

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα με εμφυτευμένο μόνιμο καρδιακό βηματοδότη.

Χαρπαντίδου Παρθένα . Νοσηλεύτρια ΑΠΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας. Καθηγητής Τμήμα Ιατρικής Π.Θ. Επιβλέπων Καθηγητής

Δανιήλ Ζωή. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα Ιατρικής Π.Θ. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μακρής Δημοσθένης. Επίκουρος Καθηγητής Τμήμα Ιατρικής Π.Θ. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ, 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ



Investigation of health - related quality of life and occurrence of depression in people with permanent pacemaker.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstrac	6
Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	
1.1. Η καρδιά και το ερεθισματοαγωγό σύστημα	9
1.2. Μόνιμος καρδιακός βηματοδότης	10
1.2.1. Περιγραφή βηματοδότη	10
1.2.2. Τύποι βηματοδοτών	11
1.2.3. Ενδείξεις μόνιμης βηματοδότησης	12
1.2.4. Επιπλοκές βηματοδότησης	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	
2.1. Προσέγγιση της έννοιας ποιότητα ζωής	14
2.2. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	16
2.3. Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	17
2.3.1.Ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	17
2.3.2.Ο δείκτης QALYs	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°	
3.1. Κατάθλιψη - Ορισμός	20
3.2. Επιδημιολογία	21
3.3. Αιτιοπαθογένεια	21
3.4. Γενική συμπτωματολογία	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°	
Ειδικό μέρος	25
4.1. Σκοπός της μελέτης	25
4.2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	25
4.2.1. Το δείγμα	25
4.2.2. Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα	26

4.2.3 Ηθική και δεοντολογία	26
4.2.4. Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών	26
4.2.5. Κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής	26
4.2.6. Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης	28
4.2.7. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	28
4.2.8. Στατιστική ανάλυση	28
4.3. Αποτελέσματα	29
4.3.1. Η ταυτότητα του δείγματος	29
4.3.2. Κύρια ευρήματα έρευνας	30
4.4. Συζήτηση	36
Βιβλιογραφία	39

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους που συνέβαλαν ο καθένας με τον τρόπο του στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειάς μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της εργασίας μου Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Π.Θ κ. Ζακυνθινό Επαμεινώνδα για την άμεση ανταπόκρισή του στις απορίες μου κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση καθώς και την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου «Αγ. Παύλος», και τον διευθυντή της καρδιολογικής κλινικής κ. Τσούνο Ιωάννη για την θετική ανταπόκρισή τους στο αίτημά μου να διεξαγάγω την έρευνά μου στο Τακτικό Καρδιολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου. Ευχαριστώ τον κ. Παπαστεφάνου Στέφανο καρδιολόγο στο Τακτικό Καρδιολογικό Ιατρείο για την βοήθειά του κατά τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω σε όσους συμμετείχαν στην έρευνα συμπληρώνοντας υπομονετικά τα ερωτηματολόγια αλλά και γιατί πολλοί από αυτούς με τίμησαν με την εμπιστοσύνη τους καταθέτοντας κατά τη διάρκεια της συνέντευξής μας εμπειρίες της προσωπικής τους ζωής.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου και ιδιαίτερα το σύζυγό μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο μόνιμος καρδιακός βηματοδότης στα πάνω από πενήντα χρόνια εφαρμογής του εξελίχθηκε εντυπωσιακά ως προς την κατασκευή και λειτουργία του, και κατά συνέπεια και ως προς τις ενδείξεις τοποθέτησής του. Η γενικότερη τάση αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων όχι μόνο ως προς τη θεραπεία της παθολογικής κατάστασης του ασθενή, αλλά και ως προς την επίδραση σ' όλες τις διαστάσεις της ζωής του, αποτέλεσε το έναυσμα αυτής της εργασίας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αφορά στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής και στην εμφάνιση κατάθλιψης σε άτομα που φέρουν καρδιακό βηματοδότη.

Πληθυσμός μελέτης-Μέθοδος: Ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν άτομα με καρδιακό βηματοδότη που επισκέπτονταν το γενικό νοσοκομείο για έλεγχο του βηματοδότη τους.

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων, μιας κλίμακας μέτρησης της ποιότητας ζωής του EQ-5D, και του ερωτηματολογίου αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck, Beck Depression Inventory (BDI).

Αποτελέσματα: Μετά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων φάνηκε πως τα άτομα με βηματοδότη έχουν ποιότητα ζωής που προσεγγίζει αυτήν του γενικού πληθυσμού. Επίσης φάνηκε σχέση της ποιότητας ζωής με την ηλικία των ατόμων, καθώς και της αυτοεκτίμησης της υγείας των συμμετεχόντων με το μορφωτικό επίπεδό τους.

Ακόμα τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλά ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης στα άτομα με καρδιακό βηματοδότη, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η δια βίου εξάρτηση από το βηματοδότη καθώς και παράμετροι σχετικοί με την αυξημένη ηλικία των ατόμων με βηματοδότη, πιθανά σχετίζονται με αυτό το αποτέλεσμα. Επίσης φάνηκε αρνητική συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Ο καρδιακός βηματοδότης φαίνεται πως εκτός από την αποκατάσταση της καρδιακής δυσλειτουργίας, επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Από την άλλη παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο μελετώμενο δείγμα. Τα άτομα με βηματοδότη είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας, και πολλοί εξ' αυτών αντιμετωπίζουν παράλληλα χρόνια και εκφυλιστικά προβλήματα υγείας. Συχνά είναι αντιμετώπι και με ψυχοκαταπιεστικές εμπειρίες εξ' αιτίας απωλειών αγαπημένων προσώπων. Θα ήταν σημαντική μια αντιπροσωπευτική μελέτη του πληθυσμού ατόμων με βηματοδότη με καταγραφή των γενικότερων προβλημάτων τους, ώστε να είναι δυνατή η αποτύπωση πληρέστερων συμπερασμάτων, και κατ' επέκταση η ολοκληρωμένη φροντίδα και αντιμετώπισή τους.

Λέξεις κλειδιά: βηματοδότης, ποιότητα ζωής, κατάθλιψη.

ABSTRAC

Introduction: The permanent cardiac pacemaker has been applied in patients for more than 50 years. During these years it has evolved dramatically in its construction as well as its operation and consequently regarding the indications that dictate its application. The general trend of evaluating the therapeutic intervention not only in the treatment of the pathological situation of the patient but also regarding its effect in all aspects of life has driven this work.

Aim: The present essay is investigating the quality of life and clinical depression of people carrying a cardiac pacemaker.

Population – Method: The population that participated in the study was derived from patients carrying a cardiac pacemaker that visited the “Ayos Pavlos” General Hospital of Thessaloniki for regular check-ups.

Data was collected by completing a demographic questionnaire, a scale for measuring the quality of life - the EQ-5D, and the Beck Depression Inventory (BDI), a self-assessment Depression questionnaire.

Results: The results that followed after statistical processing showed that people with pacemakers have a quality of life that approximates that of the general population. Also there was a relation of the quality of life with age, as well as of the health self-assessment of participants with their educational level.

Moreover, the results depicted high rates of depression in patients with pacemakers, compared to the general population. The lifelong pacemaker dependency and parameters related to the increased age of people with pacemaker potentially cause this effect. Finally there was a negative correlation among the patients’ quality of life and depression.

Conclusions: The cardiac pacemaker seems to have a positive effect in the patients’ quality of life besides the restoration of the cardiac malfunction. Though, high rates of symptoms relating to depression were observed in the analysis sample. Patients carrying cardiac pacemakers are usually persons of increased age and many of them suffer in parallel from chronic and degenerative health problems. Often they face psychodepressive symptoms because of bereavement. A more detailed study of the population of persons with pacemakers would be important as a next step of the present work. Thus the general problems these people face could be recorded in detail, in order to draw conclusions that will allow comprehensive care and confrontation of those problems.

Key words: cardiac pacemaker, quality of life, depression

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύχθηκε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής όμως απασχόλησε τη σκέψη των ανθρώπων από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης αναφέρει :

«Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία».[1]

Αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες για την ποιότητα ζωής από επιστήμονες διαφόρων κλάδων, και δόθηκαν διάφοροι ορισμοί της ποιότητας ζωής. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός της ποιότητας ζωής ή της μέτρησής της. Αυτό αντικατοπτρίζεται και στις διάφορες κλίμακες που μετρούν την ποιότητα ζωής.

Πάντως παρά την ασυμφωνία επί του ορισμού της ποιότητας ζωής, υπάρχει συμφωνία ως προς τη σημαντικότητά της για την αξιολόγηση της πολύπλευρης διάστασης της ανθρώπινης υπόστασης.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ), αντιπροσωπεύει μια προσέγγιση της ποιότητας ζωής συνδεδεμένης με τη διάσταση της υγείας του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ενός ατόμου, αφορά την ποιότητα ζωής του η οποία επηρεάζεται από το επίπεδο της υγείας του, την ύπαρξη νόσου ή σωματικής αναπηρίας, τις τυχόν θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί ή υποβάλλεται.

Η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιδρά στο ίδιο το άτομο αφού βελτιώνει τη γενικότερη ποιότητα ζωής του, αλλά ωφελεί και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, επομένως επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού. Πρακτική εφαρμογή της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής έχουμε στην αξιολόγηση των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων ή σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων.

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση της εμφύτευσης καρδιακού βηματοδότη, βοήθησε σαφώς στην βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών. Το ερώτημα αν ο καρδιακός βηματοδότης επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών απασχόλησε αυτή την έρευνα.

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή του συναισθήματος, στην οποία παρατηρείται σημαντική επιβάρυνση του ασθενή, της οικογένειάς του, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Έχοντας παρατηρηθεί αφενός υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με σωματικά νοσήματα σε σχέση με υγιείς,[2] και αφετέρου υποδιάγνωση της κατάθλιψης σε «σωματικούς» αρρώστους[3] δημιουργήθηκε το ερευνητικό ενδιαφέρον της μελέτης της κατάθλιψης σε άτομα με βηματοδότη.

Επίσης η κατάθλιψη συνδέεται από πολλούς μελετητές με την έννοια της απώλειας, η οποία μπορεί να αφορά σχέση, θάνατο, εικόνα εαυτού, κοινωνική θέση κ.α. Στις περιπτώσεις ατόμων με βηματοδότη υφίσταται απώλεια της εικόνας του εαυτού εξαιτίας της εμφύτευσης του βηματοδότη, αλλά και απώλεια της αυτονομίας του ατόμου αφού κατά κάποιον τρόπο ο ασθενής εξαρτάται από την καλή λειτουργία του βηματοδότη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.2. Η ΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑΓΩΓΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η καρδιά αποτελεί το κεντρικό όργανο του κυκλοφορικού συστήματος. Είναι κοίλο μυώδες όργανο, στο πρόσθιο τμήμα της κοιλότητας του θώρακα, ανάμεσα στους δύο πνεύμονες, στο μεσοπνευμόνιο χώρο. Βρίσκεται πίσω από το σώμα του στέρνου και, αμφοτερόπλευρα, πίσω από τους πλευρικούς χόνδρους της 3^{ης} – 6^{ης} πλευράς. Πίσω, η θέση της αντιστοιχεί στον 6° – 9° θωρακικό σπόνδυλο. Μεταξύ του προσθίου θωρακικού τοιχώματος και της καρδιάς παρεμβάλλεται ο θύμος αδένας καθώς και τμήμα των υπεζωκοτικών κοιλοτήτων, ενώ προς τα πίσω η καρδιά έρχεται σε σχέση με τους βρόγχους, τον οισοφάγο και την θωρακική μοίρα της αορτής.[4]

Στην κατασκευή της καρδιάς διακρίνονται τρεις στιβάδες: το ενδοκάρδιο, το μυοκάρδιο και το περικάρδιο.

Εσωτερικά η καρδιά διαιρείται σε τέσσερις κοιλότητες: δύο ανώτερες, το δεξιό και αριστερό κόλπο, και δύο κατώτερες, τη δεξιά και αριστερή κοιλία.

