M, Pardeo M, Negura GB, Butera G, Feslova V et al. *Illness understanding in adults with congenital heart disease*. *Ital Heart J* 2005, 6:895–899

Cohen, M., Mansoor, D., Langut, H., & Lorber, A. (2007). Quality of life, depressed mood, and self-esteem in adolescents with heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 69, 313-318.

Coelho R, Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Antonio Ferreira A, Cerqueira-Gomes M. *Heart failure and health-related quality of life*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005, 1:19

Conill C, Verger E, Salamero M. (1990). Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*: 65: 1864-1866.

De Jong M, Moser M, Chung ML. *Predictors of health status for heart failure patients*. *Prog Cardiovasc Nurs* 2005, 20:155–162

Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2008:the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of

Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine. *Eur J Heart Fail* 2008;10:933-89

Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau J, Brophy J. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: A randomized trial. *CMAJ* 2005, 173:40–45

Duru, F., Büchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T., Buddeberg, C., & Candinas, R. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? *Heart*, 85, 375-379.

Duru, F., Büchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T., Buddeberg, C., & Candinas, R. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? *Heart*, 85, 375-379.edition 2001

Ellis H. (1995). *Κλινική Ανατομία*, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
Figuroa MS, Peters MD. (2006). Congestive Heart Failure: Diagnosis, Pathophysiology, Therapy, and Implications for Respiratory Care. *Respir Care* ;51(4):403– 412.

Fitchet., A, Doherty, P.J., Bundy, C., Bell, W., Fitzpatrick, A.P., & Garratt, C.J. (2003) Comprehensive cardiac rehabilitation programme for implantable cardioverter-defibrillator patients: a randomised controlled trial. *Heart*, 89, 155–60.

Forthofer, M.S., Janz, N.K., Dodge, J.A., & Clark, N.M. (2001). Gender differences in the associations of self-esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease. *Journal of Women & Aging*, 13(1), 19-37.

Godemann, F., Butter, C., Lampe, F., Linden, M., Schlegl, M., Schultheiss, H.P., & Behrens, S. (2004). Panic disorders and agoraphobia: side effects of treatment with an implantable cardioverter/defibrillator. *Clinical Cardiology*, 27, 321–326.

Gopal M, Karnath B. (2009) Clinical Diagnosis of Heart Failure. *Hospital Physician* : 9-15.

Gorelik O et al. (2003). Dietary intake of various nutrients in older patients with congestive heart failure. *Cardiology* 2003;99:177-81

Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43:1542–1549

Grancelli HO. Disease management programs in heart failure: Findings of the DIAL study. *Rev Esp Cardiol* 2007, 60(Suppl 3):15–22

Guyton A. (2001). Φυσιολογία του ανθρώπου, 5η έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα

Hamilton, G.A., & Carroll, D.L. (2004). The effects of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *Cardiac Nursing*, 13, 194-2004.

Hunt SA (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J. Am. Coll. Cardiol.* ;46;1-82.

Hurst (2001). Η Καρδιά – Αρτηρίες και φλέβες, Ιατρικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα

Jaquish CE. (2007) The Framingham Heart Study, on its way to becoming the gold standard for Cardiovascular Genetic Epidemiology? *BMC Medical Genetics*, 8:63 doi:10.1186/1471-2350-8-63.

Jeffery, M.E., Jessup, M. (2006). The epidemiology of heart failure. http://www.blackwellpublishing.com/content/BPL/Images/Content_store/Sample_chapter/1405142820/1405142820_4_001.pdf

Krahn, A.D., Snell, L., Yee, R., Finan, J., Skanes, A.C., & Klein, G.J. (2002). Biventricular pacing improves quality of life and exercise tolerance in patients with heart failure and intraventricular conduction delay. *Canadian Journal of Cardiology*, 18(4), 380-387.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.

Luderitz, B., Jung, W., Deister, A., Marneros, A., & Manz, M. (1993). Patient acceptance of the implantable cardioverter defibrillator in ventricular tachyarrhythmias. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 16,1815-21.