Η διαδρομή του αίματος από την Δεξιά κοιλία μέσω της Πνευμονικής αρτηρίας προς τα τριχοειδή του πνεύμονα και η επάνοδός του με τις Πνευμονικές φλέβες στον Αριστερό κόλπο αποτελεί την λεγόμενη μικρή ή πνευμονική κυκλοφορία, ενώ η μεγάλη ή συστηματική κυκλοφορία περιλαμβάνει τη διαδρομή του αίματος από την Αριστερή κοιλία μέσω της Αορτής στα τριχοειδή των οργάνων και την επάνοδό του με τις Κοίλες Φλέβες (και τον Στεφανιαίο κόλπο) στον Δεξιό κόλπο.

Για να καταφέρει η καρδιά να επιτελέσει το ρόλο της ως αντλία, χρειάζεται ερεθίσματα που θα δώσουν το έναυσμα της μυοκαρδιακής συστολής. Τα ερεθίσματα αυτά παράγονται από εξειδικευμένα τμήματα του ίδιου του μυοκαρδίου. Ο καρδιακός μυς εμφανίζει λοιπόν *αυτοματία* ή *αυτορρυθμία*. Θεωρητικά την ικανότητα αυτόχθονης παραγωγής ερεθισμάτων κατέχουν όλες οι καρδιακές μυϊκές ίνες, φυσιολογικά όμως το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται μόνο στις ίνες εκείνες που απαρτίζουν το λεγόμενο *βηματοδοτικό* ή *ερεθισματοαγωγό σύστημα*.

Από τον βηματοδοτικό ιστό σχηματίζονται στην καρδιά τα ακόλουθα μορφώματα:

1.Ο φλεβόκομβος ή κόμβος των Keith-Flack, ο οποίος βρίσκεται στο οπίσθιο τοίχωμα του δεξιού κόλπου κάτω από το σημείο εκβολής της άνω κοίλης φλέβας.

2.Ο κολποκοιλιακός κόμβος ή κόμβος των Aschoff-Tawara, ο οποίος ευρίσκεται στο μεσοκολπικό διάφραγμα, υπενδοκαρδιακά, δεξιά και προς τα κάτω, κοντά στην εκβολή του στεφανιαίου κόλπου.

3. Το δεμάτιο του His, το οποίο ξεκινάει από το κοιλιακό άκρο του κολποκοιλιακού κόμβου, περνάει διαμέσου του κολποκοιλιακού διαφράγματος και διαιρείται στο δεξιό και στο αριστερό σκέλος. Το αριστερό σκέλος διχάζεται σε πρόσθια και οπίσθια δέσμη. Τα σκέλη και οι δέσμες του δεματίου του His φέρονται κάτω από το ενδοκάρδιο από τη μια και την άλλη πλευρά του μεσοκοιλιακού διαφράγματος μέχρι την κορυφή της καρδιάς και καταλήγουν στις ίνες του Purkinze, οι οποίες διασκορπίζονται στο μυοκάρδιο των κοιλιών.

Κάθε ερέθισμα φυσιολογικά ξεκινάει από το φλεβόκομβο, διαχέεται στο τοίχωμα του μυοκαρδίου των κόλπων, τους διεγείρει και αυτόματα προκαλείται η συστολή αυτών. Κατόπιν φθάνει στον κόμβο των Aschoff-Tawara, στο δεμάτιο και τα σκέλη του His, από όπου καταλήγει στις ίνες του Purkinze, οπότε διεγείρεται το μυοκάρδιο των κοιλιών και αυτόματα επέρχεται η συστολή αυτών. [5]

1.2. ΜΟΝΙΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

1.2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις παρουσιάζονται προβλήματα κατά την παραγωγή και αγωγή των ερεθισμάτων της καρδιάς, με αποτέλεσμα δυσλειτουργία της καρδιάς με έκπτωση της καρδιακής λειτουργίας και μείωση της καρδιακής παροχής. Ο καρδιακός βηματοδότης στοχεύει στην αποκατάσταση αυτής της δυσλειτουργίας.

Ο καρδιακός βηματοδότης αντικαθιστά ή συμπληρώνει τη λειτουργία του ερεθισματοαγωγού συστήματος του μυοκαρδίου, με τη χορήγηση κατάλληλων ηλεκτρικών ερεθισμάτων στο μυοκάρδιο, σε κατάλληλο χρόνο και κατάλληλα διαστήματα.

Τη δεκαετία του 1950, ο Zoll εφάρμοσε εξωτερική βηματοδότηση, και ξεκίνησε έτσι η χρήση της τεχνητής βηματοδότησης. [6] Με το πέρασμα του χρόνου, από τα πρώτα βηματοδοτικά συστήματα τα οποία ήταν απλοί ασύγχρονοι τροφοδότες σταθερής καρδιακής συχνότητας σε μια από τις κοιλίες, ο βηματοδότης εξελίχθηκε σημαντικά ως προς τις ικανότητες βηματοδότησης, τη διάρκεια ζωής του, τις δυνατότητες τροποποίησης της λειτουργίας του, το μέγεθος και το βάρος του.

Στις μέρες μας πάνω από 3 εκατομμύρια ασθενών σε όλο τον κόσμο φέρουν βηματοδότη. [7]

Ο βηματοδότης ως συσκευή γενικά αποτελείται από :

1: τη γεννήτρια ερεθισμάτων. Στο τμήμα αυτό του βηματοδότη βρίσκονται η πηγή ενέργειας (μπαταρία), και διάφορα ηλεκτρονικά εξαρτήματα. Κύρια η μπαταρία που χρησιμοποιείται είναι λιθίου, με διάρκεια ζωής 7 έως 10 χρόνια.

2: τον αγωγό ερεθισμάτων και τα ηλεκτρόδια. Ο αγωγός ερεθισμάτων συνδυάζει χαρακτηριστικά ηλεκτρικής αγωγιμότητας και ευκαμπτότητας, ώστε να μεταφέρει επιτυχώς το παραγόμενο ηλεκτρικό ερέθισμα από τη γεννήτρια στο μυοκάρδιο. Τα ηλεκτρόδια είναι αυτά που έρχονται σε επαφή με το μυοκάρδιο. Όταν ο αγωγός ερεθισμάτων ακολουθεί τον αυλό των μεγάλων φλεβών ώστε να προσεγγίσει την καρδιά, τότε τα ηλεκτρόδια έρχονται σε επαφή με την εσωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου. Όταν ο αγωγός ερεθισμάτων δεν βρίσκεται μέσα στο φλεβικό σύστημα, τότε τα ηλεκτρόδια έρχονται σε επαφή με την εξωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου.[8]

Η εμφύτευση του μόνιμου βηματοδότη πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία, και διαρκεί 1 έως 2 ώρες. Ο ασθενής μπορεί να πάρει εξιτήριο τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

1.2.2. ΤΥΠΟΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΩΝ

Οι μόνιμοι βηματοδότες κατηγοριοποιούνται βάση κάποιων χαρακτηριστικών τους. Η κατηγοριοποίηση αυτή χρησιμοποιεί ένα κωδικό με πέντε γράμματα του αγγλικού αλφάβητου σε ακολουθία.[9] Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι κωδικοί και η σημασία τους.

Το πρώτο γράμμα αντιστοιχεί στη βηματοδοτούμενη κοιλότητα:

O= καμμιά, A= κόλπος, V= κοιλία, D= κόλπος και κοιλία

Το δεύτερο γράμμα αντιστοιχεί στην αισθανόμενη κοιλότητα, όπου υφίσταται η αίσθηση του ενδογενούς καρδιακού ρυθμού εκ μέρους του βηματοδότη:

O= καμμιά, A= κόλπος, V= κοιλία, D= κόλπος και κοιλία

Το τρίτο γράμμα αποδίδει την απόκριση του βηματοδότη ανάλογα με το ερέθισμα που ανιχνεύει:

O= καμμιά αντίδραση, T= πυροδότηση, I= αναστολή, D= πυροδότηση και αναστολή

Το τέταρτο γράμμα αποδίδει τη δυνατότητα του βηματοδότη για προγραμματισμό.

O= δεν υφίσταται η δυνατότητα, P= απλός προγραμματισμός, M= πολυπρογραμματιζόμενος,

C= τηλεμετρία, R= μεταβλητής συχνότητας

Το πέμπτο γράμμα αφορά τη δυνατότητα αντιταχυκαρδιακής λειτουργίας

O= δεν υπάρχει δυνατότητα, P= βηματοδότηση, S= δυνατότητα απινίδωσης, D= βηματοδότηση και απινίδωση

Πίνακας 1. Κωδικοί της κατηγοριοποίησης των βηματοδοτών.

I	II	III	IV	V
Chamber(s) Paced	Chamber(s) Sensed	Mode(s) of Response	Programmable Functions	Antitachycardia Functions
V= Ventricle	V=Ventricle	T=Triggered	R=Rate Modulated	O=None
A=Atrium	A=Atrium	I=Inhibited	C=Communicating	P=Paced
D=Dual (A&V)	D=Dual (A&V)	D=Dual Triggered/Inhibited	M=Multiprogrammable	S=Shocks
O=None	O=None	O=None	P=Simple Programmable O=None	D=Dual (P&S)

Ανατύπωση από : The NBG CODE NASPE.

http://www.pacemaker.vuurwerk.nl/info/nbg_code_naspe.htm

1.2.3. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας των βηματοδοτών βοήθησε στην επέκταση των ενδείξεων εμφύτευσης σε παθολογικές καταστάσεις πέραν της αρχικής ένδειξης της συμπτωματικής βραδυκαρδίας. Οι επιστημονικές εταιρείες αναθεωρούν τις ενδείξεις βηματοδότησης και συντάσσουν νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία και σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση Καρδιακής Ρυθμολογίας οι ενδείξεις βηματοδότησης που δημοσιεύθηκαν το 2007, είναι συνοπτικά οι ακόλουθες:

1. Καρδιακές αρρυθμίες

Σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου ΣΝΦ:

Συμπτωματική βραδυκαρδία με ή χωρίς ταχυκαρδία εξαρτώμενη από βραδυκαρδία, συγκοπτικό επεισόδιο λόγω (ΣΝΦ), συμπτωματική χρονότροπη ανεπάρκεια.

2. Κολποκοιλιακή και ενδοκοιλιακή διαταραχή της αγωγής του ερεθίσματος:

Συμπτωματικός και ασυμπτωματικός Κολποκοιλιακός αποκλεισμός (ΚΚΑ) 2_{ov} (Mobitz I και II), και 3_{ov} βαθμού,

Συμπτωματικός ΚΚΑ 1^{ου} βαθμού

Νευρομυϊκά νοσήματα που συνδυάζονται με ΚΚΑ 3^{ου} ή 2^{ου} βαθμού

Χρόνιος διδεσμικός και τριδεσμικός αποκλεισμός

3. Πρόσφατο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, όταν προκαλεί σοβαρό ΚΚΑ

4. Σύνδρομο υπερευαίσθητου καρωτιδικού κόλπου

5. Μετά από μεταμόσχευση (σε περιπτώσεις εμφάνισης συμπτωματικών βραδυαρρυθμιών, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του φλεβοκόμβου ή σε ΚΚΑ, 3 εβδομάδες μετά τη μεταμόσχευση, ή σε χρονότροπη ανεπάρκεια που ευθύνεται για τη μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενή μετά τη μεταμόσχευση)

6. Υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια (σε κάποιες κατηγορίες ασθενών)

7. Καρδιακή ανεπάρκεια (σε κάποιους ασθενείς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά)

8. Σύνδρομο ευρέως QT (υπό προϋποθέσεις) [10, 11, 12, 13]

1.2.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Επιπλοκές που οφείλονται σε εμφυτευμένο καρδιακό βηματοδότη είναι:

- Διαταραχή της βηματοδότησης και της αίσθησης
- Μετατόπιση, θραύση καλωδίου βηματοδότη
- Διάβρωση ή μόλυνση της θήκης του βηματοδότη
- Ακατάλληλος βηματοδοτικός ρυθμός
- θρόμβωση
- εξάντληση μπαταρίας

Περιβαλλοντικές αιτίες δυσλειτουργίας του βηματοδότη που αφορούν κύρια ηλεκτρομαγνητική παρεμβολή, εντοπίζονται ως επί το πλείστον στο νοσοκομειακό περιβάλλον και είναι:

- Ηλεκτροκαυτηρίαση
- Διαθωρακική απινίδωση
- Ισχυρό μαγνητικό πεδίο, δηλαδή μαγνητική τομογραφία
- Εξωσωματική λιθοτριψία

- Θεραπευτική ακτινοβολία
- Διαδυναμικά
- Κατάλυση με ραδιοσυχνότητα [14]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Παράγοντες που συνετέλεσαν σ' αυτή την τάση ήταν αφενός μια φιλοσοφική διάθεση ανεξαρτησίας σε συνδυασμό με τη νομική κατοχύρωση του δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενή, που προώθησαν τον ενεργό ρόλο των ασθενών στη διαχείριση της υγείας τους, και αφετέρου η αναγκαιότητα εξορθολογισμού των δαπανών υγείας. Ο εξορθολογισμός αυτός επέβαλε τη μέτρηση της σχέσης κόστους- οφέλους, με βαρυσήμαντο στοιχείο την ικανοποίηση του ίδιου του ασθενή.[15] Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί και η σημασία της δυσφορίας των ασθενών, για θεραπευτικές παρεμβάσεις που στόχευαν σε παράταση του χρόνου ζωής τους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η δυσμενής επίπτωση αυτών των παρεμβάσεων σε άλλους τομείς της ζωής των ασθενών. [16]

Η αποτελεσματικότητα όμως των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταφράζεται όσων αφορά στους ασθενείς σε ποιότητα ζωής τους. Κατά συνέπεια το ερευνητικό ενδιαφέρον αλλά και η κλινική εφαρμογή ενσωμάτωσαν στις πρακτικές τους την έννοια της ποιότητας ζωής.

Ανάλογα με το επιστημονικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο επιχειρείται να ορισθεί η ποιότητα ζωής, μπορούν να αποδοθούν διαφορετικοί ορισμοί της. Γενικά προσπάθειες προσδιορισμού της ποιότητας ζωής έγιναν από επιστήμονες που διακονούν διαφορετικές επιστήμες όπως η ψυχολογία, η οικονομία, η ιατρική και η κοινωνιολογία.

Η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι μονοδιάστατη ή πολυδιάστατη. Αυτοί που υιοθετούν τη μονοδιάστατη προσέγγιση, υποστηρίζουν ότι αρκεί το άτομο να εκτιμήσει συνολικά την ικανοποίησή του από τη ζωή, ώστε να καθορισθεί η ποιότητα ζωής του. Από την άλλη, οι υποστηρικτές της πολυδιάστατης προσέγγισης, που μάλλον είναι και οι περισσότεροι, παραδέχονται την ύπαρξη πολλών παραγόντων, οι οποίοι σε άλλοτε άλλο βαθμό, μπορούν να διαμορφώσουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ή ενός κοινωνικού συνόλου. [17]

Έτσι προσδιορίστηκαν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου όπως:
Υγεία, δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

Εφαρμοζόμενες κοινωνικές πολιτικές

Οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων

Χαρακτηριστικά του ατόμου, προσωπικές αξίες, πνευματικότητα

Οικονομικοί παράγοντες, οικονομική ανεξαρτησία

Περιβάλλον (φυσικό, οικιακό, εργασιακό), συγκοινωνίες

Εκπαίδευση

Ελεύθερος χρόνος κ.α.

Προβληματισμός υπάρχει και στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής, αν δηλαδή αυτή πρέπει να είναι υποκειμενική ή αντικειμενική ή μπορεί να υπάρξει συνδυασμός των δύο αυτών προσεγγίσεων. [17, 18] Η υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής, η οποία μάλλον κερδίζει έδαφος, βασίζεται στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών και στην εμπειρία ζωής του ατόμου. Η αντικειμενική αξιολόγηση στηρίζεται σε αντικειμενικούς δείκτες όπως για παράδειγμα η ικανότητα εργασίας, οι συνθήκες διαβίωσης, η οικονομική ανεξαρτησία.

Ορισμός λοιπόν που να ερμηνεύει την έννοια της ποιότητας ζωής, αποδεκτός από όλους ίσως είναι δύσκολο να υπάρξει. Θα μπορούσε να ορισθεί ως επίπεδο ζωής που καθορίζεται από το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών, οι οποίες προκύπτουν από τους διάφορους τομείς της ζωής σωματικού, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς, διαρθρωτικούς. [19]

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την ποιότητα ζωής ως «την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών, μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες τους, τα πρότυπά τους και τις ανησυχίες τους». Επίσης η ΠΟΥ καθόρισε και έξι διαστάσεις της ποιότητας ζωής ήτοι: σωματική υγεία, ψυχική υγεία, επίπεδο ανεξαρτησίας, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον, προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις. [20] Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει τον υποκειμενικό χαρακτήρα της ποιότητας ζωής και την δυνατότητα του ατόμου να την επαναξιολογήσει διαφορετικά, ανάλογα με τις επικρατούσες τη δεδομένη στιγμή εξωτερικές συνθήκες, αλλά και τις αντιλήψεις και κριτήρια του ατόμου που μπορεί να έχουν αλλάξει.

Η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται διαφορετικά από διαφορετικούς ανθρώπους ή και από το ίδιο άτομο σε άλλες χρονικές περιόδους της ζωής του, καθώς μεταβάλλονται τα ενδιαφέροντα και οι προτεραιότητές του. [16]

Γενικά η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από το ίδιο το άτομο προκύπτει από τη σύνθεση ποικίλων παραγόντων οι οποίοι αλληλοεπηρεάζονται σύνθετα και απρόβλεπτα μεταξύ τους όπως:

- Εμπειρίες του ατόμου και ανάληψη διάφορων κοινωνικών ρόλων. Οι παράγοντες αυτοί διαφοροποιούνται στο ίδιο άτομο κατά την εξελικτική πορεία του στη ζωή (παιδί, έφηβος, ενήλικας, ηλικιωμένος, υπέργηρος).
- Φυσική κατάσταση, λειτουργικές δυνατότητες του ατόμου, ψυχοσυναισθηματική κατάσταση.
- Προσωπικές αξίες.
- Εξωτερικές μεταβλητές, όπως φυσικό περιβάλλον, κοινωνικό επίπεδο. [15]

Είναι λοιπόν η ποιότητα ζωής μια δυναμική έννοια βασιζόμενη στην προσωπική εμπειρία και εκτίμηση του ατόμου για τη ζωή του, όμως χρήσιμη είναι και η αντικειμενική της αξιολόγηση από ανεξάρτητο παρατηρητή με τη μέτρηση συγκεκριμένων δεικτών.

2.2. ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

Η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής του ατόμου, καθώς αποτελεί βασικό παράγοντα διαμόρφωσής της. Όμως οι παραδοσιακοί δείκτες υγείας όπως η θνησιμότητα, νοσηρότητα, δεν είναι δυνατό να αξιοποιηθούν ώστε να μετρηθεί η ποιότητα ζωής. [21]

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής με πιο συγκεκριμένες αναφορές στην υγεία, την ασθένεια, τη θεραπεία, οδήγησε στη δημιουργία μιας νέας έννοιας, αυτής που ονομάστηκε σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ερευνά την ποιότητα ζωής που επηρεάζεται από το επίπεδο υγείας, την ύπαρξη ασθενειών, τις θεραπευτικές και άλλες ιατρικές παρεμβάσεις. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας και της επίδρασής του στη ζωή του ατόμου. Όπως και η ποιότητα ζωής, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μια δυναμική έννοια την οποία το άτομο δύναται να την αξιολογήσει διαφορετικά ανάλογα με τις αλλαγές που επέρχονται στο επίπεδο υγείας, στις σχέσεις, στις εμπειρίες και αντιλήψεις του ατόμου. [22] Γενικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περικλείει τομείς της ζωής όπως:

- Η υγεία γενικά.
- Σωματικά συμπτώματα
- Συναισθηματική κατάσταση

- Γνωστική λειτουργία
- Σεξουαλική κατάσταση
- Κοινωνική κατάσταση
- Έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου. [23]

Κατά τη μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αξιολογούνται και γενικότεροι παράγοντες, που όμως σχετίζονται άμεσα με το επίπεδο της υγείας του ατόμου όπως για παράδειγμα η ικανότητα εργασίας.

Η αποτελεσματικότητα μιας υγειονομικής παρέμβασης μπορεί να μετρηθεί με ποσοτικούς δείκτες όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, αλλά και με τον δείκτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος η αξιολόγηση των υγειονομικών παρεμβάσεων που στηρίζεται στην ποιότητα ζωής παρά στην ποσότητα ζωής. Πάντως η ποσότητα και η ποιότητα ζωής είναι έννοιες διακριτές αλλά συσχετιζόμενες και γι' αυτό η χρήση τους συμπληρωματικά αποδίδει πληρέστερα το επίπεδο υγείας είτε ενός ατόμου είτε ενός συνόλου ατόμων. [24] Έτσι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα μέγεθος με πρακτική σημασία κυρίως σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων ή θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπου η μέτρησή της μπορεί να επηρεάσει τη διαχείριση της νόσου ή την επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης.

2.3. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

2.3.1.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιτυγχάνεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων είτε γενικού επιπέδου υγείας, είτε εξειδικευμένων σε συγκεκριμένη ασθένεια. Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας (generic instruments) δεν αφορούν συγκεκριμένες ασθένειες και αξιολογούν μεταβλητές του επιπέδου υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου. Τέτοια ερωτηματολόγια είναι [21, 22, 24, 25]:

1.Υγειονομική απεικόνιση του Νότιγγαμ, προφίλ υγείας(Nottingham health profile)

Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής. Περιέχει έξι διαστάσεις υγείας: ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απόσυρση, φυσική κινητικότητα. Επίσης περιέχει επτά πεδία επιδόσεων τα οποία επηρεάζονται από την υγεία: φροντίδα σπιτιού, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα, αναψυχή. Οι ερωτήσεις απαντώνται με Ναι ή Όχι.

2. Απεικόνιση επιπτώσεων της αρρώστιας (Sickness impact profile)

Προσπαθεί να εντοπίσει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου εξ' αιτίας της ασθένειάς του. Η κλίμακα περιλαμβάνει 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεων, σύμφωνα με τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις του ατόμου. Στο σύνολο προκύπτουν 136 ερωτήσεις που απαντώνται με Ναι ή Όχι.

3. Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (General health ratings index)

Η υγεία αξιολογείται λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη, την παρούσα, αλλά και τη μελλοντική κατάσταση της υγείας του ατόμου, όπως επίσης και την αντίληψη και ευαισθησία του στην αρρώστια.

4. Κλίμακα ευεξίας (Quality of well-being scale, QWB)

Περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων, και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα, κοινωνική δραστηριότητα. Ο δείκτης αντικατοπτρίζει το σύνολο των συμπτωμάτων και το επίπεδο της ανικανότητας του ατόμου.

5. Κλίμακα SF- 36 (Short form 36).

Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις οι οποίες συνθέτουν οκτώ κλίμακες: σωματική λειτουργικότητα, πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία.

6. Κλίμακα Short Form 12

Είναι μια σύντομη εκδοχή του SF- 36, με 12 ερωτήσεις.

7. Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου οργανισμού υγείας.(WHO Performance Status)

Είναι ένας δείκτης λειτουργικότητας, που προκύπτει από μια κλίμακα με αξιολόγηση από 0-4, όπου το 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του ατόμου με μέγιστη ικανότητα δραστηριοτήτων και το 4 την κατάσταση όπου το άτομο δεν έχει καμιά ικανότητα δραστηριότητας ή αυτοφροντίδας.

8. Επισκόπηση Υγείας EQ- 5D(Euro quality of life , Euro- Qol)

Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 5 διαστάσεις : κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, και άγχος/κατάθλιψη. Σ' αυτές τις διαστάσεις καλείται το άτομο να διαλέξει μια από τις τρεις αξιολογήσεις (κανένα πρόβλημα, μέτριο πρόβλημα, σοβαρό πρόβλημα). Στο δεύτερο μέρος το άτομο σε μια εκατοντάβαθμη κλίμακα καλείται να σημειώσει το νούμερο που εκφράζει κατά τη γνώμη του την κατάσταση της υγείας του.