Mark, D.B., Anstrom, K.J., Sun, J.L., Clapp-Channing, N.E., Tsiatis, A.A., Davidson-Ray, L., Lee, K.L., & Bardy, G.H. (2008). Quality of life with defibrillator therapy or amiodarone in heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 359(10), 999-1008.

Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail* 2004, 10:368–373

Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248.

- McHorney C A, Ware J E, Racjek A G. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Medical Care*: 31: 247.
- McPhee SJ, Garnick DW. Imaging the heart: cardiac scintigraphy and echocardiography in U.S. hospitals (1983). *J Nucl Med*. 1986 Oct; 27(10):1635-41
- Mercler M, Schraub S, Bransfield B, Fournier A. (1992). Acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*: 1: 53-61.
- Mert, H., Argon, G., & Aslan, O. (2012). Experiences of patients with implantable cardioverter defibrillator in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), 50-55.
- Morcillo C, Aguado O, Delas J, Rosell F. Utility of the “Minnesota Living With Heart Failure” questionnaire for assessing quality of life in heart failure patients. *Rev Esp Cardiol* 2007,60:1093–1096
- Moser D, Mann D. (2002) Improving outcomes in heart failure it’s not unusual beyond usual care. *Circulation*, 105:2810–2812
- Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR, et al. (2005) ESC Committee for Practice Guideline (CPG). Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*; 26: 384-416.
- Rabow MW, McPhee SJ. Promoting end-of-life content in cardiology and other textbooks. *J Am Coll Cardiol*. 2001 Sep; 38(3):921.
- Riegel B, Moser DK, Glase D, Carlson B, Deaton C, Armola R et al. Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire: Sensitivity to differences and responsiveness to intervention intensity in a clinical population. *Nurs Res* 2002, 51:291
- Rokeach J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: FreePress/Macmillan.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Welsey University Press.
- Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MC. Psychometric properties of the Minnesota Living Heart Failure in the elderly. *Qual Life Res* 2007, 16:997–1005
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond E, Boissel JP et al. (2000). Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: Meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000, 355:865–872

Stewart S, Horowitz J. (2002) Home-based interventions in congestive heart failure. Long term implications on readmission and survival. *Circulation* 2002, 105:2861–2866

Stromberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 363– 369.

Stromberg A, Martensson J, Fridlund B et al. (2003) Nurse- led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. *Eur Heart J*, 24:1014–1023

Stromberg A. (2002) Educating nurses and patients to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* , 1:33–40

Swedberg K, Cleland J, Dargie et.al. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary: The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26:1115-40

Tarlow A A, Ware J E, Greenfield S. (1989). The MOS study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*: 262: 925-930.

THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.

Walker, R.L., Campbell, K.A., Sears, S.F., Glenn, B.A., Sotile, R., Curtis, A.B., & Conti, J.B. (2004). Women and the implantable cardioverter defibrillator: A lifespan perspective on key psychosocial issues. *Clinical Cardiology*, 27, 543-546.

Wang CS, FitzGerald JM, Schulzer M, et al. (2005) Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? *JAMA* ;294:1944– 56.

Ware J E, Sherbourne C D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care*: 30: 473-483.

Ware, J.E. (1993). *The SF-36 health Survey: A manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center

Yfantopoulos J. (2001a). The "Social" Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 108-113.

Yfantopoulos J. (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 114-130

Yfantopoulos J. (2001c). Health-Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 19: 131-146.

Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005, 4:198–206

Zautra A, Goodhart D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*: 4: 1-10.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αλουμανής Π. (2002). Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ.

Αντωνακούδης, Γ.Χ., Πουλιμένος, Λ.Ε., Πατέστος, Δ.Π., Θηραίος, Ε.,

Αντωνακούδης, Χ.Γ. (2011). Καρδιακή ανεπάρκεια σε ηλικιωμένους. Ιδιαίτερα κλινικά και θεραπευτικά προβλήματα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1):33-38.

Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτεια*: 4: 39-42.

Δημητρέλλης Δ, Αγγελή – Κρανιδιώτη Γ. (2006) Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 45(1):41–49.

Ευρωπαϊκή Καρδιολογική εταιρία – ESC. (2010). Κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας για τη Διάγνωση και Θεραπεία της οξείας και χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας

Ζιάκας Γ. (2004). Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις , University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004

Ζιάκας Γ. (2004) Καρδιακή ανεπάρκεια. Στο: Ζιάκας Γ (επιμ) Εισαγωγή στην παθολογία. Φυσικές εξεταστικές μέθοδοι, κλινική διαγνωστική προσέγγιση. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Ηλίας Κ. Καραμπίνος. (2012). Καρδιακή Ανεπάρκεια από το Α στο Ω. Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας. Αθήνα

Ηλονίδης Γ. (1999.) Καρδιακή ανεπάρκεια.

Διαθέσιμο: <http://users.auth.gr/~iliasks/Pathologia> . Είσοδος την 20/4/12

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).

Θεοφίλου Π. (2010). Η ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας. *e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, 43-50

Κάβουρα Μ, Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ, Βανδώρου Χρ. (2003). Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδ. JANSSEN-CILAG.

Κακλαμάνης Ν., Καμάς Α., Η ανατομική του ανθρώπου, Αθήνα, MEDITATION, 1998

Κάκουρος, Σ. (2010). Επιστημάνσεις, Προβληματισμοί και Αναπάντητα Ερωτήματα στην Καρδιακή Ανεπάρκεια. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 51: 137-140.

- Καρτάλης, Α.Ν. (2003). Η σύγχρονη αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας. Ιατρική Εταιρεία Χίου.
- Κοντοπυργιάς, Γ. (2008). Οδηγίες για την πρόληψη της καρδιακής ανεπάρκειας. *Info Respiratory & Internal Medicine*, 48: 56-57.
- Κωστίκας ΚΘ, Λουκίδης Σ. (2005). Άπνοια κατά τον ύπνο και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια: Ένας φαύλος κύκλος βρίσκει διέξοδο; *Πνεύμων*, 18(1): 17 – 25
- Μουρίκης Δ, Χατζηγιάννου Α.(2003). Αγγειακή και επεμβατική Ακτινολογία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Μουσσουλή Μ, Θεοδωράκης Γ, Κρητικός Α. (2005). Ψυχολογικές επιδράσεις της άσκησης σε ασθενείς καρδιοπάθεια. Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό. 3,156-168
- Παρασκευάς Γ. (2005). Στοιχεία Ανατομικής του ανθρώπου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Πλέσσας Σ., Κανέλλος Ε. (1997). Φυσιολογία του ανθρώπου 1., ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΤΥΠΟΣ, Αθήνα,
- Πολυκανδριώτη Μ, Βουλγαρίδου Κ, Θεμελή Α, Γαλύφα Δ, Λιάπη Ε, Κυρίτση Ε. (2009) Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 48(1): 94–104.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ., Λιάπη, Α., & Κυρίτση, Ε. (2009). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 48(1), 94-104.
- Πυργάκης, Β. (2010). Ο Ρόλος της Επαναγγείωσης στην Πρόληψη και Θεραπεία της Καρδιακής Ανεπάρκειας. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 51: 169-170.
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σταματελόπουλος, Σ. (2002). Καρδιακή ανεπάρκεια. Στο: Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Τομέως Παθολογίας. Παθολογία. Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Τζάνης Γ, Δημόπουλος Σ, Τασούλης Α, Νανάς Σ. (2008) Χρονία καρδιακή ανεπάρκεια και μυοπάθεια σκελετικού μυός. Ο ρόλος της άσκησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(4):479-495.
- Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*: 36: 4-7.
- Χαρίτου Μ. (2010). Εισαγωγή στη ΒΤ και ανάλυση ιατρικών σημάτων. Φυσιολογία της καρδιάς. Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας. Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.