9. Επισκόπηση Υγείας EQ- 15D

Στο EQ- 15D καταγράφεται η κατάσταση υγείας του ατόμου σε 15 διαστάσεις. Η κάθε διάσταση περιλαμβάνει 5 επίπεδα απαντήσεων όπου βαθμιαία αυξάνονται τα προβλήματα, από το επίπεδο 1 να αντιστοιχεί σε κατάσταση χωρίς ύπαρξη προβλήματος, έως και το επίπεδο 5 όπου αντιπροσωπεύει κατάσταση με υπερβολικά προβλήματα.

Τα ερωτηματολόγια που αφορούν συγκεκριμένες ασθένειες (disease specific instruments) είναι δομημένα ώστε να εστιάζουν σε παράγοντες όπως τα συμπτώματα της ασθένειας, οι πιθανές παρενέργειες της θεραπείας, τυχόν αναπηρίες, οι οποίοι δυνητικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παραδείγματα τέτοιων ερωτηματολογίων είναι:

The arthritis impact measurement scales, που αφορά ασθενείς με αρθρίτιδα.

Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), και η σύντομη εκδοχή του (SIBDQ), που αφορούν ασθενείς με Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF), που αφορά σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια κ.α. [22, 24]

Επίσης υπάρχουν ερωτηματολόγια που αφορούν ασθενείς με διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις, από χρόνιες και σοβαρές διαταραχές π.χ. σχιζοφρένεια, έως λιγότερο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές π.χ. νευρωσικού τύπου διαταραχές. Παραδείγματα τέτοιων ερωτηματολογίων είναι:

Ερωτηματολόγιο Όρεγκον για την Ποιότητα Ζωής (Oregon Quality of life Questionnaire, OQLQ).

Αυτοσυμπληρούμενο Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (Quality of Life Self - Assessment Inventory, QLSAI).[16]

Η επιλογή του εργαλείου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, γίνεται ανάλογα με το αντικείμενο της μελέτης, τη μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί, τους στόχους της έρευνας.

2.3.2.Ο ΔΕΙΚΤΗΣ QALYs

Ο δείκτης QALYs (Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής, quality adjusted life years) μετρά τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα χρόνια ζωής. Είναι ένας σύνθετος δείκτης ο οποίος συνδυάζει την ποσότητα ζωής με την ποιότητα ζωής, σταθμισμένα σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης. Με μαθηματικό τύπο ορίζεται ο τρόπος υπολογισμού του δείκτη. Ο δείκτης αντικατοπτρίζει την ωφελιμότητα του ατόμου από την αποδοχή μιας θεραπείας.

Επίσης είναι δυνατόν να αξιολογηθεί μια θεραπευτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας τον δείκτη QALYs.

Ο δείκτης QALYs έχει χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με το κόστος των θεραπειών. Στην έννοια του κόστους είναι και το υγειονομικό κόστος της θεραπείας, αλλά και το κοινωνικό κόστος από την απόσυρση του ατόμου εξ' αιτίας της νόσου ή οι χαμένες εργατοώρες. Από αυτόν τον συνδυασμό προέκυψαν πίνακες που παρουσιάζουν το κόστος ανά QALY για διάφορες θεραπείες, ώστε να είναι ένα μέτρο αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Τελικά μπορεί να γίνει συνδυασμός της ωφελιμότητας και του κόστους ανά QALY και να προσδιοριστεί ένα αποδεκτό όριο κόστους/ QALY για κάθε θεραπεία. [22]

Η χρησιμοποίηση του δείκτη των QALYs έχει δεχθεί κριτική για την ηθική της υπόσταση, καθώς είναι δυνατό να καθορίσει για ένα άτομο σε κατάσταση νόσου ή αναπηρίας μια τιμή ωφελιμότητας χειρότερη από το θάνατο. Επίσης έχει δεχθεί κριτική και γιατί συνδέθηκε η χρήση του δείκτη με οικονομικούς στόχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη είναι μια συναισθηματική διαταραχή ή αλλιώς μια διαταραχή της διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων (συναισθηματικών, γνωστικών, σωματικών), και διαταραχή της συμπεριφοράς και της αντίληψης του κόσμου. Τα παραπάνω επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου καθώς και τις διαπροσωπικές του σχέσεις σε ποικίλο βαθμό.

Η κατάθλιψη καλύπτει μεγάλο εύρος παθολογικών καταστάσεων. Το εύρος αυτό προσδιορίζεται από την ένταση, τη διάρκεια, την ποιότητα και τις εκφράσεις της ψυχικής καταπόνησης που υφίσταται το άτομο. Η κατάθλιψη στην ψυχιατρική προσδιορίζει είτε ένα σύμπτωμα είτε μια νόσο. [3]

Η κατάθλιψη είναι μια παθολογική κατάσταση που διαφοροποιείται σαφώς από το φυσιολογικό καταθλιπτικό συναίσθημα. Το φυσιολογικό καταθλιπτικό συναίσθημα χαρακτηρίζεται από μικρή διάρκεια και ένταση, και εντάσσεται στα πλαίσια της ανθρώπινης εμπειρίας. Στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι έντονο, επίμονο, συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, και επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. [26]

Ο όρος κατάθλιψη προέρχεται από το λατινικό ρήμα *deprimere* το οποίο σημαίνει κατά-θλίβω, πιέζω προς τα κάτω.

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους. Αρχικά ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε ως υποκατηγορία της «μελαγχολίας», έπειτα ως συνώνυμό της, και αργότερα την αντικατέστησε. Ο όρος «μελαγχολία» εισήχθη από τον Ιπποκράτη ο οποίος τη συνέδεε με υπερέκκριση «μέλαινας χολής», μαύρης χολής από το σπλήνα, και απέδιδε σ' αυτή μια διαταραχή με γνωρίσματα όπως η απέχθεια προς το φαγητό, η αϋπνία, ο εκνευρισμός, η ανησυχία και η αποθάρρυνση. [27] Ο όρος κατάθλιψη άρχισε να αντικαθιστά σταδιακά τον όρο μελαγχολία από τον 17^ο αιώνα και επικράτησε κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. [27, 28]

3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό και θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σοβαρό αίτιο νόσησης παγκόσμια. [29] Το 8-10% του γενικού πληθυσμού στις δυτικές κοινωνίες, το ίδιο ποσοστό ισχύει και για την Ελλάδα, υποφέρει από κάποια μορφή κατάθλιψης, ενώ η αναλογία ανδρών / γυναικών είναι 1/2. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών. Έχουν παρατηρηθεί μεγάλες διαφορές στη συχνότητα της κατάθλιψης σε διαφορετικές χώρες και κουλτούρες, που έχουν αποδοθεί σε παράγοντες ιστορικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς. [30]

3.3. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιοπαθογένεια των περισσότερων καταθλίψεων παραμένει ασαφής. Δεν έχει μέχρι σήμερα απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Έχουν όμως προταθεί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή την πυροδότηση της κατάθλιψης. Αυτοί είναι γενετικοί παράγοντες, νευροβιολογικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες καθώς και συνδυασμός όλων των προαναφερθέντων. Επίσης συγκεκριμένες οργανικές διαταραχές ή και ψυχικές νόσοι προκαλούν κάποιες φορές την εμφάνιση της κατάθλιψης.

α) γενετικοί παράγοντες

Μελέτες έδειξαν αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών, σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές. [31]

Επίσης, μελέτες διδύμων με τον ένα δίδυμο να έχει συναισθηματική διαταραχή, έδειξαν αυξημένη πιθανότητα νόσησης με συναισθηματική διαταραχή στον άλλο δίδυμο με σχέση μονοζυγώτη-διζυγώτη περίπου 4-1. Μελέτες υιοθετημένων ατόμων υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των συναισθηματικών διαταραχών. [31] Βέβαια ο αντίλογος σ' αυτές τις μελέτες βασίζεται

στο ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάζουν την εμφάνιση νόσων στις οικογένειες, μέσω της κοινής έκθεσης των μελών, για παράδειγμα σε συνθήκες ανατροφής, διατροφικές συνήθειες κ.α. [30]

β) νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι μελέτες που αφορούν την συμβολή των νευροβιολογικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης επικεντρώθηκαν κυρίως στις περιοχές των διαταραχών της νευροδιαβίβασης, της νευροενδοκρινικής λειτουργίας, της νευροφυσιολογικής λειτουργίας, της νευροαπεικόνισης της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου. [31] Ευρήματα από αυτές τις μελέτες έδειξαν κάποιες σχέσεις των παραπάνω παραγόντων με την κατάθλιψη, όμως δεν είναι ικανά να στοιχειοθετήσουν αποδείξεις περί της αιτιοπαθογένειας της κατάθλιψης.

γ) ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Κοινωνικοί παράγοντες όπως χαμηλή κοινωνική τάξη, ανυπαρξία κοινωνικής υποστήριξης, φαίνεται να επιδρούν στην πρόκληση συναισθηματικών διαταραχών.

Στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως η απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 11 ετών συνδέθηκαν με τη μετέπειτα εμφάνιση κατάθλιψης. Επίσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, απώλεια αγαθών και εργασίας, συνταξιοδότηση είναι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση κατάθλιψης.

Ο δύσκολος τοκετός, η κακή σχέση του ζευγαριού, η κακή σχέση της γυναίκας με τους γονείς της, έχουν συσχετισθεί με τη λοχειακή κατάθλιψη.

Τους ψυχολογικούς παράγοντες ερμηνεύει η ψυχολογία. Ανάλογα με τη σχολή προτάθηκαν διάφορα μοντέλα ανάπτυξης της κατάθλιψης. Η ψυχαναλυτική σχολή προβάλλει την κατάθλιψη ως το αποτέλεσμα μιας ενδοστρεφόμενης εχθρότητας που προέκυψε στο άτομο μετά από μια απώλεια (αγαπημένου αντικειμένου) ή η βίωση μιας ισχυρής προσωπικής απόρριψης. Η γνωσιακή προσέγγιση συσχετίζει την κατάθλιψη με τον λαθεμένο τρόπο επεξεργασίας και εκτίμησης των πληροφοριών-ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο. Τύποι προσωπικότητας που συνδέθηκαν με την εμφάνιση κατάθλιψης χωρίς ισχυρά βέβαια αποδεικτικά στοιχεία είναι δύο. Ο ένας χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλή ψυχαναγκαστικότητα και ο δεύτερος από χαμηλή ανοχή στις ματαιώσεις, μεγάλη συναισθηματική ευαισθησία και μεγάλη εξάρτηση από τους άλλους για υποστήριξη και αναγνώριση.[30]

δ) πολυπαραγοντικό μοντέλο

Υπάρχει και το πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάπτυξης της κατάθλιψης, στο οποίο υποστηρίζεται ο συνδυασμός των παραπάνω παραγόντων σε άλλοτε άλλο βαθμό, ως αυτός που ενοχοποιείται για την εμφάνιση της κατάθλιψης. [30]

ε) σωματικά και ψυχιατρικά νοσήματα

Σωματικές παθήσεις προκαλούν κατάθλιψη με κάποιο γνωστό ή άγνωστο βιολογικό μηχανισμό όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το σύνδρομο Cushing, ο υποθυρεοειδισμός. Επίσης υπάρχουν σωματικά νοσήματα όπως ο καρκίνος του παγκρέατος και του πνεύμονα, όπου η κατάθλιψη εμφανίζεται ιδιαίτερα νωρίς, πολλές φορές μάλιστα προηγείται των συμπτωμάτων της κύριας σωματικής νόσου ή τουλάχιστον πριν η κύρια νόσος γίνει αντιληπτή. [30] Επίσης κατά τη διαδρομή ψυχικών νοσημάτων μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Για παράδειγμα σε νεύρωση, οριακή κατάσταση, σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητικότητα. Η κατάθλιψη σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι σύμπτωμα άλλης παθολογικής νόσου. [3]

Η σοβαρή σωματική νόσος ή σοβαρή λειτουργική αναπηρία σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης ως συναισθηματική αντίδραση στη νόσο ή την αναπηρία. Παράγοντες σ' αυτή την περίπτωση που ευνοούν την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι η επίγνωση της νόσου, η σοβαρότητα της νόσου, η μεγάλη διάρκεια της νόσου, η διαδρομή της νόσου (οξεία, χρόνια, υποτροπιάζουσα, σταθεροποιημένη), ο τύπος της θεραπείας και η διάρκειά της, η μειωμένη κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη. Επίσης η απώλεια ή ο φόβος απώλειας της σωματικής ευρωστίας, και κατ' επέκταση η αδυναμία ανταπόκρισης του πάσχοντα στον κοινωνικό του ρόλο.

Η κατάθλιψη είναι η κύρια παρατηρούμενη ψυχιατρική κατάσταση όλων σχεδόν των χρόνιων νοσημάτων[30]. Η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, 2 και 3 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό. [32] Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο παρουσιάζεται αυξημένος σε σχέση μ' αυτόν του γενικού πληθυσμού. [33] Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης παρουσίασε ομάδα ασθενών με κεφαλαλγία τάσης σε σχέση με ομάδα ελέγχου. [34]

στ) εποχιακές διακυμάνσεις

Κυρίως στη Βόρεια Ευρώπη έχει γίνει συσχέτιση της διάρκειας της ημέρας με την εποχιακή κατάθλιψη, όπου το φθινόπωρο και το χειμώνα εμφανίζεται κατάθλιψη, και την άνοιξη και το καλοκαίρι εμφανίζονται υπομανία ή ευθυμία. [30]

3.4. ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης ποικίλλει ανάλογα με τη μορφή και τη βαρύτητα της κατάθλιψης. Πάντως τα δύο βασικά συμπτώματα είναι:

A) το καταθλιπτικό συναίσθημα όπου το άτομο νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, ευσυγκινησία με συχνά κλάματα κ.α. διάρκειας μεγαλύτερης μερικών εβδομάδων, το οποίο επιδρά αρνητικά στη λειτουργικότητα του ατόμου και τείνει να το αδρανοποιήσει. Αυτό το σύμπτωμα μπορεί να εκλείπει σε άτομα βαθιά καταθλιπτικά που έχουν χάσει την ικανότητα να αισθάνονται.

B) απώλεια ενδιαφέροντος, που συνεπάγεται αδιαφορία ενασχόλησης με πράγματα από τα οποία ο ασθενής παλιά αντλούσε χαρά και ευχαρίστηση.

Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι:

Διαταραχές του ύπνου, οι οποίες είναι πολύ συχνές στη κατάθλιψη, και περιλαμβάνουν την αϋπνία, την υπνηλία / υπερυπνία και τη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου. Η αϋπνία είναι η συχνότερη διαταραχή του ύπνου η οποία παρατηρείται σε ποσοστό > 60% των καταθλιπτικών ασθενών, ποσοστό αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού.

Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κύρια με ελάττωση της όρεξης και του βάρους, ενώ σπανιότερα με αύξηση της όρεξης και του βάρους.

Απώλεια της libido.

Απώλεια ελπίδας, απαισιοδοξία. Το άτομο δεν έχει ελπίδα για το μέλλον του ή την κατάστασή του.

Ανηδονία, δηλαδή αδυναμία βίωσης ευχαρίστησης από καθημερινά πράγματα.

Άγχος με εσωτερική δυσφορία, ανησυχία, φόβο, προσβολές πανικού. Το άγχος μπορεί να υφίσταται στην κατάθλιψη είτε ως σύμπτωμα είτε ως συννοσηρότητα αγχώδους διαταραχής.

Ψυχωσική συμπτωματολογία όπως : παραλήρημα αναξιότητας και ενοχής, ιδέες πτωχείας, υποχονδριακός ιδεασμός με βεβαιότητα ύπαρξης βαριάς σωματικής νόσου, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.

Αυτοκτονικός ιδεασμός, με μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Διαταραχή της προσοχής και της συγκέντρωσης, επιβράδυνση της σκέψης, αναποφασιστικότητα.

Κοινωνική απομόνωση

Σωματικά συμπτώματα όπως κόπωση, οσφυαλγία, κεφαλαλγία, δυσκοιλιότητα. Στην συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη η ψυχική συμπτωματολογία επισκιάζεται από σωματικά συμπτώματα όλων των συστημάτων, τα οποία ποικίλλουν από ημέρα σε ημέρα, πιθανά εκφράζονται με υποχονδριακό τρόπο, και συχνά εμφανίζουν μια πρωινή επιδείνωση. [3, 30, 31, 35]

Τα παραπάνω συμπτώματα δεν εμφανίζονται απαραίτητα σε όλους όσους νοσούν από κατάθλιψη. Τις περισσότερες φορές το κάθε άτομο βιώνει με διαφορετικό τρόπο την κατάθλιψη συνδυάζοντας κάποια από τα παραπάνω συμπτώματα.

Η διαπολιτισμική ψυχιατρική υποστηρίζει πως η κατάθλιψη όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές έχουν ένα κοινό πανανθρώπινο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο, όπου επάνω του οικοδομείται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο, η συμπτωματολογία της κατάθλιψης. [27]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα με μόνιμο καρδιακό βηματοδότη. Πιο αναλυτικά τα ερωτήματα που απασχόλησαν την έρευνα αφορούσαν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με βηματοδότη και το πώς τα ίδια τα άτομα με βηματοδότη αξιολογούν την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους. Άλλο ερώτημα που απασχόλησε την έρευνα, αφορούσε στην εμφάνιση της κατάθλιψης στα άτομα με βηματοδότη. Επίσης η συσχέτιση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν επιμέρους ερωτήματα αυτής της μελέτης.

4.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.2.1. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, στα Τακτικά Ιατρεία της Καρδιολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Άγιος Παύλος. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Μάρτιο έως τον Ιούλιο του 2013, σε δείγμα 95 ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στο νοσοκομείο για τη διενέργεια του τακτικού ελέγχου της υγείας τους και της εύρυθμης λειτουργίας του καρδιακού βηματοδότη. Από τα 95 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τέσσερα (4) άτομα δεν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο BDI, για την διερεύνηση της κατάθλιψης. Τα δύο (2) άτομα συνοδεύονταν από συγγενείς οι οποίοι βιάζονταν να αποχωρήσουν, και το ένα (1) άτομο έδειξε να δυσφορεί με τον τύπο των ερωτήσεων. Επίσης ένα (1) άτομο ανέφερε ήδη διαγνωσμένη κατάθλιψη και δεν συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο.

4.2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κριτήρια εισόδου στη μελέτη αποτέλεσαν:

Η ύπαρξη καρδιακού βηματοδότη

Η ηλικία ≥ 18 ετών

Η γνώση της ελληνικής γλώσσας , η επαρκής αντιληπτική λειτουργία και η ικανότητα λεκτικής επικοινωνίας

Η ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς για συμμετοχή του στη μελέτη

4.2.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Για την υλοποίηση της μελέτης κατατέθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο και έδωσε τη συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή της έρευνας. Από όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα ελήφθη η ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεσή τους. Η πληροφόρηση των συμμετεχόντων αφορούσε το σκοπό της έρευνας, την εμπιστευτικότητα των συλλεγομένων στοιχείων, τους τρόπους αξιοποίησης των αποτελεσμάτων, και την εθελοντική τους συμμετοχή. Επίσης ενημερώθηκαν για το δικαίωμα αποχώρησής τους οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν, χωρίς η απόσυρσή τους από την έρευνα να επηρεάσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψής τους από το χρονικό σημείο εκείνο και έπειτα.

4.2.4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου συλλέχτηκαν στοιχεία που αφορούν δεδομένα για την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο κατοικίας, το διάστημα από την εμφύτευση του βηματοδότη, καθώς και την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ενημέρωσή τους σε σχέση με το βηματοδότη.

4.2.5. ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το όργανο μέτρησης EQ - 5D (EuroQol, European quality of life). Το ερωτηματολόγιο παραχωρήθηκε από τον αρμόδιο οργανισμό μετά από αίτηση. Το ερωτηματολόγιο EQ-5D είναι ένα όργανο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής που ανήκει στην κατηγορία των ερωτηματολογίων γενικού επιπέδου υγείας (generic instruments).

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο του York, από μια ομάδα ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες, και είχε εμπνευστή τον καθηγητή Alan Williams.[22]

Το EQ-5D είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη.

Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του συμμετέχοντα. Χρησιμοποιούνται πέντε ερωτήσεις, οι οποίες αντιστοιχούν στην εκτίμηση πέντε διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Αυτές οι διαστάσεις είναι: 1. κινητικότητα, 2. Αυτοεξυπηρέτηση, 3. Καθημερινές δραστηριότητες, 4. Πόνος-δυσφορία, 5. Άγχος - κατάθλιψη. Η μέτρηση σε κάθε διάσταση γίνεται σε τρία επίπεδα, όπου το πρώτο επίπεδο με τιμή 1 δηλώνει την απουσία προβλήματος, το δεύτερο με τιμή 2 δηλώνει την ύπαρξη μέτριου προβλήματος, και το τρίτο με τιμή 3 δηλώνει την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος. Από αυτό το πρώτο μέρος προκύπτουν δύο τύποι δεδομένων για κάθε συμμετέχοντα.

Ο πρώτος τύπος δεδομένων αντιπροσωπεύεται από ένα πενταψήφιο αριθμό, που δηλώνει μια κατάσταση υγείας. Ο αριθμός αυτός προκύπτει από τις επιλογές επιπέδων σε κάθε διάσταση. Οι πέντε διαστάσεις με τη δυνατότητα αξιολόγησης σε τρία επίπεδα δημιουργούν ένα σύνολο $3^5=243$ διαφορετικών καταστάσεων υγείας. Η καλύτερη κατάσταση υγείας περιγράφεται με (11111), που δηλώνει ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα στις μελετώμενες πέντε διαστάσεις, και η χειρότερη κατάσταση υγείας περιγράφεται με (33333), που δηλώνει σοβαρά προβλήματα στις πέντε μελετώμενες διαστάσεις. [36]

Ο δεύτερος τύπος δεδομένων αντιπροσωπεύεται από ένα σταθμισμένο δείκτη της κατάστασης υγείας EQ5D-index. Ο δείκτης αυτός αποδίδει την ωφελιμότητα ή την κοινωνική ευημερία που απολαμβάνει το άτομο για κάθε κατάσταση υγείας. Η λίστα τιμών αξιολόγησης των καταστάσεων υγείας που χρησιμοποιήθηκε στη έρευνα αυτή, προήλθε από έρευνα σε γενικό πληθυσμό με τη μέθοδο της αντιστάθμισης χρόνου (time trade off TTO tariff). [37]

Στο δεύτερο μέρος υπάρχει οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale VAS). Η κλίμακα αυτή είναι εκατοντάβαθμη, και ο ενδιαφερόμενος καλείται να αυτοβαθμολογήσει την υγεία του, με δεδομένο ότι το 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη κατάσταση υγείας που θα μπορούσε να σκεφτεί για τον εαυτό του, και το 100 αντιπροσωπεύει την καλύτερη δυνατή υγεία που θα μπορούσε να σκεφτεί για τον εαυτό του. Ο ερωτώμενος καλείται να τραβήξει μια γραμμή στο σημείο της κλίμακας που νομίζει ότι τον αντιπροσωπεύει ως προς το επίπεδο της σημερινής κατάστασης της υγείας του. Έτσι προκύπτει ένας δείκτης αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας EQ-vas. [22, 36]

Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε γιατί είναι εύχρηστο, σύντομο και έγκυρο για χρήση σε έρευνες διερεύνησης της κατάστασης υγείας, με δυνατότητα και διακρατικών συγκρίσεων. [38]

4.2.6. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Για τη διερεύνηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck, Beck Depression Inventory (BDI). Το BDI δεν σχεδιάστηκε για να διαγνώσει την κατάθλιψη. Τα 21 συμπτώματα και στάσεις που αξιολογούνται ανάλογα με τη συχνότητα και την έντασή τους συνθέτουν την εικόνα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα 21 ερωτήματα αφορούν: διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθηση αποτυχίας, αίσθηση ανικανοποίητου, ιδέες ενοχής, τιμωρία, αυτοαπέχθεια, αυτοκατηγορία, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, ευερεθιστικότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, αλλαγή του σωματικού ειδώλου, δυσκολίες εργασίας, διαταραγμένο ύπνο, κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, σωματικά ενοχλήματα, μείωση σεξουαλικής επιθυμίας.

Κάθε ερώτημα αποτελείται από μια ομάδα τεσσάρων δυνατών απαντήσεων. Οι απαντήσεις αυτές βαθμολογούνται από 0 έως 3. Το σύνολο των βαθμολογιών που προκύπτει από την πρόσθεση όλων των απαντήσεων είναι το σκορ του BDI. Το μέγιστο δυνατό σκορ είναι 63. Οι βαθμολογίες από 0-9 θεωρούνται ως ελάχιστες, από 10-15 ότι υποδηλώνουν ήπια κατάθλιψη, από 16-23 μέτρια κατάθλιψη, και > 24 σοβαρή κατάθλιψη. [2]

Η επιλογή της ελληνικής μορφής του BDI έγινε γιατί είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της κατάθλιψης. [39]

Το ερωτηματολόγιο παραχωρήθηκε μετά από αίτηση από το Ελληνικό ινστιτούτο ψυχολογίας και υγείας.

4.2.7. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η έρευνα έγινε με τη μέθοδο της συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο. Επιλέχθηκε αυτή η μέθοδος γιατί είναι ένας γρήγορος τρόπος συλλογής των στοιχείων, και επιπλέον δίνεται η δυνατότητα στον συνεντευξιζόμενο να δώσει τις κατάλληλες διευκρινήσεις στις περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες έχουν τις οποιεσδήποτε απορίες. Ο χρόνος συμπλήρωσης των δύο κλιμάκων αξιολόγησης και του ερωτηματολογίου με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία κυμάνθηκε περίπου στα 15 λεπτά.

4.2.8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την επεξεργασία, τη στατιστική ανάλυση και την ανάδειξη των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν το πρόγραμμα Excel 2007 της εταιρίας Microsoft, και το στατιστικό πακέτο SPSS 21της IBM.

4.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.3.1. Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται κάποια δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην ταυτότητα του δείγματος, όπως προέκυψαν από την επεξεργασία του ερωτηματολογίου κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Στο μελετώμενο δείγμα υπήρξε ισοκατανομή μεταξύ ανδρών (50,5%) και γυναικών (49,5%). Η πλειονότητα του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 70-79 ετών (45,3%), ενώ η αμέσως συχνότερη στην κατηγορία των 80-89 ετών (38,9%). Στην Εικόνα 1 παρουσιάζονται οι συχνότητες των ηλικιακών ομάδων.

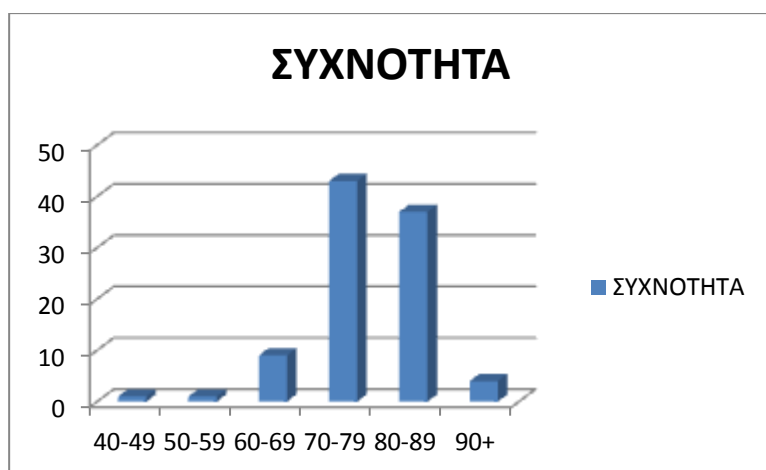
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά στοιχεία	Συχνότητα/ Ποσοστό	Δημογραφικά στοιχεία	Συχνότητα/ Ποσοστό
Φύλο:		Οικογενειακή κατάσταση:	
Άνδρες	48 (50,5%)	Άγαμος-η	1 (1,1%)
Γυναίκες	47 (49,5%)	Έγγαμος-η	57 (60%)
Ηλικιακή κατηγορία:		Χήρος-α	34 (35,8%)
40-49	1 (1,1%)	Διαζευγμένος-η	3 (3,2%)
50-59	1 (1,1%)	Αριθμός παιδιών:	
60-69	9 (9,5%)	0	5 (5,3%)
70-79	43 (45,3%)	1	11 (11,6%)
80-89	37 (38,9%)	2	46 (48,4%)
90+	4 (4,2%)	3+	33 (34,7%)
Επάγγελμα:		Εκπαίδευση:	
Δημόσιος υπάλληλος	1 (1,1%)	Καμία	22 (23,2%)
Συνταξιούχος	91 (95,6%)	Δημοτικό	56 (58,9%)
Οικιακά	1 (1,1%)	Γυμνάσιο/Λύκειο	8 (8,4%)
Άλλο	2 (2,2%)	ΑΕΙ/ΤΕΙ	6 (6,3%)
		Άλλο	3 (3,2%)

Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων η πλειοψηφία ήταν συνταξιούχοι (95,6%). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι συμμετέχοντες ήταν κύρια έγγαμοι (60%), και κατόπιν σε χηρεία (35,8%). Επίσης η πλειοψηφία είχαν παιδιά (94,7%). Το μορφωτικό επίπεδο κυρίως ήταν σε επίπεδο δημοτικού σχολείου (58,9%), ενώ ακολουθούσε η κατηγορία χωρίς καμία εκπαίδευση (23,2%).

Ως προς τον τόπο διαμονής κατοικούσαν σε αστικές (44,2%), αγροτικές (36,8%), ημιαστικές (17,9%) περιοχές και ένα άτομο (1,1%) στο Άγιο Όρος. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχαν το βηματοδότη για πάνω από ένα έτος (93,67%).

Η ικανοποίηση των ασθενών σε ότι αφορά την ενημέρωσή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το βηματοδότη, κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα. Πολύ ικανοποιημένοι δήλωσαν το 87,2%, αρκετά το 9,5%, λίγο το 1,1% και καθόλου το 2,2% των συμμετεχόντων.



Εικόνα 1. Γράφημα της συχνότητας των ηλικιακών ομάδων στο δείγμα

4.3.2. ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Καταμετρήθηκαν 31 από τις 243 καταστάσεις υγείας του EQ-5D. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι καταστάσεις υγείας με συχνότητα εμφάνισης μεγαλύτερη του 3. Στην πρώτη θέση είναι η κατάσταση πλήρους υγείας «11111», και ακολουθεί η κατάσταση «21112» με κάποια προβλήματα στις διαστάσεις της κινητικότητας, και του άγχους- κατάθλιψης. Δεν παρατηρήθηκε καμία επιλογή της κατάστασης υγείας «33333».

Πίνακας 3. Καταστάσεις υγείας με τη μεγαλύτερη συχνότητα

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
11111	27	28,4%
21112	11	11,6%
11112	9	9,5%
21111	9	9,5%
11113	3	3,2%
11122	3	3,2%
21222	3	3,2%

Σε ότι αφορά τον δείκτη EQ5D-index και EQ-vas στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των δεικτών EQ5D-index, και EQ-vas, στο συνολικό δείγμα και στις συχνότερα συναντούμενες υποκατηγορίες κάθε μεταβλητής. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται και οι αντίστοιχες τιμές των δεικτών EQ5D-index και EQ-vas, στο γενικό πληθυσμό καθώς και στο γενικό πληθυσμό ≥ 65 ετών, όπως προέκυψαν από σχετική έρευνα. [38]

Σε ότι αφορά το δείκτη EQ5D η στατιστική επεξεργασία δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τα δύο φύλα, $p=0,108$. Σε σχέση με την ηλικιακή κατηγορία φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά $p=0,04$ μεταξύ των συμμετεχόντων που ανήκουν στη κατηγορία 70-79 ετών, με $MT=0,8\pm 0,25$, και σε αυτούς της κατηγορίας 80-89 ετών με $MT= 0,68\pm 0,27$. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και την εκπαίδευση δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διάφορες υποκατηγορίες.

Σε ότι αφορά το δείκτη EQ-vas η στατιστική επεξεργασία δεν έδειξε στατιστικές διαφορές ως προς τα δύο φύλα, ως προς τις δύο κύριες ηλικιακές κατηγορίες και ως προς τις συχνότερες οικογενειακές καταστάσεις. Στατιστικά σημαντική διαφορά έδειξε ως προς τις κατηγορίες της εκπαίδευσης απόφοιτος δημοτικού και ΑΕΙ-ΤΕΙ, με τους απόφοιτους δημοτικού να έχουν $MT= 78,14\pm 20,38$, και τους απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ να έχουν $MT=58,33\pm 21,13$, $p=0,028$.

Πίνακας 4. Δείκτες EQ5D και EQ-vas, σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία

	N	MT± TA EQ5D	MT± TA EQ-vas
Γενικός πληθυσμός*	1005	0,80± 0,27	75,06± 20,49
Γενικός πληθυσμός ≥65*	224	0,65± 0,31	60,46± 21,57
Δείγμα	95	0,73± 0,29	75,27±20,57
Φύλο:			
Ανδρας	48	0,77± 0,25	74,97± 20,02
Γυναίκα	47	0,68± 0,32	75,57± 21,33
Ηλικιακή Κατηγορία:			
70-79	43	0,8± 0,25	81,23± 17,78
80-89	37	0,68± 0,27	73,35±19,96
Οικογενειακή κατάσταση:			
Έγγαμος-η	57	0,74± 0,29	74,45± 20,8
Χήρος-α	34	0,72± 0,28	78± 20,87
Εκπαίδευση:			
Καμία	22	0,63± 0,34	76,59± 20,2
Δημοτικό	56	0,76± 0,26	78,14± 20,38
Γυμνάσιο-Λύκειο	8	0,8± 0,21	66,25± 14,07
ΑΕΙ- ΤΕΙ	6	0,59± 0,39	58,33± 21,13

MT= μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση

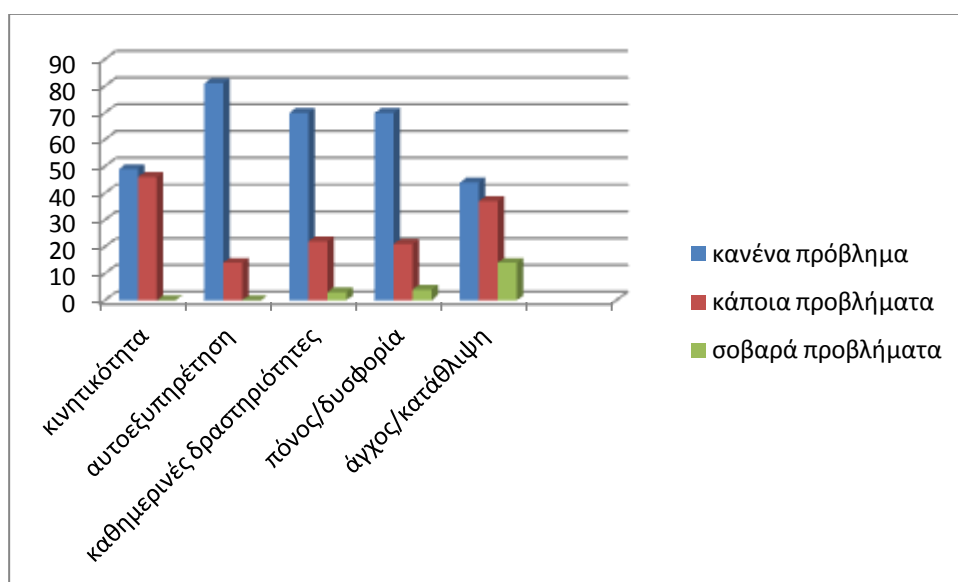
*τιμές από την έρευνα των : Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Yfantopoulos J, Dimitrakaki C, Tountas Y. Validity of the EuroQol (EQ-5D) instrument in a Greek general population.[38]

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση κάθε μιας από τις πέντε διαστάσεις του EQ5D για το συνολικό δείγμα της έρευνας. Σε ότι αφορά στην αυτοεξυπηρέτηση, στις καθημερινές δραστηριότητες, στον πόνο/ δυσφορία, οι μέσες τιμές δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες συνολικά δεν τείνουν προς την καταγραφή μέτριου ή σοβαρού προβλήματος. Σε ότι αφορά στην κινητικότητα οι συμμετέχοντες τείνουν οριακά προς την καταγραφή μέτριου προβλήματος. Σε ότι αφορά στο άγχος / κατάθλιψη καταγράφεται η ύπαρξη μέτριου προβλήματος.

Πίνακας 5. Μέση τιμή και Τυπική απόκλιση των Διαστάσεων του EQ5D

	Κινητικότητα	Αυτοεξυπηρέτηση	Καθημερινές δραστηριότητες	Πόνος/ Δυσφορία	Άγχος/ Κατάθλιψη
Μέση Τιμή	1,48	1,15	1,29	1,31	1,68
Τυπική απ.	0,5	0,35	0,52	0,55	0,72

Στην εικόνα 2 παρουσιάζεται το ραβδόγραμμα των διαστάσεων του EQ5D με τις συχνότητες των επιπέδων τους στο δείγμα.



Εικόνα 2.Γράφημα συχνότητας διαστάσεων EQ-5D

Η στατιστική επεξεργασία δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις πέντε διαστάσεις σε σχέση με το φύλο, και τις υπερισχύουσες οικογενειακές καταστάσεις έγγαμος-η και χήρος-α.

Φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, σε σχέση με τις δύο κύριες ηλικιακές κατηγορίες. Οι συμμετέχοντες της κατηγορίας 80-89 ετών φάνηκε να καταγράφουν αυξημένες MT στις διαστάσεις αυτές, σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην κατηγορία 70-79 ετών. Στη διάσταση άγχος /κατάθλιψη δεν φάνηκε να υπάρχει τέτοια σχέση. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των διαστάσεων ως προς τις δύο αυτές ηλικιακές κατηγορίες.

Ο έλεγχος γραμμικής συσχέτισης έδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτοεξυπηρέτησης και καθημερινές δραστηριότητες $r = 0,506$, αυτοεξυπηρέτησης και πόνος/δυσφορία $r = 0,531$, καθημερινές δραστηριότητες και πόνος/δυσφορία $r = 0,537$. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντικές $p < 0,01$.

Πίνακας 6. Διαστάσεις EQ5D και ηλικιακή κατηγορία

Διαστάσεις	70-79		80-89		p
	ΜΤ	ΤΑ	ΜΤ	ΤΑ	
Κινητικότητα	1,39	0,49	1,62	0,49	0,044
Αυτοεξυπηρέτηση	1,02	0,15	1,24	0,43	0,005
Καθημερινές δραστηριότητες	1,11	0,39	1,48	0,6	0,02
Πόνος/ Δυσφορία	1,16	0,43	1,4	0,55	0,034
Άγχος/ Κατάθλιψη	1,63	0,69	1,73	0,69	0,5

ΜΤ= μέση τιμή, ΤΑ=τυπική απόκλιση

Σε ότι αφορά την κλίμακα της αξιολόγησης της κατάθλιψης (BDI), θα πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα ήταν 91 άτομα, γιατί 3 άτομα δεν θέλησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, και ένα άτομο ανέφερε ήδη διαγνωσμένη κατάθλιψη και έτσι δεν συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο.

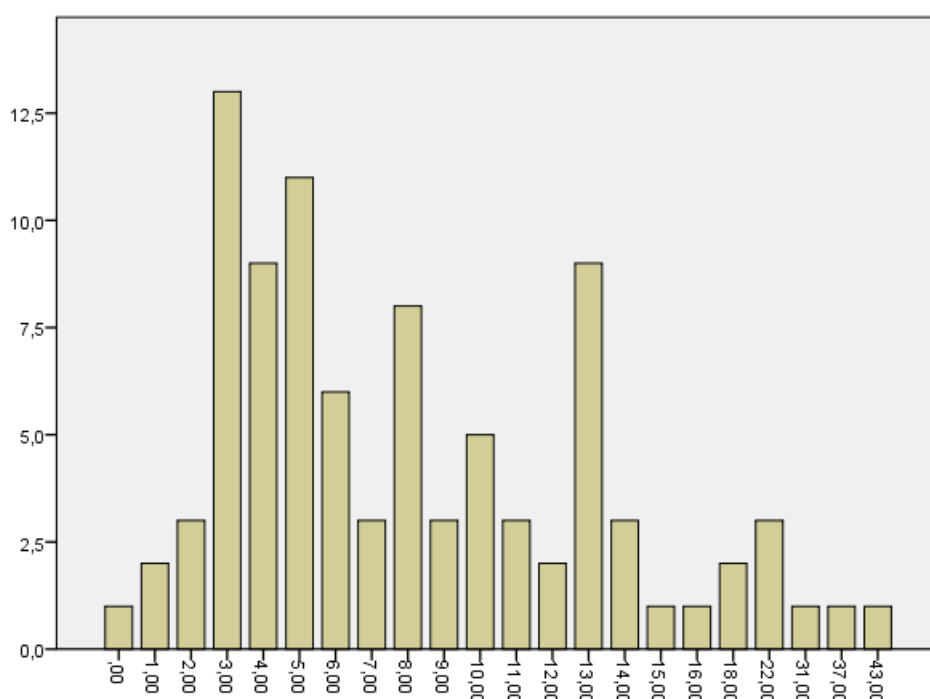
Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται η συχνότητα και το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανήκει σε κάθε μία από τις υποκατηγορίες της κλίμακας. Σοβαρή κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζεται σε ποσοστό 3,3%, μέτρια κατάθλιψη σε ποσοστό 6,59%, και ήπια κατάθλιψη σε ποσοστό 25,27%.

Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος της μελέτης ανάλογα με τις βαθμολογίες τους στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (BDI)

Βαθμολογίες	συχνότητα	ποσοστό
0-9 δεν αξιολογείται	59	64,84%
10-15 ήπια κατάθλιψη	23	25,27%
16-23 μέτρια κατάθλιψη	6	6,59%
> 24 σοβαρή κατάθλιψη	3	3,3%

Για το σύνολο του δείγματος η βαθμολογία έδειξε $MT= 8,75 \pm 7,25$. Η ύπαρξη ακραίων τιμών στις βαθμολογίες, επηρέασε τη μέση τιμή του δείγματος. Η διάμεσος (M) =7. Η ελάχιστη τιμή(\min) που παρατηρήθηκε είναι $\min= 0$ και η μέγιστη(\max) $\max=43$. Στην Εικόνα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των παρατηρούμενων βαθμολογιών του BDI.

Στη στατιστική ανάλυση δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές του BDI σε σχέση με το φύλο, τις επικρατούσες ηλικιακές κατηγορίες (70-79,80-89), τις επικρατούσες οικογενειακές καταστάσεις (έγγαμος, χήρος), την εκπαίδευση, και τον αριθμό των παιδιών.



Εικόνα 3. Γράφημα ποσοστών των βαθμολογιών στο BDI.

Ο έλεγχος γραμμικής συσχέτισης έδειξε θετική συσχέτιση των δύο δεικτών της κλίμακας μέτρησης ποιότητας ζωής EQ-5D και EQ-vas με τιμή $r = 0,539$. Αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές EQ-5D και BDI με τιμή $r = -0,584$. Επίσης αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές EQ-vas και BDI με τιμή $r = -0,593$. Ακόμα θετική συσχέτιση φάνηκε μεταξύ των διαστάσεων αυτοεξυπηρέτησης και σκορ στο BDI με $r = 0,502$, καθώς και μεταξύ πόνου/δυσφορίας και σκορ στο BDI με $r = 0,558$. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντικές $p < 0,01$.

4.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η εμφάνιση κατάθλιψης σε άτομα με μόνιμο βηματοδότη.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο δείκτης EQ-5D επηρεάστηκε από την ηλικία των συμμετεχόντων. Τα άτομα που ανήκαν στην μεγαλύτερη από τις δύο μελετώμενες ηλικιακή κατηγορία, εμφάνισαν μικρότερη τιμή, άρα η ποιότητα ζωής είναι φτωχότερη σε σχέση με τα άτομα της μικρότερης ηλικιακής κατηγορίας. Αυτό το αποτέλεσμα συγκλίνει με τα αποτελέσματα σε γενικό πληθυσμό, όπου οι δείκτες EQ-5D και EQ-vas είναι χαμηλότεροι σε άτομα ≥ 65 ετών σε σχέση με τους αντίστοιχους δείκτες του συνολικού γενικού πληθυσμού (Πίνακας 4) [38]. Αναλυτικότερα η μελέτη των πέντε διαστάσεων ξεχωριστά, έδειξε ότι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι καθημερινές δραστηριότητες, και ο πόνος/δυσφορία επηρεάστηκαν από την ηλικία. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με δεδομένα στη βιβλιογραφία που μελετά την υγεία των ηλικιωμένων.[40]

Επίσης η θετική συσχέτιση μεταξύ αυτοεξυπηρέτησης και καθημερινές δραστηριότητες δείχνει ότι τα άτομα που δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν έχουν προβλήματα και στις καθημερινές δραστηριότητές τους. Ακόμα τα άτομα με προβλήματα πόνου / δυσφορίας φαίνεται να έχουν προβλήματα και στην αυτοεξυπηρέτηση αλλά και στις καθημερινές δραστηριότητές τους. Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη εμπειρία με αρνητική επίδραση στην ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις του. Το δείγμα της μελέτης ήταν άτομα μεγάλης ηλικίας με διάφορα χρόνια νοσήματα και μυοσκελετικά άλγη που προκαλούν πόνο / δυσφορία.

Σε ότι αφορά το δείκτη αυτοαξιολόγησης της υγείας EQ-vas, φάνηκε να επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, με τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτοι δημοτικού) να δηλώνουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτους ΑΕΙ-ΤΕΙ).

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν ανέδειξαν διαφορά της ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επίσης δεν αναδείχθηκε διαφορά της ποιότητας ζωής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι και σε χηρεία).

Οι μέσες τιμές των δεικτών EQ-5D και EQ-vas των ατόμων με βηματοδότη συγκλίνουν στις αντίστοιχες μέσες τιμές του γενικού πληθυσμού (Πίνακας 4). [38] Αυτό μπορεί να φανερώσει την ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με βηματοδότη, που προσεγγίζει την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα της έρευνας προήλθαν από ένα περιορισμένο δείγμα ενός νοσοκομείου. Στο δείγμα το 95,6% ήταν συνταξιούχοι με αποτέλεσμα να μην γίνουν συσχετίσεις με το επάγγελμα των

συμμετεχόντων. Αυτό ήταν αναμενόμενο γιατί η πλειονότητα των ατόμων με βηματοδότη είναι άτομα > 65 ετών. Γι' αυτό και οι ηλικιακές κατηγορίες που μελετήθηκαν ήταν των 70-79, και 80-89 ετών που αποτελούσαν και το 84,2% του δείγματος. Επίσης σε ότι αφορά την κατηγορία της οικογενειακής κατάστασης μελετήθηκαν οι έγγαμοι και οι χήροι που αποτελούσαν τις κύριες κατηγορίες του δείγματος με σύνολο 95,8%.

Έτσι χρήσιμη κρίνεται μελλοντική έρευνα που θα πραγματοποιηθεί σε μεγαλύτερο δείγμα και θα μπορέσει να συσχετίσει την ποιότητα ζωής με περισσότερες υποκατηγορίες κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών.

Σε ότι αφορά τη διερεύνηση της κατάθλιψης, το ποσοστό των συμμετεχόντων με συμπτωματολογία ήπιας έως σοβαρής κατάθλιψης ήταν στο 35,16%. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο συγκρινόμενο με το ποσοστό της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό που κυμαίνεται στο 8-10%. [30]

Το δείγμα της έρευνας ήταν άτομα > 60 ετών σε ποσοστό 97,8%. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την καταγραφή της κατάθλιψης σε πληθυσμούς ηλικιωμένων > 60 ετών, διαπίστωσαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης 30,28% [41], και 45,2% [42], τα οποία συγκλίνουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Το αίσθημα εξάρτησης από το βηματοδότη και η αναγκαστική εφ' όρου ζωής σύνδεση του ατόμου με αυτόν, ίσως δικαιολογεί τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να συνετέλεσαν στο αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης των συμμετεχόντων, ίσως απορρέουν από την μεγάλη ηλικία τους, όπου για παράδειγμα πολλοί εξ' αυτών βίωσαν την οδυνηρή εμπειρία της απώλειας στενών συγγενών τους π.χ. των παιδιών τους. Ακόμα η μεγάλη ηλικία των ατόμων με βηματοδότη, συμβαδίζει με την παρουσία και διαφόρων άλλων παθήσεων που πιθανά η συνύπαρξή τους με το βηματοδότη, επιβαρύνει τον ψυχισμό των συμμετεχόντων. Επίσης αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι μελέτες βασισμένες σε ερωτηματολόγια δίνουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, γιατί οι συμμετέχοντες σ' αυτά τείνουν να δίνουν υψηλές βαθμολογίες στις ερωτήσεις τους. [30]

Από την παρούσα έρευνα δεν έγινε δυνατό να αναδειχθούν συσχετίσεις της εμφάνισης κατάθλιψης με το φύλο, τις επιμέρους ηλικιακές κατηγορίες, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο. Η αδυναμία συσχέτισης της κατάθλιψης με το φύλο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών όπου δείχνουν τις γυναίκες να νοσούν σε διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες. [41, 43]

Η θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών EQ-5D και EQ-vas ήταν αναμενόμενη αφού αφορούν την ποιότητα ζωής, οπότε το άτομο που δίνει θετική αξιολόγηση στον ένα δείκτη είναι αναμενόμενο να αξιολογήσει θετικά και τον άλλο. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών EQ-5D, EQ-vas και BDI φανερώνει πως όταν ένα άτομο αξιολογεί θετικά την ποιότητα ζωής του δεν αποδίδει

καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ όταν ένα άτομο τείνει σε καταθλιπτική συμπτωματολογία αξιολογεί σε χαμηλότερα επίπεδα την ποιότητα ζωής του.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης αυτοεξυπηρέτηση και του σκορ στο BDI φανερώνει πως τα άτομα με προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης τείνουν να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ή τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία δείχνουν να έχουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης. Επίσης η θετική συσχέτιση του πόνου/ δυσφορία με το σκορ στο BDI φανερώνει πως τα άτομα με προβλήματα πόνου / δυσφορίας τείνουν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία ή πως τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν πόνο/ δυσφορία. Οι συσχετισμοί αυτοί αναφέρονται στη βιβλιογραφία. [40]

Θα ήταν χρήσιμο να γίνουν μεγαλύτερες μελέτες προκειμένου να μελετηθεί εκτενέστερα η σχέση του καρδιακού βηματοδότη με την ύπαρξη κατάθλιψης, και οι πιθανοί παράγοντες επηρεασμού της.

Οι έρευνες που διενεργούνται μετά από μια θεραπευτική παρέμβαση, με σκοπό να αξιολογήσουν τον ασθενή ως ολότητα, μπορούν να επιφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην αποκατάσταση και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ασθενών.

Σε ότι αφορά τον καρδιακό βηματοδότη, φαίνεται ότι τα άτομα που έχουν βηματοδότη απολαμβάνουν μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Από την άλλη φάνηκε αυξημένο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης στα άτομα με βηματοδότη το οποίο πιθανά να δικαιολογείται από την συννοσηρότητα άλλων παθήσεων, οδυνηρές απώλειες αγαπημένων προσώπων αλλά και κοινωνική παραμέληση, που είναι καταστάσεις συνηθέστερες σε άτομα μεγάλης ηλικίας.

Οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται σε υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι σημαντικό να εκτιμούν το επίπεδο Ποιότητας Ζωής των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων που καλύπτουν για παράδειγμα ηλικιωμένοι, χρόνιοι πάσχοντες κ.α., όπως επίσης και να προσεγγίζουν τα άτομα ως ολότητα, με ανάγκες σωματικές, ψυχικές, πνευματικές, κοινωνικές, ώστε η φροντίδα και η υγειονομική περίθαλψη που παρέχουν να είναι ολοκληρωμένη και ποιοτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αριστοτέλης. Ηθικά Νικομάχεια Α, κεφ.4. Μετάφραση: Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου
2. Μπαλά Γεωργία. Κατάθλιψη, αλεξιθυμία, επιθετικότητα και σωματικές παθήσεις στη Θεσσαλία. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,2010
3. Καπρίνης ΓΣ. Κατάθλιψη: το πιο Υποδιαγνωσμένο και Υποθεραπευόμενο «Σύμπτωμα» στην Άσκηση της Σωματικής Ιατρικής. Ελληνική Ιατρική. 2002, 68(συμπλήρωμα 2) :77-81
4. Παπαδόπουλος Ν. Κεφάλαιο 2ο, ενότητα 1η. Από: Τούτουζας ΠΚ, Στεφανάδης ΧΙ, Μπουντούλας Χ. Καρδιακές Παθήσεις, 2^η Έκδοση, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, 2001:361- 385
5. Αποστολάκης Μ. Στοιχεία Φυσιολογίας του Ανθρώπου, Το κυκλοφορικό σύστημα, 3^η Έκδοση, Τόμος Β, Θεσσαλονίκη, Εκτύπωση: Δεδούσης Γ, 1995
6. Zoll PM, Linenthal AJ, Norman LR, Paul MH, Gibson W. Treatment of unexpected cardiac arrest by external electric stimulation of the heart. The New England Journal of Medicine.1956, 254(12): 541-546
7. Woodruff J, Prudente LA. Update on implantable pacemakers. J Cardiovasc Nurs. 2005, 20(4): 261-268
8. Ψαρράκος Κ, Κουφογιάννης Δ. Ιατρική Φυσική, 2^η Έκδοση, Τόμος Γ, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1991: 131-133
9. The NBG CODE NASPE. Ημερομηνία πρόσβασης [30-7-2013] από [:http://www.pacemaker.vuurwerk.nl/info/nbg_code_naspe.htm](http://www.pacemaker.vuurwerk.nl/info/nbg_code_naspe.htm)
10. Ομάδα εργασίας για την καρδιακή βηματοδότηση και τη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας, σε συνεργασία με την ευρωπαϊκή ένωση καρδιακής ρυθμολογίας. Μετάφραση: Μανώλης ΑΓ, Κούβελας ΚΓ. Κατευθυντήριες οδηγίες για την καρδιακή βηματοδότηση και τη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση. 2008, 49(5): 273-312
11. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Vardas PE (Greece), Auricchio A (Switzerland), Blanc JJ (France), Daubert JC(France), Drexler H (Germany), Ector H(Belgium), Gasparini M (Italy), Linde C (Sweden), Morgado FB(Portugal), Oto A (Turkey), Sutton R (UK), Trusz-Gluza M (Poland). European Heart Journal. 2007, 28: 2256-2295
12. Οικονομίδης Ι. Ο ρόλος της βηματοδότησης στην καρδιακή ανεπάρκεια. Βελτιστοποίηση των βηματοδοτικών παραμέτρων. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση. 2000, 41 (Συμπλήρωμα Γ): 135-138

13. Χατζηνικολάου - Κοτσάκου ΕΙ. Βηματοδότηση στην Υπερτροφική Αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση. 2000, 41 (Συμπλήρωμα Γ): 251-255
14. Κάκουρος Σ. Βηματοδότες και εχθρικό περιβάλλον. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση. 2000, 41(Συμπλήρωμα Γ):238-241
15. Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques: Analyse critique des mesures et des methods. Agence de la santé publique du Canada. Ημερομηνία πρόσβασης [7-6-2013] από: http://www.phac_aspc.gc.ca/mh_sm/pubs/quality_of_life_qualité_de_vie/instruments_mesure_fra.php
16. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001, 18(3) :239-253
17. Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001, 18(3) : 230-238
18. Μποστανίτης Ι, Τσαλίδου Μ. Η Έννοια και το Περιεχόμενο της Ποιότητας Ζωής. Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας. 2008, 19 (113): 25-30
19. Hornquist JO. The concept of quality of life. Scand J Soc Med. 1982, 10(2) : 57-61
20. WHOQOL. Measuring Quality of Life. Ημερομηνία πρόσβασης [30-4-2013] από : http://www.who.int/mental_health/media/68pdf.
21. Ραχιώτης Γ, Μπεχράκης ΠΚ. Ποιότητα Ζωής. Εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα. Ιατρική. 2006, 89(2) : 184-194
22. Υφαντόπουλος ΓΝ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007, 24(Συμπλήρωμα 1): 6-18
23. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assesment, Analysis and Interpetation, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex Engiand, 2000: 3-5
24. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ποιότητας και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008, 25(Συμπλήρωμα 1): 1-7
25. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001, 18(3): 218-229
26. Ευθυμίου Κ, Μαυροειδή Α, Παυλάτου Ε, Καλαντζή-Αζίζι Α. Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, 1^η έκδοση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2006.
27. Σικλαφίδου Π, Ζελένη Δ, Λειβαδίτης Μ. Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και κατάθλιψη. Εγκέφαλος. 2011, 48: 146-150

28. Νηματούδης Ι, Μπιζέλης Β, Βλαϊκίδης Ν, Δέσπου Α, Καπρίνης Γ. Κατάθλιψη (μια νόσος) ή Καταθλίψεις (φάσμα διαταραχών); Γαληνός. 2003, 45(3): 247-253
29. World Health Organization. The world health report 2001- Mental health: New understanding, new hope. WHO, Geneva, Switzerland, 2001. Ημερομηνία πρόσβασης [28-3-2013] από: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
30. Αγγελόπουλος ΝΒ. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία, 1^η Έκδοση, Τόμος Β, Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2009: 577-591
31. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1997: 173-216
32. Ρεκλείτη Μ, Ρούπα Ζ, Κυριαζής Ι, Βόζνιακ Γ, Σαρίδη Μ, Κυλούδης Π, Κουράκος Μ, Σουλιώτης Κ. Αυτοαξιολόγηση κατάθλιψης ασθενών σε σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές του. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2012, 29(5): 599-605
33. Χονδρογιάννης Π, Σκαπινάκης Π. Κατάθλιψη και τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Ελληνική Νεφρολογία. 2012, 24(2): 127-134
34. Yücel B, Kora K, Ozyalçin S, Alçalar N, Ozdemir O, Yücel A. Depression, Automatic Thoughts, Alexithymia, and Assertiveness in Patients with Tension- type Headache. Headache. 2002, 42(3): 194-199
35. Δικαίος ΔΓ. Υπνηλία και αίσθημα κόπωσης στην κατάθλιψη. Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2005, 22(6): 544-551
36. EQ-5D-3L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Ημερομηνία πρόσβασης [30-7-2013] από: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-3L.pdf
37. Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. A social tariff for EuroQol: results from a UK general population survey. Publications office centre for health economics University of York 1995
38. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Yfantopoulos J, Dimitrakaki C, Tountas Y. Validity of the EuroQol (EQ-5D) instrument in a Greek general population. Value in Health. 2008, 11(7): 1162-1169
39. Τζέμος Ι. Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1984
40. Γιαννακόπουλος Ε, Μπένος Α. Επιδημιολογική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων: από το νόσημα στη λειτουργική αξιολόγηση. Ελληνική Ιατρική. 2007, 73(1): 31-39

41. Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Γ, Καραγιάννη Β, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η). Το Βήμα του Ασκληπιού. 2010, 9(4): 490-504
42. Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. Ψυχιατρική. 2012, 23(1): 39-45
43. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003, 108(3) :163-174